



Die Drogenbeauftragte  
der Bundesregierung

# Drogen- und Suchtbericht

Mai 2013

[www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)





---

# **Drogen- und Suchtbericht**

Mai 2013

[www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)



# Vorwort



Um auf schwankendem Grund nicht das Gleichgewicht zu verlieren und zu stürzen, braucht es die Hilfe anderer Menschen, die einem wieder Halt geben. Das gilt auch für suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen, denn mit Unterstützung gelingt es leichter, den Kreislauf der Sucht zu durchbrechen.

Für diese Menschen bietet das deutsche Suchthilfesystem sehr gute und umfangreiche ambulante sowie stationäre Hilfs- und Behandlungsangebote. Während der letzten fast vier Jahre meiner Amtszeit als Drogenbeauftragte habe ich zahlreiche Beratungsstellen, Suchthilfeeinrichtungen und Projekte besucht sowie Betroffene persönlich kennengelernt. Diese Begegnungen und Gespräche vor Ort haben bei mir einen großen Eindruck hinterlassen. Sie haben mir gezeigt, welches großartige und herausfordernde Engagement für suchtkranke Menschen geleistet wird. Ich erhielt auch die Gelegenheit, zahlreiche innovative Projekte kennenzulernen, und konnte Anregungen für neue Initiativen in meine politischen Arbeit aufnehmen. Beeindruckt haben mich auch die zahlreichen Angebote zur Suchtselbsthilfe. Sie geben den Menschen die Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen, Sorgen und Nöte auszutauschen, verschaffen ihnen langfristigen Rückhalt und unterstützen sie dabei, dauerhaft suchtmittel- und drogenfrei zu leben. Ich habe mich deshalb dieses Jahr entschieden, in der Rubrik „Vorgestellt“ das vorbildliche Engagement von Menschen in der Suchtselbsthilfe zu würdigen, um andere zu ermutigen, die Angebote der Selbsthilfe zu nutzen und sich dort zu engagieren.

Als Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist es mir besonders wichtig, dass wir alles tun, damit eine Suchterkrankung gar nicht erst entsteht. Unsere Präventionsmaßnahmen richten sich deshalb gezielt an die Menschen, die gefährdet sind, abhängig zu werden. Dazu gehören zum Beispiel Kinder und Jugendliche, die frühzeitig lernen müssen, schwierige Situationen auch ohne Drogen und Suchtmittel zu meistern können. Wenn es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Präventionsmaßnahmen zu erreichen, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie später ein problematisches Konsumverhalten entwickeln. Darüber hinaus kommt es darauf an, die vorhandenen Beratungs- und Behandlungsangebote zu erhalten und auszubauen, damit jeder Suchtkranke die für ihn notwendigen Hilfen bekommt. Außerdem sind Überlebenshilfen wie Drogenkonsumräume und Sprizentauschprogramme notwendig, um Suchtkranke gesundheitlich zu stabilisieren. Schließlich müssen die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen und an die aktuellen Bedürfnissen angepasst werden, wie wir es zum Beispiel beim Glücksspiel mit der Überarbeitung der Spielverordnung getan haben.

Allen Menschen, die in der Prävention und Suchthilfe, in Vereinen, Unternehmen, in der Forschung, in Bund, Ländern und Kommunen vorbildliche Arbeit leisten und anderen helfen, ihr Leben ins Gleichgewicht zu bringen, gilt mein besonderer Dank und meine Anerkennung. Ich wünsche ihnen weiterhin viel Kraft für diese Aufgabe, die für unser Gesundheitssystem so wichtig ist.

Mechthild Dyckmans

# Inhaltsverzeichnis

<b>A   Moderne Drogen- und Suchtpolitik .....</b>	<b>11</b>	4.5.4	Drogenhandel – Drogenschmuggel.....	42
<b>B   Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht.....</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>Pathologisches Glücksspiel .....</b>	<b>43</b>
<b>1 Alkohol.....</b>	<b>17</b>	5.1	Situation in Deutschland .....	43
1.1 Situation in Deutschland .....	17	5.2	BZgA-Studie zum Glücksspiel.....	44
1.2 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts.....	17	<b>6</b>	<b>Computerspiel- und</b>	
1.3 Drogenaffinitätsstudie Alkohol.....	20		<b>Internetabhängigkeit.....</b>	<b>45</b>
1.4 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen .....	20	6.1	Situation in Deutschland .....	45
1.5 Machbarkeitsstudie – Erhebung alkoholbedingter Schäden basierend auf vorhandenen Daten .....	24	6.2	Forschungsprojekt PINTA-Diari .....	46
<b>2 Tabak .....</b>	<b>24</b>	6.3	Jahrestagung der Drogenbeauftragten „Wenn aus Spaß Ernst wird – Exzessive und pathologische Computerspiel- und Internetnutzung“ .....	47
2.1 Situation in Deutschland .....	24	<b>C   Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik.....</b>	<b>49</b>	
2.2 Ergebnisse zum Rauchen aus dem Basisbericht des Erwachsenensurveys (DEGS1) .....	25	<b>1 Prävention .....</b>	<b>49</b>	
2.3 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts.....	25	1.1	Suchtstoffübergreifende Prävention .....	49
2.4 Drogenaffinitätsstudie Tabak .....	27	1.1.1	Suchtprävention in der Schwangerschaft und im Kindesalter.....	50
<b>3 Medikamente .....</b>	<b>28</b>	1.1.1.1	Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft.....	50
3.1 Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit.....	28	1.1.1.2	Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren (IRIS).....	50
3.2 Ergebnisse zum Medikamentenkonsum aus dem Basisbericht des Erwachsenensurveys (DEGS1).....	29	1.1.1.3	Frühe Hilfen für Eltern und Kinder .....	51
3.3 Beispiele aus den Ländern.....	32	1.1.1.4	„Kinder stark machen“ .....	52
<b>4 Illegale Drogen .....</b>	<b>33</b>	1.1.1.5	„Klasse2000“ – Stark und gesund in der Grundschule .....	53
4.1 Situation in Deutschland .....	33	1.1.1.6	Beispielprojekte aus den Ländern .....	54
4.2 Drogenaffinitätsstudie Cannabis.....	33	1.1.2	Kinder aus suchtbelasteten Familien.....	56
4.3 Neue psychoaktive Substanzen .....	34	1.1.2.1	Modellprojekt „Trampolin“ .....	56
4.4 Beispiele aus den Ländern.....	35	1.1.2.2	Beispielprojekte aus Ländern und Verbänden.....	57
4.5 Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität.....	37	1.1.3	Prävention für Jugendliche und Jugendschutz .....	58
4.5.1 Drogenbedingte Todesfälle.....	37	1.1.3.1	Runder Tisch „Jugendschutz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“ .....	58
4.5.2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) .....	40	1.1.3.2	Nationaler Aktionsplan Jugendschutz.....	58
4.5.3 Drogenanbau – Drogenproduktion.....	41			

1.1.3.3	Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ ..... 59	1.2.1.1	Alkohol in der Schwangerschaft..... 73
1.1.3.4	„KlarSicht“ – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol (BZgA) ..... 59	1.2.1.1.1	Aufkleber im Mutterpass..... 73
1.1.3.5	Beispielprojekt aus den Ländern ..... 60	1.2.1.1.2	Beispielprojekte zum Förderschwerpunkt Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu Alkohol in der Schwangerschaft..... 73
1.1.3.6	Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC-gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln als Planungs-, Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrument suchtpräventiver Maßnahmen in der Region – SCHULBUS regional .....61	1.2.1.1.3	Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden ..... 74
1.1.4	Auszubildende.....61	1.2.1.2	BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ..... 76
	• Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss ..... 61		• Für Jugendliche und junge Erwachsene ..... 76
1.1.5	Studierende..... 62		• Massenmediale und direkte Ansprache..... 76
	• Prävention des Substanzkonsums bei Studierenden ..... 62		• Für Erwachsene ..... 78
1.1.6	Suchtprävention im Internet ..... 63		Vorgestellt:
1.1.6.1	Internetplattform www.drugcom.de..... 63		Andreas Bosch: Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V..... 79
1.1.6.2	„PrevNet“ und „Dot.sys“: Prävention bundesweit vernetzt ..... 63	1.2.1.3	„Null Alkohol – Voll Power“ – BZgA-Kampagne für Jugendliche ..... 80
1.1.7	Betriebliche Suchtprävention..... 64	1.2.1.4	„Hart am Limit“ (HaLT) – Verbesserung der HaLT-Brückengespräche ..... 81
1.1.7.1	„Prev@WORK“ ..... 64		Vorgestellt:
1.1.7.2	„Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpräventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“ ..... 65		Uli Borowka: ehemaliger Profifußballer und Gründer von „Help4Pro“ ..... 82
1.1.7.3	Beispiele aus den Verbänden ..... 65	1.2.1.5	Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen ..... 83
1.1.8	Suchtprävention in der Bundeswehr ..... 66	1.2.1.6	Evaluation der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern..... 83
1.1.9	„Alkoholprävention im öffentlichen Raum“: sechster Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ .....67	1.2.1.7	Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen (RiScA) ..... 84
1.1.10	Integrationsprojekte für suchtgefährdete Migranten..... 68	1.2.1.8	Beispielprojekte aus den Ländern, Verbänden und Krankenkassen zum Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen..... 85
1.1.11	Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung..... 68	1.2.1.9	Alkohol und Drogen im Straßenverkehr ..... 88
1.1.12	Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtprävention ..... 69		• Projekt „Plakataktion gegen Alkohol“ ..... 88
1.1.13	Beispielprojekte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ..... 72	1.2.1.10	Beispielprojekte aus den Ländern zu Alkohol im Straßenverkehr ..... 89
1.1.14	Präventionsforschung im Bundesministerium für Bildung und Forschung..... 72	1.2.1.11	Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkoholprävention bei älteren Migranten ..... 90
1.2	Suchtstoffspezifische Prävention ..... 73	1.2.1.12	Alkohol und Gewalt ..... 90
1.2.1	Alkohol..... 73	1.2.1.13	Beispielprojekte aus den Ländern zu Alkohol und Gewalt .....91

1.2.1.14	Aktionswoche Alkohol 2013: „Alkohol? Weniger ist besser!“ ..... 92	1.3.1.2	Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock .....106
1.2.1.15	Präventionsforschung ..... 92		Vorgestellt:
	• Genetik der Alkoholsucht..... 92		Thomas Patzelt: spielfrei24 e.V. .... 107
	• Alkoholprävention im Jugendalter..... 93	1.3.1.3	Beispielprojekt aus den Ländern zur Glücksspielsucht.....108
1.2.2	Tabak ..... 93	1.3.1.4	Beispielprojekt aus den Verbänden zu Frauen und Glücksspielsucht .....108
1.2.2.1	Förderschwerpunkt Schwangerschaft: Rauchen in der Schwangerschaft ..... 93	1.3.2	Computerspiel- und Internetabhängigkeit ...109
1.2.2.2	„rauchfrei“-Kampagnen der BZgA..... 93	1.3.2.1	Elternratgeber „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal.....109
	• Förderung des Nichtrauchens in der Schule ..... 95	1.3.2.2	Programme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Beauftragten für Kultur und Medien zur Förderung der Medienkompetenz.....110
1.2.2.3	„Be Smart – Don’t Start“ ..... 95		• Initiative „Ein Netz für Kinder“ .....110
1.2.2.4	Von „rauchfrei“ zu „rauchfrei PLUS“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung ..... 96		• „SCHAU HIN! Was Deine Kinder machen.“ .....110
1.2.2.5	Tabakprävention in Gefängnissen .....97		• Kindersuchmaschine „Blinde Kuh“ ..... 111
1.2.3	Medikamente .....97		• „MB21 – Mediale Bildwelten“ ..... 111
1.2.3.1	Prävention der Medikamentenabhängigkeit .....97		• Kampagne „Dein Spiel. Dein Leben.“ – Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielewelten..... 111
	Vorgestellt:		• „peer <sup>3</sup> “ – Peer-to-Peer-Projekte in der medienpädagogischen Arbeit in Jugendarbeit, Jugendhilfe und Schule..... 111
	Werner Schubert, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche ..... 97	1.3.2.3	Modellprojekt „ESCapade“ ..... 111
1.2.3.2	„Nationaler Dopingpräventionsplan“ ..... 98		Vorgestellt:
1.2.4	Illegale Drogen ..... 98		Eheleute Hirte: AKTIV GEGEN MEDIENSUCHT e.V. .... 112
1.2.4.1	Beispielprojekte aus den Ländern für Jugendliche und junge Erwachsene ..... 99	1.3.2.4	Präventionsprojekte der Stiftung Medien- und Onlinesucht ..... 113
1.2.4.2	Cannabis ..... 101	1.3.2.5	Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden ..... 114
	• Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ..... 101		
1.2.4.3	Heroin und weitere illegale Drogen..... 101	<b>2</b>	<b>Behandlung, Versorgung, Schadensmini-</b>
1.2.4.3.1	Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumierenden ..... 101		<b>mierung..... 117</b>
	Vorgestellt:	2.1	Suchtstoffübergreifend..... 117
	Jürgen Heimchen: Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V..... 102	2.1.1	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung ..... 117
1.2.4.3.2	Expertengespräch zur Prävention des Mischkonsums von Alkohol und illegalen Drogen im Nachtleben.....103	2.1.1.1	Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2012 ..... 117
1.2.4.3.3	Spice und synthetische Cannabinoide.....103		
	Vorgestellt:		
	Andreas Niedrig: Projekt „Traumwärts – Wohin führt Dein Weg?“ ..... 104		
1.3	Prävention stoffungebundener Süchte.....105		
1.3.1	Pathologisches Glücksspiel..... 105		
1.3.1.1	Anthologieprojekt „Bunte Lichter – Dunkle Schatten“ ..... 105		



2.1.1.2	Qualitätssicherung.....	117	2.1.6.4	Projekt „Sucht im Alter“: Fortbildung haus- ärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reut- lingen, Baden-Württemberg.....	128
2.1.1.3	Haft und Entwöhnungsbehandlungen.....	118	2.1.7	Migration und Sucht.....	130
2.1.1.4	Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Suchtnachsorge .....	118	2.1.7.1	Förderschwerpunkt Migration und Sucht .....	130
2.1.1.5	Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung.....	119	2.1.7.2	Beispielprojekt aus den Ländern zu Migration und Sucht.....	131
2.1.1.5.1	Projekt „Integrationsbezogenes Fall- management Sucht“ (Deutsche Renten- versicherung Braunschweig-Hannover.....)	119	2.1.8	Suchtselbsthilfe .....	132
2.1.1.5.2	Modellprojekt „BISS“ (Berufliche Integration nach stationärer Sucht- behandlung) (Deutsche Rentenversiche- rung Baden-Württemberg) .....	119	2.1.8.1	Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS .....	132
2.1.1.5.3	Modellprojekt „SURE“ (Substitutions- gestützte Rehabilitation) (Deutsche Renten- versicherung Baden-Württemberg) .....	119	• Förderung durch die Sozialversicherungsträger .....	132	
2.1.1.5.4	Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs-Langzeitbehandlung bei Patienten mit Suchterkrankungen (HELPS) (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland).....	119	2.1.8.2	„Chancen nahtlos nutzen“.....	132
2.1.1.5.5	Reha-Fallbegleitung (Deutsche Renten- versicherung Rheinland-Pfalz) .....	120	2.1.8.3	Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr .....	133
2.1.2	Beispiele aus Ländern und Verbänden .....	120	2.1.8.4	Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund .....	133
2.1.3	Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen.....	121	2.1.8.5	Beispielprojekt aus den Ländern zur Suchtselbsthilfe .....	134
2.1.4	Forschung.....	122	2.1.9	Deutscher Suchtkongress vom 3. bis 6. Oktober 2012 in Berlin.....	135
2.1.4.1	Sucht und Gewalt: CANSAS-Netzwerk.....	122	2.1.10	Beispiel aus den Verbänden .....	135
2.1.4.2	Beispiele aus den Ländern.....	123	2.2	Suchtstoffspezifische Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung.....	136
2.1.4.3	Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn...	123	2.2.1	Alkohol.....	136
2.1.5	Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtbehandlung .....	124	2.2.1.1	Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) und Fetales Alkoholsyndrom (FAS).....	136
2.1.6	Sucht im Alter.....	125	2.2.1.1.1	Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die neue Leitlinie (S3).....	136
2.1.6.1	Expertengespräch zu Sucht im Alter .....	125	2.2.1.1.2	Gutachten: Fetale Alkoholspektrum- störungen (FASD) in der sozial- rechtlichen Praxis.....	137
2.1.6.2	Modellprojekte „Sucht im Alter – Sensibi- lisierung und Qualifizierung von Fach- kräften in der Alten- und Suchthilfe“ .....	126	2.2.1.1.3	Beratungs- und Behandlungsangebote .....	137
• Beispiel 1: Modellprojekt „WATCH“ der Diakonie Löbau-Zittau gGmbH.....	127	2.2.1.2	Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK).....	139	
• Beispiel 2: Modellprojekt „HAMAB“ .....	127	• Ein bedarfs- und leistungsbezogenes Patientenklassifikationssystem für die stationäre Entwöhnungsbe- handlung Alkoholabhängiger .....	139		
2.1.6.3	Beispielprojekt aus den Ländern zu Sucht im Alter.....	128	2.2.1.3	Forschung.....	139
			• Beispiele aus den Ländern.....	139	
			2.2.2	Tabak .....	141
			2.2.2.1	Tabakentwöhnung.....	141

2.2.2.2	„rauchfrei“: Angebote der BZgA zur Tabakentwöhnung .....	141		
	• Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene .....	141		
	• Online-Rauchstopp für Erwachsene .....	141		
	• Gruppenprogramm „losgelöst“ für Jugendliche .....	142		
	• „rauchfrei“-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene .....	142		
	• Telefonische Beratung zum Nichtrauchen .....	142		
2.2.2.3	Weitere Beispiele für Angebote zur Tabakentwöhnung .....	143		
2.2.3	Illegale Drogen .....	144		
2.2.3.1	Cannabis .....	144		
	• Transfer der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) .....	144		
2.2.3.2	Heroin und weitere Drogen .....	144		
2.2.3.2.1	Substitutionsbehandlung .....	144		
	• Qualitätssicherung der Diamorfinbehandlung .....	144		
	• Substitutionsregister .....	146		
	• Projekt „PHAR-MON“ .....	152		
	• Nationale Substitutionskonferenz akzept e.V. ....	152		
	• Beispiele aus Ländern und Verbänden .....	153		
2.2.3.2.2	Behandlung von Drogenabhängigen: .....	155		
	• Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten .....	155		
2.2.3.2.3	Schadensreduzierung .....	155		
	• Deutsche AIDS-Hilfe: „SMOKE IT“ – Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform .....	155		
	• Evaluation des Projekts „Beipackzettel–Safer-Use-Infos in Spritzen-schachteln“ .....	156		
	• „test it Wuppertal“ – Nachhaltigkeit bei niedrigschwelligen HIV-/HCV-Beratungs- und Testangeboten .....	157		
	Vorgestellt: Dr. Fleck: Notdienst Berlin e.V., Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V. ....	158		
2.2.3.2.4	Therapie statt Strafe .....	159		
	• Forschungsprojekt „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“ .....	159		
2.2.3.2.5	Suchtselbsthilfe .....	159		
	Vorgestellt: Thomas „Stolle“ Stolkmann: Projekt „Gewalt-, Drogen- & Alkoholprävention an Schulen“ .....	160		
2.3	Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffungebundenen Süchten .....	161		
2.3.1	Pathologisches Glücksspiel .....	161		
2.3.1.1	Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern .....	162		
2.3.1.2	Katamneseprojekte zur Glücksspielsucht in der stationären Behandlung – Katamneserhebung zur stationären Rehabilitation des Bundesverbandes für stationäre Sucht krankenhilfe e.V. ....	162		
	• Beispiel aus den Ländern .....	163		
2.3.2	Computerspiel- und Internetabhängigkeit .....	163		
2.3.2.1	Beispiel aus den Verbänden .....	164		
2.3.2.2	Beispiel aus den Ländern .....	164		
2.3.2.3	Forschung .....	165		
<b>3</b>	<b>Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen .....</b>	<b>166</b>		
3.1	Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen .....	166		
3.1.1	Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen .....	166		
3.1.2	Beispielprojekte aus den Ländern zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	166		
3.2	Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen .....	167		
3.2.1	Tabak .....	167		
3.2.1.1	Tabaksteuererhöhung .....	167		
3.2.1.2	Bekämpfung des Zigarettschmuggels .....	168		
3.2.1.3	Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship (2005 bis 2011) .....	168		
3.2.1.4	Vorschläge der Arbeitsgruppe 6 – Tabakkonsum reduzieren im Rahmen von „gesundheitsziele.de“ .....	170		

3.2.1.5	Nichtraucherchutzgesetze der Bundesländer .....	170	4.2	Europäische und internationale Tabakpolitik.....	184
3.2.1.6	Fortführung einer bundesweiten prospektiven Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC)) .....	173	4.2.1	Tabakprävention in der EU.....	184
3.2.2	Medikamente .....	174		• Inhaltsstoffe .....	184
	• Evaluierung des „Gesetzes zur Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport“ (DBVG) .....	174	4.2.2	• Verpackung und Etikettierung .....	184
3.2.3	Illegale Drogen .....	174		• Nikotinhaltige Produkte .....	185
3.2.3.1	Änderungen des Betäubungsmittelrechts.....	175	4.2.2	Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit .....	185
	• Maßnahmen gegen neue synthetische Substanzen.....	175	4.2.3	Fünfte Konferenz der Vertragsstaaten des Tabakrahmenübereinkommens FCTC .....	186
	• Neue Vorschriften für die Palliativmedizin .....	175	4.2.3.1	Tabakschmuggelprotokoll.....	186
3.2.3.2	Grundstoffüberwachung .....	175	4.2.3.2	Art. 9/10 des FCTC: Tabakinhaltsstoffe .....	186
3.2.3.3	Beschluss des G-BA zu personellen und räumlichen Anforderungen an diamorphin-substituierende Einrichtungen in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-RL).....	176	4.2.3.3	Art. 6 des FCTC: Besteuerung von Tabakprodukten .....	186
3.2.3.4	Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern .....	177	4.2.3.4	Berichtswesen .....	187
3.2.4	Pathologisches Glücksspiel.....	177	4.2.3.5	Good-Practice-Datenbank für Tabakpräventionsprojekte.....	187
3.2.4.1	Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag .....	177	4.3	Europäische und internationale Drogenpolitik .....	187
3.2.4.2	Gewerbliches Automatenenspiel .....	178	4.3.1	Situation illegaler Drogen in Europa.....	187
3.2.4.2.1	Änderung der Gewerbeordnung.....	178	4.3.1.1	EU-Gremien.....	188
3.2.4.2.2	Novellierung der Spielverordnung .....	179		• Die EU-Kommission .....	188
<b>4</b>	<b>Internationales .....</b>	<b>180</b>		• Der Rat der EU .....	189
4.1	Europäische und internationale Alkoholpolitik .....	180		• Horizontale Gruppe Drogen .....	189
4.1.1	Situation in Europa.....	180	4.3.1.2	Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2012 .....	190
4.1.2	EU-Alkoholstrategie .....	180	4.3.1.3	Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.....	190
4.1.3	Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit .....	180	4.3.1.4	Projekte im EU-Förderprogramm „Drogenprävention und Aufklärung“ .....	191
	• Beispielprojekte .....	181	4.3.1.5	Beispielprojekt aus den Ländern .....	191
4.1.4	Beispielprojekt aus dem „Drug Information and Prevention Programme“ (DPIP) .....	182	4.3.1.6	Beispielprojekt aus den Ländern zu Safer Nightlife.....	191
4.1.5	„Non-Communicable Diseases“-Prozess .....	183	4.3.1.7	„DRUID“: Alkohol, Medikamente und Drogen im Straßenverkehr.....	192
4.1.6	Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs.....	183	4.3.1.8	Twinning-Projekt.....	192
			4.3.2	Vereinte Nationen (VN).....	193
			4.3.2.1	Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC) .....	193
			4.3.2.2	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) .....	194
			4.3.2.3	Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB).....	195

4.3.3	Internationale Entwicklungszusammenarbeit .....	196
4.3.3.1	Drogenökonomien als Entwicklungsproblem .....	196
4.3.3.2	Alternativen zum Drogenanbau.....	197
4.3.3.3	Delegationsreise der Drogenbeauftragten nach Zentralasien/„Central Asia Drug Action Programme“ .....	198
4.3.3.4	Harm Reduction und HIV/Aids: Alternativen zu Risikosituationen bieten.....	198
4.4	Internationale Zusammenarbeit im Bereich der Glücksspielsucht .....	199
	• Trinationaler Erfahrungsaustausch mit Österreich und der Schweiz zur Glücksspielsucht .....	199
 <b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>		<b>201</b>
 <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>		<b>207</b>
 <b>Danksagung.....</b>		<b>201</b>
 <b>Impressum .....</b>		<b>215</b>

# A | Moderne Drogen- und Suchtpolitik

Dieser Drogen- und Suchtbericht informiert über die aktuelle Datenlage und die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung von Januar 2012 bis April 2013. Er stellt Maßnahmen, Projekte und Initiativen der beteiligten Bundesressorts, Institutionen und Verbände sowie neue Projekte und Maßnahmen in den Bundesländern vor. In der Rubrik „Vorgestellt“ werden in diesem Jahr Menschen für ihr vorbildliches Engagement in der Suchtselbsthilfe gewürdigt. Diese Personen oder deren Angehörige waren selbst suchtkrank und geben heute mit großem Engagement ihre Erfahrungen mit der Bewältigung der Sucht an andere Betroffene weiter.

## Die Drogen- und Suchtpolitik im Jahr 2012

2012 konnte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung einige ihrer politischen Projekte erfolgreich abschließen und voranbringen: Nachdem das Bundeskabinett im Februar 2012 die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik gebilligt hatte, ging es darum, die dort aufgeführten Maßnahmen und Projekte umzusetzen; einige davon werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

## Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) sind irreparable körperliche und geistige Schädigungen des Ungeborenen durch den Alkoholkonsum der Mutter, die zu 100 Prozent vermeidbar sind. Deshalb müssen alle Schwangeren sowie alle Frauen im gebärfähigen Alter immer wieder und auf unterschiedliche Art und Weise über die Gefahren des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen Förderschwerpunkt zur Entwicklung von innovativen Präventionskonzepten in der Schwangerschaft aufgelegt, die sowohl den Alkohol- wie auch den sonstigen Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft umfassen.

Die Drogenbeauftragte hat sich erfolgreich dafür eingesetzt, dass der Mutterpass zur besseren Aufklärung genutzt wird. In der neu erschienenen Ausgabe des Mutterpasses findet sich nun ein ausdrücklicher Hin-

weis auf die Suchtmittel Alkohol, Tabak und andere Drogen. Dadurch werden Ärzte noch einmal explizit an ihre Beratungspflicht erinnert.

Alkoholgeschädigte Kinder brauchen bestmögliche Hilfe und Förderung. Bei FASD gilt: Je früher und qualifizierter Hilfen und Leistungen einsetzen, desto größer ist die Chance, den Lebensweg der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Die Drogenbeauftragte regte daher die Entwicklung von Diagnoseleitlinien durch die medizinischen Fachgesellschaften an. Das BMG förderte den Leitlinienprozess. Im Dezember 2012 konnten die medizinischen Fachgesellschaften diese Leitlinien zur Diagnose des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) gemeinsam mit der Drogenbeauftragten vorstellen. Häufig fehlt auch ein ausreichendes Verständnis der beteiligten Stellen und Institutionen für die Beeinträchtigungen von Kindern mit FASD und ihre Unterstützungs- und Hilfebedarfe. Die Drogenbeauftragte gab ein Rechtsgutachten in Auftrag, das aufzeigt, welche Sozialleistungen Menschen in Anspruch nehmen können, die von FASD betroffen sind, und welche Probleme bei der Umsetzung und Geltendmachung der Ansprüche auftreten. Gemeinsam mit dem Behindertenbeauftragten brachte die Drogenbeauftragte im Mai 2012 zum ersten Mal Bundestagsabgeordnete, Ärzte, Juristen und Therapeuten sowie betroffene Adoptiv- und Pflegeeltern an einen Tisch, um über eine bessere Teilhabe von alkoholgeschädigten Kindern zu diskutieren.

## Alkohol und Jugendliche

Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland immer noch verbreitet. Die aktuellen Zahlen der Krankenhauseinweisung zeigen, dass die Zahl der stationär wegen Alkoholvergiftungen behandelten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2011 auf 26.349 angestiegen ist. Dies bedeutet eine leichte Steigerung um 1,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Um diesen Trend zu stoppen bedarf es weiterer präventiver Anstrengungen. Wie in der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik festgelegt, wurde die Reichweite und Wirkung der Kampagne für Jugendliche „Alkohol? Kenn Dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) inhaltlich und gestalterisch weiterentwickelt. Die Kampagne nimmt nun noch mehr die

Unterschiede zwischen den Geschlechtern beim Alkoholkonsum in den Blick und wendet sich mit gezielten Botschaften an die verschiedenen Geschlechter. Ein erfolgreicher Baustein in der Alkoholprävention bei Jugendlichen ist das Konzept des Projekts „Hart am Limit“ (HaLT), das inzwischen bundesweit umgesetzt wurde. Mit strukturellen Maßnahmen und breiten Netzwerken wird dafür gesorgt, dass der Jugendschutz besser eingehalten und präventive Aktivitäten verstärkt werden. Gleichzeitig erhalten Jugendliche, die wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden, noch im Krankenhaus eine Beratung. In vielen Bundesländern bestehen Rahmenvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen, die eine Teilfinanzierung der Frühinterventionen im Krankenhaus sichern. Eine vom BMG geförderte Studie beschäftigt sich derzeit mit der mittel- und langfristigen gesundheitlichen Entwicklung von Patienten, die als Jugendliche wegen einer Alkoholvergiftung behandelt wurden. Es soll ein Fragebogen entwickelt werden, der bereits am Krankenbett eine evidenzbasierte und praxistaugliche Entscheidungshilfe dafür geben soll, ob eine Kurzintervention wie im Rahmen des Projekts „HaLT“ ausreicht oder ob intensiverer Beratungsbedarf besteht.

Eine wichtige Verantwortung tragen auch die Eltern. Sie sind nicht nur durch ihr eigenes Trinkverhalten Vorbilder für ihre Kinder, sondern sollten auch mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder umzugehen wissen. Hier für müssen ihnen Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Entsprechende Handlungsempfehlungen für Eltern wurden in einem vom BMG geförderten Projekt entwickelt und werden derzeit in einem Folgeprojekt auf ihre Wirksamkeit überprüft.

### **Alkoholprävention für Erwachsene**

Auch Erwachsene, die Alkohol in gesundheitsschädlicher Art und Weise konsumieren, müssen durch präventive Angebote und Maßnahmen angesprochen werden. Die Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der BZgA hat zum Ziel, riskante Alkoholkonsummuster in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zu reduzieren, indem sie über die Gesundheitsrisiken eines zu hohen Alkoholkonsums informiert. Die Erwachsenenkampagne umfasst das Internetportal [\[dein-limit.de\]\(http://www.kenn-dein-limit.de\) und bietet ein vielfältiges Angebot an Printmedien. Die bundesweite Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ spricht die Menschen vor Ort an und motiviert sie, sich selbstkritisch mit ihrem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen. Durch die Informationstour konnten im Jahr 2012 insgesamt 35.000 Menschen erreicht werden.](http://www.kenn-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

### **Betriebliche Suchtprävention**

Der Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen hat negative Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Vermehrte Fehlzeiten, verringerte Leistungsfähigkeit und die Gefährdung der Arbeitssicherheit sind die Folge. Deshalb fördert die Bundesregierung Forschungs- und Modellprojekte zur betrieblichen Gesundheits- und Suchtprävention. Maßnahmen zur Gesundheitsprävention gibt es bislang vorwiegend in größeren Betrieben. Das BMG unterstützt deshalb das Projekt „Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpreventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“. Darüber hinaus wird die Erforschung suchtmittelbezogener Probleme in der Ausbildung gefördert.

### **Tabakprävention**

Während sich der Anteil der Raucher unter den 12- bis 17-Jährigen innerhalb von zehn Jahren mehr als halbiert hat (2001: 27,5 Prozent und 2011 auf: 11,7 Prozent), ist der Anteil in der erwachsenen Bevölkerung nicht in gleichem Maße zurückgegangen. Deshalb ist es weiterhin notwendig, nicht nur Jugendliche, sondern auch die erwachsene Bevölkerung über die Gefahren des Tabakrauchens aufzuklären und sie zur Aufgabe des Rauchens zu bewegen. Dabei geht es besonders darum, Risikogruppen gezielt anzusprechen. Eine solche Risikogruppe sind die in Pflegeberufen Tätigen. Im Frühjahr 2013 sind zwei Modellprojekte gestartet, die ein Tabakpräventionskonzept für Auszubildende in der Pflege entwickeln sollen. Eine breite gesellschaftliche Akzeptanz haben die Gesetze zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens gefunden. Dies zeigt die vom BMG geförderte Langzeitstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (ITC).

Auch im privaten Raum ist es wichtig, über die Gefahren des Passivrauchens aufzuklären. Insbesondere Kinder sind noch zu häufig dem Tabakrauch ihrer Eltern ausgesetzt. Einen Aufkleber, der an die Eltern appelliert, nicht in Gegenwart ihrer Kinder zu rauchen, finden Sie auf der Innenseite des Umschlags dieses Berichts; weitere können in der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten angefordert werden.

### **Tabakentwöhnung**

Es ist notwendig, dass Raucher beim Rauchausstieg unterstützt werden und Angebote zur Tabakentwöhnung erhalten. Besonders erfolgversprechend ist dabei wegen des häufig engen Vertrauensverhältnisses die Ansprache durch Arzt und Pflegepersonal. Zudem besitzt der „ärztliche Rat“ für viele Menschen eine hohe Akzeptanz. Ärzte sollten ihre Patienten bei der Tabakentwöhnung begleiten. Die Bundesregierung unterstützt daher Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in der ärztlichen Praxis. Die AOK NordWest entwickelt aktuell ein Konzept zur Tabakentwöhnung für Erwachsene, das 2013 starten soll und dessen Evaluation seitens des BMG gefördert wird.

### **Medikamente**

Medikamente sind ein unerlässlicher Bestandteil medizinischer Therapien. Nicht verschreibungsgemäß angewendet, besitzen viele Beruhigungs- und Schmerzmittel jedoch ein oftmals unterschätztes Abhängigkeitspotenzial. Ca. 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen sind in Deutschland medikamentenabhängig. Vor allem ältere Menschen nehmen Beruhigungsmittel über einen problematisch langen Zeitraum ein. Um Medikamentenabhängige besser zu erreichen, fördert das BMG einen neuen Ansatz, bei dem Apotheker und Ärzte kooperieren, um einen ambulanten Entzug zu begleiten.

### **Sucht im Alter**

Ältere Menschen mit Suchtproblemen werden häufig nicht vom Suchthilfesystem erreicht. Damit Suchtberatung, Sucht- und Altenhilfe sich frühzeitig auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Suchterkrankungen einstellen können, hat das BMG den Förderschwerpunkt „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von

Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ aufgelegt. Ziel war es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen in der Alten- und Suchthilfe zu steigern. Im November 2012 lud die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Wissenschaftler, Fachverbände und Praktiker aus verschiedenen Einrichtungen zum Expertengespräch „Unabhängig im Alter – Sucht im Alter“ ein, um einen Überblick über den aktuellen Wissensstand zu geben.

Die Jahrestagung der Drogenbeauftragten im Juni 2013 wird sich ebenfalls diesem Thema widmen.

### **Substanzmissbrauch bei Studierenden**

Ein Themenfeld, in dem es gelungen ist, eine wesentliche Wissenslücke zu schließen, ist der Medikamentenmissbrauch bei Studierenden. Die vom BMG geförderte sogenannte HISBUS-Studie über „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“ ergab, dass die große Mehrheit der Studierenden (88 Prozent) keine eigene Erfahrung mit Mitteln zur geistigen Leistungssteigerung (sogenanntes Hirndoping) hat. Etwa 5 Prozent aller Studierenden nehmen Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputzmittel zur Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit ein. Nur 1 Prozent der befragten Studierenden nimmt solche Mittel häufig ein. Aufbauend auf diesen Ergebnissen und einem Expertenworkshop im Mai 2012 fördert das BMG seit dem Frühjahr 2013 die Erprobung neuer Ansätze zur selektiven Prävention von Substanzmissbrauch bei Studierenden. Ziel ist es, Studierende, die bereits riskant oder schädlich konsumieren, zu einer Verhaltensänderung in Bezug auf ihren Alkohol-, Tabak-, Cannabis- und Medikamentenkonsum zu bewegen.

### **Illegale Drogen**

Es ist das Ziel der Bundesregierung, den Konsum illegaler Drogen mit allen seinen negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen zu verringern und deren Verfügbarkeit durch Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken. Besonders im Bereich der synthetischen Drogen gibt es Handlungsbedarf. Das BMG lässt deshalb seit diesem Jahr den Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland erforschen. Dies ist die Voraussetzung, um zielgruppenorientierte Präven-



tionsmaßnahmen für missbräuchlich Amphetamin-konsumierende entwickeln zu können. Darüber hinaus wird seit April 2013 ein EU-Projekt zur Prävention des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen gefördert.

### Schadensminimierung

Intravenös injizierende Drogenabhängige leiden häufig an Begleiterkrankungen wie Hepatitis oder HIV. Deshalb sind gesundheitspräventive Maßnahmen notwendig, um eine Verbreitung solcher Begleiterkrankungen unter Drogenabhängigen zu vermeiden. Zu diesen bewährten Maßnahmen gehören zum Beispiel Drogenkonsumräume, Kontaktläden und Spritzentauschprogramme. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zur Schadensminimierung zeigt auch der nachhaltige Rückgang der Drogentodeszahlen in den letzten Jahren. Mit dem Ziel, umfassende Daten zur Verbreitung dieser Infektionskrankheiten unter drogeninjizierenden Menschen zu erhalten und Konsumenten besser über die möglichen Übertragungswege aufzuklären, fördert die Bundesregierung die Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie).

### Behandlung

Einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit von Schwerstabhängigen leistet die Diamorphinbehandlung. Auf Anregung der Drogenbeauftragten hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Januar 2013 Änderungen hinsichtlich der räumlichen und personellen Anforderungen bei der Diamorphinbehandlung beschlossen, die im April 2013 in Kraft getreten sind. Dadurch soll der Aufbau neuer Behandlungseinrichtungen erleichtert werden. Die Substitution mit Methadon und Buprenorphin ist seit Langem bewährt. Um mehr Ärzte dafür zu gewinnen, die Substitutionsbehandlung tatsächlich anzubieten, wendet sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung mit einem Informations- und Motivationsblatt an Ärzte, die eine suchtmmedizinische Weiterbildung absolvieren.

### Drogen im Strafvollzug

Im Strafvollzug findet sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich höherer Anteil an Drogenkonsumenten. Maßnahmen zur Behandlung und

Schadensminimierung sind dort aber noch keine Selbstverständlichkeit. Bei der Tagung des Strafvollzugsausschusses der Länder im Mai 2012 wies die Drogenbeauftragte darauf hin, dass die Behandlung und Versorgung von Drogenabhängigen im Strafvollzug sowie die Datenerhebung stärker in den Blick genommen und weiter ausgebaut werden müssen. Verbesserungsbedarf gibt es auch beim Übergang von der Haft in Rehabilitationseinrichtungen. Die Länder haben daraufhin eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die für diesen Bereich das Ziel einer länderübergreifenden Datensammlung im Strafvollzug verfolgt. Außerdem wollen sie auf Verbesserungen beim Übergang zwischen Haft und Reha-Einrichtungen hinwirken.

### Glücksspiel

Glücksspiel ist im Alltag weit verbreitet. Rund jeder Zweite in der erwachsenen Bevölkerung spielt im Verlauf eines Jahres eines oder mehrere der öffentlich angebotenen Glücksspiele. Verschiedene Studien gehen von etwa 264.000 Glücksspielabhängigen und 274.000 problematischen Spielern in Deutschland aus. Ein hohes Suchtrisiko geht besonders vom Automatenpiel aus. Es ist das Ziel der Bundesregierung, den Spielerschutz zu verbessern und Glücksspielsucht zu vermeiden. Bei der Novellierung der Spielverordnung (SpielVO) und der ihr zugrundeliegenden Gewerbeordnung (GewerbeO) wurden bzw. werden verschiedene technische und spielerbezogene Maßnahmen neu geregelt, die den Spieler- und Jugendschutz verbessern sollen. Dazu gehören u. a. die Reduzierung der Anzahl der in gastronomischen Betrieben aufgestellten Automaten von drei auf einen sowie die Einführung der Spielerkarte. Die Drogenbeauftragte traf sich im Februar 2013 gemeinsam mit den beteiligten Bundesressorts zum Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus Österreich. Dort wurden bereits umfangreiche Vorarbeiten für eine betreiberübergreifende Spielerkarte für Glücksspielautomaten geleistet.

Beim Glücksspiel, das über das Internet angeboten wird, ist eine grenzübergreifende Kooperation wichtig. Deshalb begrüßt die Bundesregierung die Initiative der EU-Kommission für einen umfassenden europäischen Rahmen für das Online-Glücksspiel. Auf diese Weise kann es langfristig gelingen, ein einheitlich hohes Schutzniveau



veau für das Online-Glücksspiel zu schaffen und gegen illegale Aktivitäten vorzugehen.

### **Computerspiel- und Internetabhängigkeit**

Ein thematischer Schwerpunkt der Drogenbeauftragten im Jahr 2012 war die Computerspiel- und Internetabhängigkeit. Das Internet bietet vielfältige Nutzungsmöglichkeiten und ist aus dem täglichen Leben nicht mehr wegzudenken. Dennoch birgt es auch Risiken. Nach ersten Schätzungen gelten rund 560.000 Menschen in Deutschland als internetabhängig.

Die Drogenbeauftragte nutzte ihre Jahrestagung 2012 „Wenn aus Spaß Ernst wird – Exzessive und pathologische Computerspiel- und Internetnutzung“, um die aktuellen Entwicklungen und Erkenntnisse zur exzessiven und pathologischen Computerspiel- und Internetnutzung gemeinsam mit zahlreichen Experten zu diskutieren. Darüber hinaus führte sie Gespräche mit Vertretern aus Forschung und Verbänden, wie dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, den Unternehmen für Internet- und Unterhaltungsmedien sowie der Suchtberatung und -hilfe. Sie sprach mit ihnen über geeignete Präventionsmaßnahmen, Maßnahmen der Früherkennung und über Behandlungsangebote. Außerdem traf sie sich mit Betroffenen und besuchte Modellstandorte des vom BMG geförderten Modellprojekts „ESCapade“.

Die Bundesregierung verfolgt neben dem Ausbau von Präventionsmaßnahmen das Ziel, verlässliche Erkenntnisse über die Ursache und Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit zu gewinnen. Deshalb fördert das BMG derzeit eine Folgestudie zur 2011 veröffentlichten PINTA-Studie (PINTA-Diary) zur Verbreitung der Internetabhängigkeit, deren Ergebnisse im Frühsommer 2013 erwartet werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) förderte zudem die Forschungsstudie „Exzessive Internetnutzung in Familien – Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien-)erzieherischen Handeln in den Familien (EXIF)“. Damit wird langfristig eine Wissensgrundlage geschaffen, damit die Internetabhängigkeit als Krankheit anerkannt werden kann. Darüber hinaus

sind einheitliche Standards zur Diagnostik und Behandlung notwendig. Zu diesem Zweck fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein Forschungsprojekt der Ambulanz für Spielsucht in Mainz, das die Wirkmechanismen und Effekte einer speziell strukturierten verhaltenstherapeutischen Behandlung für Internet- und Computerspielsucht (STICA) analysiert. Um zu erforschen, wie man Risikogruppen wie Arbeitslose oder Arbeitssuchende am besten erreichen kann, fördert das BMG seit April 2013 eine Pilotstudie in einem Jobcenter. Die Ergebnisse dieser Studie sollen dazu beitragen, eine wichtige Lücke in der Versorgung dieser Zielgruppe zu schließen und ein Konzept für eine frühe Intervention bereitzustellen.

Eltern, Lehrer sowie Erziehungs- und Familienberater müssen für den Umgang mit Internetabhängigkeit sensibilisiert werden. Das BMG förderte deshalb die Herausgabe des Handbuchs „Let’s Play – Methoden zur Prävention von Medienabhängigkeit“ für Pädagogen, Erzieher und Multiplikatoren. Eltern müssen über Chancen und mögliche Risiken der Internetnutzung sowie geeignete Jugendschutzprogramme für den heimischen Computer informiert werden. Im Rahmen der Initiative „Dialog Internet“ fördert das BMFSFJ verschiedene solcher Projekte.

### **Internationales**

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl neuer psychoaktiver Substanzen, grenzüberschreitender Handelsströme, organisierter Kriminalität und der Zunahme von Entwicklungsproblemen aufgrund von Drogenanbau kann ein wirkungsvolles Vorgehen gegen Drogenhandel nur im Rahmen einer engen europäischen und internationalen Zusammenarbeit erfolgen.

### **Europäische Drogenstrategie**

Die Drogenbeauftragte steht in regelmäßigem Austausch mit den Drogenkoordinatoren der EU-Mitgliedsstaaten. Im Juni und September 2012 traf sie ihre Amtskollegen in Kopenhagen und Nikosia. Im Juli 2012 vertrat sie diese in der Verwaltungsratssitzung der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) in Lissabon.

Die Drogenbeauftragte hat sich gemeinsam mit der Bundesregierung intensiv in die Erarbeitung der „EU-Drogenstrategie 2013–2020“ eingebracht, die im Dezember 2012 vom Rat der EU angenommen wurde und die „Drogenstrategie 2005–2012“ ablöst. Die „Drogenstrategie 2013–2020“ konzentriert sich auf die fünf Themenbereiche Reduzierung der Drogennachfrage, Reduzierung des Drogenangebots, Koordination, internationale Kooperation sowie Information, Forschung, Überwachung und Evaluierung. Die Drogenbeauftragte konnte sich erfolgreich dafür einsetzen, dass auch die Problematik des Mischkonsums und der Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis mehr Aufmerksamkeit erhielten. Zur Umsetzung der Strategie werden 2013 konkrete Aktionen in zwei aufeinanderfolgenden vierjährigen Aktionsplänen (2013–2016 und 2017–2020) festgelegt.

### **Internationale Drogenpolitik**

Die Bundesregierung sieht sich in der Verantwortung, die Ursprungsländer von Drogen bei ihrem Vorgehen gegen den Anbau, die Herstellung und die Abhängigkeit von Drogen zu unterstützen. Deshalb findet eine enge Entwicklungszusammenarbeit mit Drogenanbau- und Transitstaaten statt. Die Drogenbeauftragte hat sich aktiv in diesen Prozess eingebracht. Im März 2012 nahm sie an der 55. Sitzung der UN-Suchtstoffkommission in Wien teil. Die Suchtstoffkommission ist das zentrale internationale Entscheidungsgremium zur Gestaltung der globalen Drogenpolitik. Bei der Konferenz führte die Drogenbeauftragte unter anderem bilaterale Gespräche mit Vertretern wichtiger Anbau- und Transitstaaten für Koka und Kokain wie Ecuador, Kolumbien und Peru. Im Mai 2012 reiste die Drogenbeauftragte nach Kirgisistan und Kasachstan, die als Transitstaaten für den Drogenhandel nach Europa mit erheblichen Drogenproblemen zu kämpfen haben. Dort setzte sie sich für die Umsetzung einer ausgewogenen Drogen- und Suchtpolitik ein. Im Dezember 2012 traf sich die Drogenbeauftragte mit Vertretern anderer Nationen, internationaler Organisationen und Nichtregierungsorganisationen zur „Conference on Drug Control Policy“ der Ditchley Foundation in der Nähe von Oxford. Dort wurde über aktuelle Drogenkonsumtrends, deren Einflussfaktoren sowie Fragen der Angebots- und Schadensminimierung diskutiert.

### **Drogen- und Suchtrat**

Im Juni 2012 trat der Drogen- und Suchtrat als nationales Beratungsgremium der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zusammen, um über die weitere Umsetzung der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik zu diskutieren. Der Drogen- und Suchtrat beschloss, dass seine Arbeitsgruppen (AG Suchtprävention und AG Schnittstellen bei der Versorgung Suchtkrankter) konkrete Vorschläge zur weiteren Umsetzung entwickeln sollen. Vorschläge der Arbeitsgruppe Schnittstellenproblematik zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe und zur Verbesserung des Übergangsmanagements nach Ende der Haftzeit wurden zwischenzeitlich vorgelegt.

### Gender-Hinweis:

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

# B | Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht

## 1 Alkohol

### 1.1 Situation in Deutschland

Der Alkoholkonsum beträgt in Deutschland 9,6 Liter pro Einwohner. Dies ist im internationalen Vergleich ein hoher Wert. Die empfohlenen Trinkmengen werden in Deutschland von 9,5 Millionen Bundesbürgern überschritten, von denen wiederum 1,3 Millionen eine Alkoholabhängigkeit aufweisen. An den direkten und indirekten Folgen ihres übermäßigen Alkoholkonsums versterben pro Jahr 74.000 Menschen. Die volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkohol belaufen sich auf 26,7 Milliarden Euro, davon sind allein 7,4 Milliarden direkte Kosten für das Gesundheitssystem.

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

Neben dem Tabakkonsum ist in Deutschland auch der riskante Alkoholkonsum ein ernstes Gesundheitsproblem. Zur Einschätzung des gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums wurde der „Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption“ (AUDIT-C) eingesetzt, der folgende Fragen umfasst:

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also zum Beispiel ein Glas Wein, Bier, Mixgetränke, Schnaps oder Likör, zu sich?  
Antwortkategorien:  
nie; einmal pro Monat oder seltener; 2- bis 4-mal im Monat; 2- bis 3-mal die Woche; 4-mal die Woche oder öfter.
2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?  
Antwortkategorien:  
1 bis 2; 3 bis 4; 5 bis 6; 7 bis 9; 10 und mehr alkoholische Getränke.

3. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, zum Beispiel beim Abendessen oder auf einer Party?  
Die Antwortkategorien waren:  
nie; seltener als einmal im Monat; jeden Monat; jede Woche; jeden Tag oder fast jeden Tag.

Ein alkoholisches Getränk entspricht dabei einer 0,33-l-Flasche Bier, einem kleinen Glas Wein mit 0,125 l, einem Glas Sekt, einem doppelten Schnaps oder einer Flasche Alkopops. Die Antwortkategorien wurden jeweils aufsteigend von 0 bis 4 gewertet.

Der minimale AUDIT-C-Summenwert war somit 0 und der maximale Wert 12. Als Risikokonsum gemäß AUDIT-C wurde ein Wert von  $\geq 4$  bei Frauen und  $\geq 5$  bei Männern gewertet. Ein Summenwert von 1 bis 3 bei Frauen und von 1 bis 4 bei Männern wurde als moderater Alkoholkonsum und der Wert 0 als Nie-Trinker klassifiziert.

Die Angaben zum Alkoholkonsum beruhen auf Selbstangaben der Befragten, wobei das Erinnerungsvermögen, die persönliche Einschätzung von Glasgrößen sowie die soziale Erwünschtheit der Antworten die Ergebnisse beeinflussen können. In der Literatur werden für einen riskanten Alkoholkonsum unterschiedliche Grenzwerte angegeben. Dies erschwert den Vergleich der hier präsentierten Zahlen mit den Ergebnissen anderer Studien. Es zeigt sich aber, dass bestimmte Trinkmuster in der Bevölkerung stabil sind. Die gefundenen Häufigkeitsverteilungen nach Alter, Geschlecht und Bildungsgruppen entsprechen weitestgehend den Ergebnissen der GEDA-Befragung von 2009 sowie den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys von 2007.

Zu den Ergebnissen der Studie:

[www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.html)

**Abbildung 3:**  
**Häufigkeitsverteilung des Alkoholkonsums in Deutschland 2010**

	Nie-Trinker		Moderat		Risikokonsum	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen</b>						
<b>Gesamt (Frauen und Männer)</b>	19,4	(18,6–20,1)	53,5	(52,6–54,4)	27,2	(26,4–27,9)
<b>Frauen gesamt</b>	24,9	(23,8–26,0)	53,0	(51,9–54,2)	22,1	(21,2–23,0)
<b>18–29 Jahre</b>	20,5	(18,4–22,7)	47,1	(44,6–49,7)	32,4	(30,1–34,8)
Untere Bildungsgruppe	22,8	(18,4–27,8)	42,7	(37,6–48,0)	34,5	(29,8–39,5)
Mittlere Bildungsgruppe	20,2	(17,7–22,9)	48,5	(45,3–51,7)	31,4	(28,5–34,4)
Obere Bildungsgruppe	15,6	(11,9–20,2)	52,3	(46,5–58,1)	32,1	(27,0–37,7)
<b>30–44 Jahre</b>	23,4	(21,6–25,3)	56,4	(54,4–58,4)	20,2	(18,7–21,8)
Untere Bildungsgruppe	46,4	(38,3–54,7)	41,6	(33,8–49,8)	12,0	(7,6–18,4)
Mittlere Bildungsgruppe	21,5	(19,4–23,7)	57,5	(54,9–60,0)	21,1	(19,1–23,2)
Obere Bildungsgruppe	16,2	(14,2–18,3)	61,3	(58,6–64,0)	22,5	(20,3–24,9)
<b>45–64 Jahre</b>	21,1	(19,5–22,8)	57,5	(55,6–59,3)	21,4	(20,0–22,8)
Untere Bildungsgruppe	35,2	(29,7–41,1)	50,6	(44,7–56,4)	14,2	(10,9–18,4)
Mittlere Bildungsgruppe	19,2	(17,6–21,0)	59,0	(56,8–61,2)	21,8	(20,0–23,7)
Obere Bildungsgruppe	12,1	(10,5–13,8)	60,3	(57,8–62,8)	27,6	(25,4–29,9)
<b>ab 65 Jahre</b>	33,2	(30,5–36,0)	48,3	(45,5–51,1)	18,5	(16,5–20,7)
Untere Bildungsgruppe	39,9	(35,0–45,0)	45,7	(40,7–50,8)	14,4	(11,1–18,4)
Mittlere Bildungsgruppe	28,5	(25,8–31,4)	49,9	(46,8–53,0)	21,5	(19,1–24,2)
Obere Bildungsgruppe	19,6	(16,6–23,0)	54,5	(50,4–58,5)	25,9	(22,5–29,7)

	Nie-Trinker		Moderat		Risikokonsum	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Männer</b>						
<b>Gesamt (Frauen und Männer)</b>	<b>19,4</b>	(18,6–20,1)	<b>53,5</b>	(52,6–54,4)	<b>27,2</b>	(26,4–27,9)
<b>Männer gesamt</b>	<b>13,5</b>	(12,5–14,5)	<b>54,0</b>	(52,7–55,2)	<b>32,6</b>	(31,4–33,8)
<b>18–29 Jahre</b>	<b>11,1</b>	(9,4–13,1)	<b>44,3</b>	(41,6–47,1)	<b>44,6</b>	(41,9–47,3)
Untere Bildungsgruppe	<b>16,6</b>	(12,7–21,4)	<b>40,1</b>	(34,8–45,7)	<b>43,3</b>	(38,1–48,7)
Mittlere Bildungsgruppe	<b>9,0</b>	(7,1–11,3)	<b>44,8</b>	(41,3–48,3)	<b>46,3</b>	(42,8–49,8)
Obere Bildungsgruppe	<b>7,1</b>	(4,4–11,1)	<b>55,0</b>	(48,4–61,5)	<b>37,9</b>	(31,7–44,5)
<b>30–44 Jahre</b>	<b>12,4</b>	(10,6–14,4)	<b>57,9</b>	(55,4–60,3)	<b>29,7</b>	(27,5–32,1)
Untere Bildungsgruppe	<b>31,4</b>	(22,9–41,2)	<b>48,8</b>	(39,2–58,5)	<b>19,9</b>	(13,2–28,9)
Mittlere Bildungsgruppe	<b>11,1</b>	(9,2–13,4)	<b>56,0</b>	(52,6–59,4)	<b>32,9</b>	(29,7–36,2)
Obere Bildungsgruppe	<b>6,2</b>	(5,0–7,7)	<b>65,1</b>	(62,2–67,9)	<b>28,7</b>	(26,1–31,5)
<b>45–64 Jahre</b>	<b>13,6</b>	(12,0–15,3)	<b>54,5</b>	(52,3–56,7)	<b>31,9</b>	(29,9–34,0)
Untere Bildungsgruppe	<b>25,9</b>	(17,6–36,4)	<b>48,8</b>	(38,4–59,3)	<b>25,3</b>	(17,2–35,6)
Mittlere Bildungsgruppe	<b>15,5</b>	(13,4–17,9)	<b>52,8</b>	(49,8–55,8)	<b>31,6</b>	(28,9–34,5)
Obere Bildungsgruppe	<b>6,2</b>	(5,1–7,5)	<b>59,2</b>	(56,7–61,7)	<b>34,6</b>	(32,2–37,0)
<b>ab 65 Jahre</b>	<b>16,8</b>	(14,5–19,3)	<b>56,2</b>	(53,1–59,3)	<b>27,0</b>	(24,4–29,8)
Untere Bildungsgruppe	<b>19,1</b>	(11,1–30,7)	<b>50,9</b>	(38,8–63,0)	<b>30,0</b>	(20,0–42,4)
Mittlere Bildungsgruppe	<b>18,8</b>	(15,8–22,3)	<b>57,5</b>	(53,3–61,6)	<b>23,7</b>	(20,3–27,4)
Obere Bildungsgruppe	<b>11,7</b>	(9,7–14,1)	<b>56,3</b>	(53,0–59,5)	<b>32,0</b>	(29,1–35,1)

Quelle: RKI, „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“

### 1.3 Drogenaffinitätsstudie Alkohol

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht den Alkoholkonsum junger Menschen in Deutschland, indem sie regelmäßig bundesweite Repräsentativbefragungen durchführt. In der aktuellen Drogenaffinitätsstudie von 2011 wurden 5.001 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt.

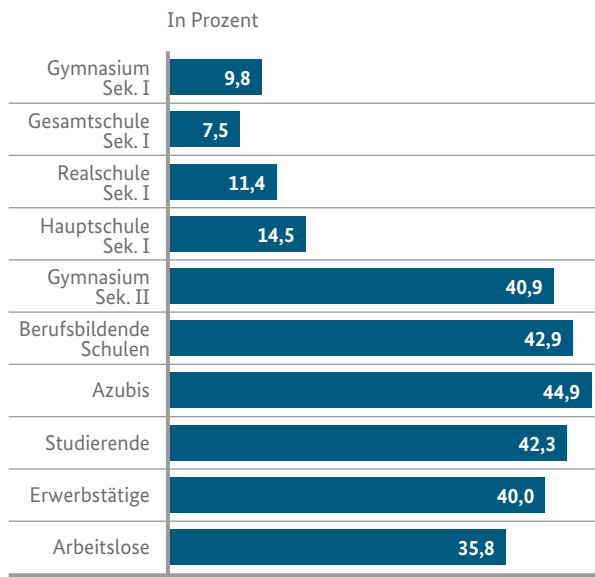
Die Ergebnisse von 2011 zeigen, dass das Rauschtrinken – d. h. der Konsum von mindestens fünf Gläsern Alkohol hintereinander – bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren rückläufig ist. Im Jahr 2011 betrieben 15,2 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Rauschtrinken; 2004 waren es dagegen 22,6 Prozent. Im Gegensatz zu den Jugendlichen zeigt sich bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren nur eine geringfügige Veränderung beim Rauschtrinken (2004: 43,5 Prozent; 2011: 41,9 Prozent).

Die Drogenaffinitätsstudie 2011 belegt deutliche Geschlechtsunterschiede. Demnach ist das Rauschtrinken bei männlichen Jugendlichen mit 19,6 Prozent etwa doppelt so weit verbreitet wie bei weiblichen Jugendlichen (10,5 Prozent). Anders als das Geschlecht und das Alter haben Bildung und soziale Unterschiede keinen Einfluss auf das Rauschtrinken. In allen sozialen Gruppen ist es ähnlich weit verbreitet (siehe Abbildung 4). Unter den Befragten der Sekundarstufe I betreiben 7,5 bis 14,5 Prozent Rauschtrinken. Bei den älteren Befragten außerhalb der Sekundarstufe I sind es 35,8 bis 44,9 Prozent. Dies sind keine statistisch signifikanten Unterschiede.

### 1.4 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 26.349 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert; 2010 waren es 25.995 Personen. Damit ist die absolute Zahl der Krankenhauseinweisungen bei Kindern und

**Abbildung 4:**  
Bildungs- und soziale Unterschiede in der Verbreitung des Rauschtrinkens bei 12- bis 25-Jährigen in Deutschland (in den letzten 30 Tagen vor der Befragung)



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011“, 2012

Jugendlichen leicht um 1,4 Prozent angestiegen. Diese Entwicklung zeigte sich in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Der stärkste Anstieg (2,1 Prozent) ist bei den 10- bis 15-jährigen zu verzeichnen.

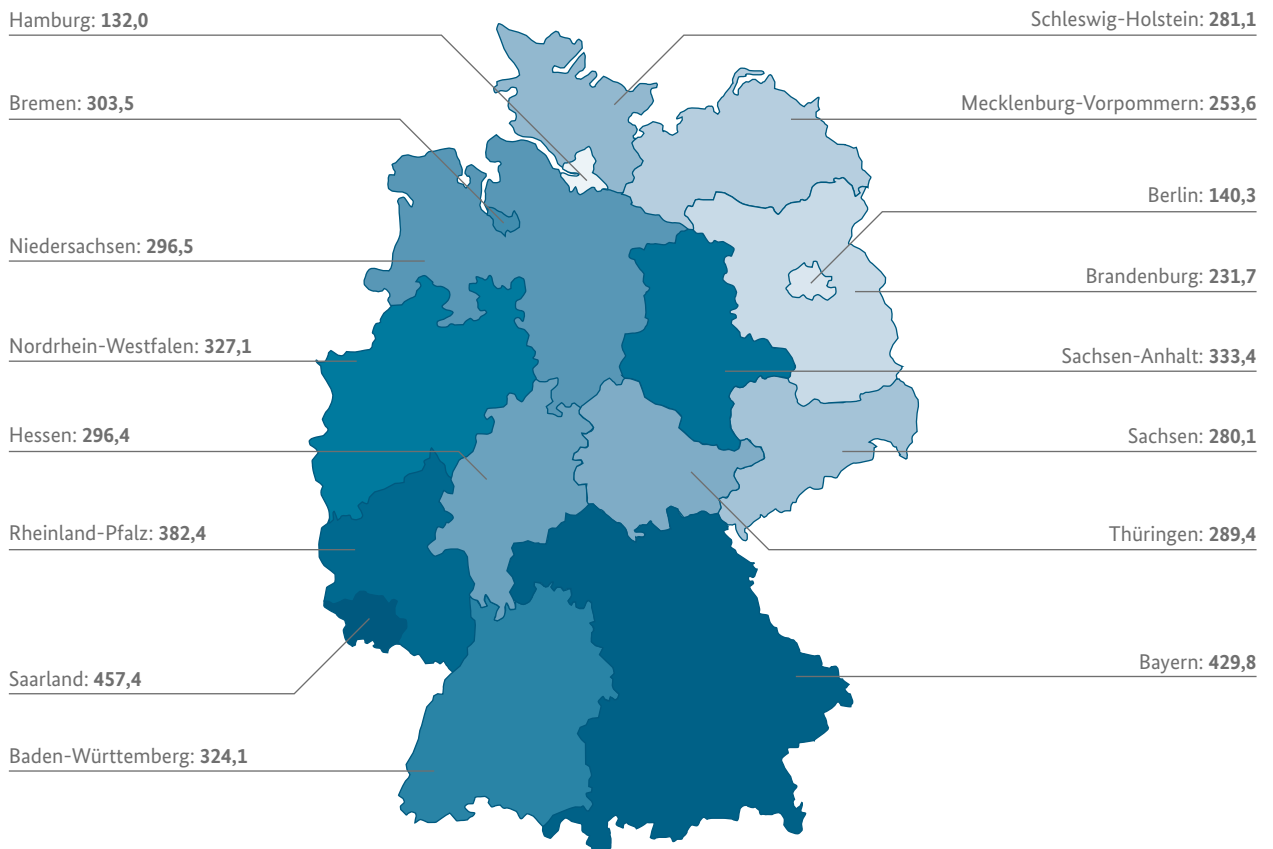
Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so fällt auf, dass es in der Gruppe der 10- bis 15-jährigen Jungen einen deutlichen Anstieg gegeben hat (3,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Die größte Gruppe der Jugendlichen mit Alkoholvergiftungen sind immer noch die 15- bis 20-jährigen jungen Männer. Die Zahlen haben sich in dieser Altersgruppe in den letzten zwölf Jahren mehr als verdreifacht, von 4.726 Fällen im Jahr 2000 auf 14.239 Fälle im Jahr 2011.

Zum ersten Mal ist auch die Zahl der alkoholvergifteten Mädchen und jungen Frauen mit 10.092 Fällen (10- bis 20-Jährige) fünfstellig. Bei den 10- bis 15-jährigen Mädchen stiegen die Zahlen um 0,6 Prozent an, bei den 15- bis 20-jährigen jungen Frauen um 3,2 Prozent.

Bezogen auf 100.000 Einwohner in der Altersgruppe der 10- bis 20-Jährigen bedeutet dies eine Steigerung um 3,3 Prozent (auf 325 Fälle pro 100.000 Einwohner) im Vergleich zu 2010. Dies ist der höchste relative Wert seit Beginn der Aufzeichnung im Jahr 2000. Der damalige Wert betrug 101 alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche pro 100.000 Einwohner. In den Teilaltersgruppen sind folgende Steigerungen zu verzeichnen: Die Zahl der eingelieferten 10- bis 15-jährigen Kinder pro

100.000 Einwohner ist um 2,9 Prozent angestiegen (auf 106 Fälle pro 100.000 Gleichaltrige), die Zahl der 15- bis 20-jährigen alkoholvergifteten Jugendlichen pro 100.000 Einwohner ist um 4,3 Prozent angestiegen (auf 535 Fälle). Die höchste Zahl über alle Altersgruppen hinweg und seit Beginn der Aufzeichnung weisen die jungen Männer zwischen 15 und 20 Jahren mit 670 Alkoholvergiftungen pro 100.000 Einwohner auf.

**Abbildung 5:**  
**Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen für die Bundesländer 2011 je 100.000 Einwohner im Vergleich**









**Abbildung 7**  
**Krankenhouseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen, Zahlen pro 100.000 Einwohner bundesweit**

Jahr	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren																						
	u. 1		1-5	5-10	10-15		15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90->	
	Insgesamt	zusammen	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90->				
<b>Insgesamt</b>																							
2000	65,2	2,0	0,8	0,4	0,4	100,9	46,1	156,9	82,2	59,7	73,5	99,1	116,4	99,1	80,5	59,6	46,2	32,4	20,3	13,0	9,4	8,0	5,1
2001	73,7	1,6	0,9	0,4	0,4	121,4	53,1	191,4	97,9	70,8	76,8	103,0	126,6	116,7	88,0	68,0	50,1	37,5	25,0	15,0	13,3	7,8	4,6
2002	75,8	0,4	0,7	0,3	0,3	136,6	58,5	214,6	102,6	69,6	78,4	101,1	125,2	114,7	91,9	67,5	53,0	38,3	23,8	15,7	12,0	6,0	3,4
2003	84,7	0,6	0,4	0,4	0,4	151,3	62,8	236,6	113,5	76,8	85,4	107,8	134,7	133,9	108,3	79,3	57,5	46,0	27,6	20,3	13,2	8,0	3,7
2004	97,6	0,1	0,3	0,3	0,3	178,5	69,2	278,9	134,4	91,6	92,2	117,4	149,1	153,0	128,9	90,1	70,6	54,8	35,6	24,1	16,3	12,5	5,4
2005	106,9	0,4	0,4	0,4	0,4	214,1	82,2	329,2	149,6	99,1	98,4	119,4	156,3	163,1	135,6	101,0	76,1	60,3	41,5	28,1	18,4	12,5	5,9
2006	105,1	0,3	0,3	0,2	0,2	217,2	80,6	333,2	157,9	100,0	97,1	112,3	143,9	157,5	137,3	101,8	74,1	57,0	40,8	26,4	16,8	11,5	6,5
2007	118,7	0,1	0,1	0,1	0,1	263,7	93,7	409,2	183,3	118,5	106,8	122,8	151,3	171,9	153,0	111,7	82,4	62,6	47,3	29,4	17,5	12,6	6,7
2008	131,8	0,7	0,3	0,2	0,2	298,1	112,5	460,6	209,5	130,8	123,1	134,1	163,5	183,9	174,2	127,3	91,5	67,2	51,0	32,2	19,4	15,0	7,9
2009	138,5	0,9	0,3	0,2	0,2	313,8	108,7	499,0	225,8	141,4	131,7	139,7	168,2	189,0	183,7	138,4	92,7	74,1	53,0	35,3	22,4	13,9	5,2
2010	139,6	0,6	0,3	0,2	0,2	314,7	102,8	513,3	231,6	145,6	135,0	140,5	185,2	189,1	147,5	142,0	97,2	71,5	55,5	37,1	22,0	15,3	7,8
2011	140,6	0,1	-	0,1	0,1	325,2	105,7	535,2	239,7	150,4	136,6	143,1	182,2	181,2	164,3	143,9	101,4	73,8	57,7	38,5	21,1	12,6	7,2
<b>Veränderung 2011 zu 2010 in %</b>																							
Veränderung 2011 zu 2010 in %	222,2	129,1	241,1	4,3																			
Veränderung 2011 zu 2010 in %	3,3	2,9	4,3																				
<b>Männlich</b>																							
2000	96,0	2,8	0,8	0,6	0,6	123,1	50,3	197,7	116,3	87,4	106,6	146,4	173,1	145,2	114,8	83,5	70,1	50,0	34,5	22,6	16,8	14,1	7,1
2001	108,2	2,3	1,0	0,5	0,5	147,5	54,8	242,5	136,6	105,4	113,1	149,6	184,6	172,8	128,2	96,6	76,3	58,3	41,8	27,3	22,2	14,0	11,7
2002	110,7	0,5	0,9	0,4	0,4	163,4	60,3	266,6	143,5	102,5	115,3	147,6	184,7	168,3	134,5	96,8	80,2	60,4	38,8	27,9	20,7	12,1	11,0
2003	123,6	0,8	0,4	0,7	0,7	185,1	65,9	299,7	153,4	113,0	129,3	153,8	197,3	196,8	158,6	114,9	86,5	71,4	44,1	35,6	23,0	18,4	8,3
2004	141,3	0,3	0,4	0,4	0,4	215,7	69,1	350,2	183,1	134,1	137,5	170,2	216,9	222,1	188,4	128,3	103,4	84,9	57,0	41,3	27,9	23,6	10,8
2005	154,3	0,8	0,5	0,5	0,5	259,1	83,8	412,2	200,8	143,5	145,9	174,5	227,7	236,8	200,5	147,9	110,1	91,3	65,4	47,2	36,3	26,2	14,9
2006	152,3	0,6	0,4	0,2	0,2	266,1	80,1	424,2	214,2	147,3	142,7	162,5	208,5	231,1	206,1	149,7	107,9	85,6	64,3	43,2	31,0	21,1	11,7
2007	169,9	0,3	0,3	0,2	0,2	318,7	88,6	515,7	246,8	171,6	157,4	180,3	216,8	247,0	224,2	165,5	119,6	93,7	74,2	46,3	30,6	25,9	13,0
2008	189,5	0,6	0,4	0,3	0,3	372,2	103,8	579,5	279,1	189,9	182,4	195,1	234,2	266,5	258,4	191,7	135,6	98,0	79,4	50,9	33,1	23,1	13,4
2009	198,4	1,4	0,4	0,4	0,4	381,9	102,6	634,4	298,5	202,1	192,4	204,9	241,8	273,2	269,4	209,6	138,4	109,6	80,0	57,0	37,4	25,2	10,0
2010	200,1	1,2	0,5	0,4	0,4	381,5	95,1	650,0	310,5	204,0	196,7	206,7	240,0	273,2	275,7	216,2	145,4	104,9	81,9	58,8	36,4	23,0	12,5
2011	200,8	-	-	0,2	0,2	391,1	99,5	670,2	320,7	210,2	198,3	209,2	233,7	259,5	272,7	221,2	153,8	106,0	84,8	60,6	33,0	23,0	15,9
<b>Veränderung 2011 zu 2010 in %</b>																							
Veränderung 2011 zu 2010 in %	217,6	97,6	239,0	3,1																			
Veränderung 2011 zu 2010 in %	2,5	4,6	3,1																				
<b>Weiblich</b>																							
2000	35,9	1,1	0,9	0,2	0,2	77,5	41,7	114,0	46,7	30,7	38,3	48,8	57,1	52,3	45,7	35,8	23,2	16,8	9,7	8,2	6,3	6,0	4,5
2001	40,8	0,8	0,7	0,3	0,3	93,9	51,2	137,5	57,8	34,7	38,2	53,4	65,8	59,5	47,4	39,5	25,0	18,8	12,1	8,7	9,5	5,8	2,6
2002	42,4	0,3	0,6	0,2	0,2	108,2	56,7	159,8	60,4	35,3	39,5	51,6	62,9	59,8	49,0	38,2	26,8	18,4	11,9	9,0	8,3	4,6	1,1
2003	47,4	0,3	0,4	0,1	0,1	115,8	59,5	170,0	72,5	39,2	39,2	59,0	69,1	69,3	58,0	43,8	29,5	23,0	14,4	11,3	9,1	4,5	2,4
2004	55,7	-	0,3	0,2	0,2	139,4	69,4	203,8	84,3	47,7	44,8	61,6	78,0	81,6	68,4	52,1	38,9	27,5	18,0	13,3	11,3	8,7	3,8
2005	61,4	-	0,4	0,2	0,2	165,7	80,6	241,8	96,9	53,4	49,1	61,3	81,4	87,0	70,7	54,5	43,3	32,1	21,8	15,4	10,6	7,7	3,2
2006	59,9	-	0,3	0,1	0,1	185,7	81,2	237,4	99,9	51,4	50,1	59,7	76,0	81,5	68,4	54,3	41,6	30,8	21,1	14,7	10,3	8,0	4,9
2007	69,5	-	0,1	0,1	0,1	205,9	99,0	297,3	117,7	64,0	54,8	62,6	82,3	94,2	81,4	58,6	46,3	34,0	24,6	17,2	11,2	7,8	4,8
2008	77,3	0,9	0,2	0,1	0,1	235,8	121,8	335,6	137,2	70,1	62,1	70,6	89,2	98,4	89,1	64,1	48,8	38,8	26,8	18,6	12,3	12,1	6,1
2009	81,0	0,3	0,3	0,1	0,1	242,1	115,2	356,6	150,2	79,0	69,4	72,3	91,1	101,6	96,6	68,7	48,6	41,2	30,0	19,2	14,0	9,7	3,6
2010	81,4	-	0,2	-	-	244,3	110,8	369,4	149,3	85,5	71,7	72,3	87,0	101,6	97,7	69,3	50,5	40,6	32,7	20,7	13,5	10,1	6,2
2011	82,6	0,3	-	-	-	255,7	112,3	393,0	154,9	88,4	71,3	75,2	87,6	99,5	94,2	67,9	50,9	44,0	34,4	21,6	13,8	8,5	4,1
<b>Veränderung 2011 zu 2010 in %</b>																							
Veränderung 2011 zu 2010 in %	230,0	189,3	244,7	6,4																			
Veränderung 2011 zu 2010 in %	4,6	1,4	6,4																				

Weitere Tabellen  
 unter:  
[www.gbe-bund.de/gbe10/k?k=AMK](http://www.gbe-bund.de/gbe10/k?k=AMK)

1) Ohne Patienten mit Wohnort im Ausland, unbekanntem Wohnort, unbekanntes Alter und unbekanntes Geschlecht. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausdiagnosestatistik

### 1.5 Machbarkeitsstudie – Erhebung alkoholbedingter Schäden basierend auf vorhandenen Daten

Jeder dritte männliche Erwachsene und gut jede fünfte erwachsene Frau konsumiert Alkohol in gesundheitlich riskantem Ausmaß. Im internationalen Vergleich ist Deutschland ein Land mit hohem Pro-Kopf-Konsum und sehr niedrigen Abstinenzraten. Die Trinkmuster gelten allerdings als vergleichsweise wenig riskant. Dennoch liegt die Sterblichkeitsrate aufgrund einer alkoholbedingten Lebererkrankung im europäischen Vergleich im oberen Drittel, während die Sterblichkeitsrate aufgrund von Verkehrsunfällen deutlich unter dem Durchschnitt liegt.

In Deutschland werden zwar viele statistische Routinedaten erhoben, aber es ist bisher noch unklar, wie diese für die Berechnung von alkoholbezogenen Schäden verwendet werden können. Vor diesem Hintergrund fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit September 2012 eine Machbarkeitsstudie zur Klärung, inwieweit die vorhandenen Routinedaten genutzt werden können, um alkoholbedingte Schäden in Deutschland zu berechnen. Im Vordergrund stehen gesundheitliche Folgen, Folgen für Dritte sowie ökonomische Aspekte des Alkoholmissbrauchs. Erste Ergebnisse werden im Sommer 2013 vorliegen.

## 2 Tabak

### 2.1 Situation in Deutschland

Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre. Mit etwa 110.000 Todesfällen pro Jahr stellt das Rauchen damit das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland dar. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher stirbt vorzeitig an Lungenkrebs, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einer anderen Atemwegserkrankung. Jeder zweite dieser vorzeitigen Todesfälle tritt bereits im mittleren Lebensalter ein.

Durch den Anstieg der Raucherquote unter Frauen in den vergangenen Jahrzehnten sterben inzwischen immer mehr Frauen an den Folgen des Rauchens. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) starben im Jahr 2010 mit 13.815 Frauen rund 36 Prozent mehr Frauen an Krebserkrankungen infolge des Rauchens als zehn Jahre zuvor. Vorrangiges Anliegen der Gesundheitspolitik ist es daher, den Tabakkonsum bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen deutlich zu verringern. Dieses Ziel wurde in den vergangenen Jahren in Form von vielfältigen Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen sowie gesetzlichen Regelungen verfolgt. In der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung ist die Reduzierung des Rauchens als vorrangiges Präventionsziel aufgeführt. Danach soll der Anteil rauchender Kinder und Jugendlicher bis 2015 auf unter 12 Prozent und der Anteil bei Erwachsenen auf unter 22 Prozent gesenkt werden.

Nach den Daten des Mikrozensus 2009 des Statistischen Bundesamts (Destatis) rauchen in Deutschland insgesamt 14,7 Millionen Frauen und Männer ab 15 Jahren (25,7 Prozent). Unter Männern sind dies 8,5 Millionen (30,5 Prozent), unter Frauen 6,3 Millionen (21,2 Prozent). Während die Zahl der rauchenden Männer seit 1995 um 5 Prozent gesunken ist, ist sie bei den Frauen nahezu unverändert geblieben, wie der Indikatorenbericht von Destatis zur Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung von 2010 ausweist. 22 Prozent der Befragten zählten sich im Jahr 2009 zu den regelmäßigen Rauchern, nur 4 Prozent rauchten gelegentlich.

Ergebnisse der nächsten Erhebung des Mikrozensus liegen im Jahr 2014 vor.

[www.destatis.de/publikationen](http://www.destatis.de/publikationen)

Die Bundesregierung und die Bundesländer haben in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention eingeleitet, darunter die „rauchfrei“-Kampagne und Regelungen zum Jugend- und Nichtraucherschutz. Diese Maßnahmen haben in ihrer Gesamtheit deutliche Erfolge gezeigt. Rauchen liegt bei den meisten Jugendlichen heute nicht mehr im Trend. Damit Jugendliche weiterhin erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen, müssen die bisherigen Anstrengungen in der Tabakprävention im gleichen Umfang fortgesetzt werden. Des Weiteren sollte die Prävention vor allem die jungen Erwachsenen mehr in den Blick nehmen, um die Raucherzahlen auch unter den Erwachsenen nachhaltig zu senken.

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

## 2.2 Ergebnisse zum Rauchen aus dem Basisbericht des Erwachsenensurveys (DEGS1)

Die Basispublikation der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) liefert repräsentative Daten zur Gesundheit in Deutschland. Sie wird in der Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ im Mai/Juni 2013 publiziert. In der vom RKI herausgegebenen Publikation „Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland 2012“ sind bereits erste Ergebnisse zum Rauchen veröffentlicht. Danach rauchen 29,7 Prozent der 18- bis 79-Jährigen; unter ihnen rauchen 23,7 Prozent täglich und 6 Prozent gelegentlich. Männer rauchen mit 32,6 Prozent häufiger als gleichaltrige Frauen, die zu 27 Prozent täglich oder gelegentlich rauchen. Die Verbreitung des starken Rauchens (d. h. des Konsums von

20 und mehr Zigaretten am Tag) liegt bei den 18- bis 79-Jährigen bei 8,3 Prozent. Männer rauchen zu 10,6 Prozent stark, Frauen zu 6 Prozent.

[www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse.html](http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse.html)

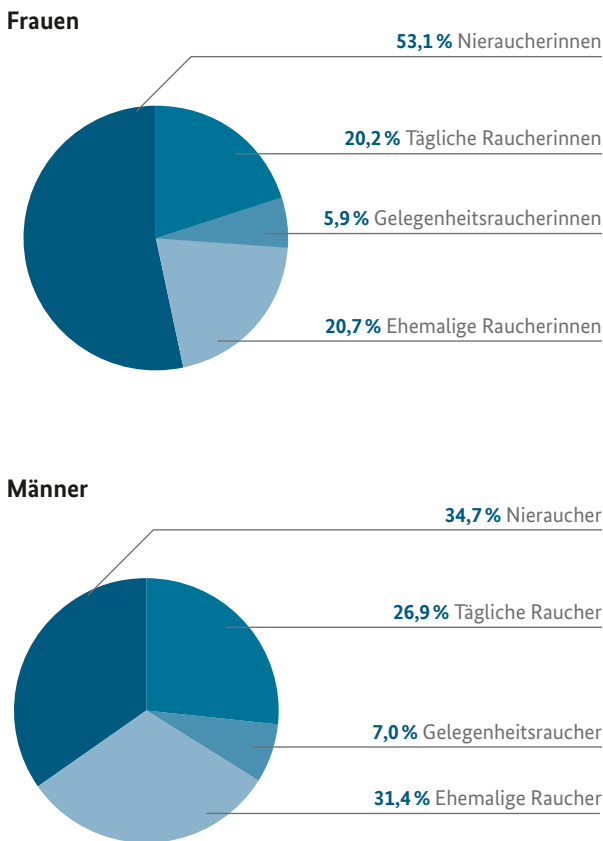
## 2.3 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts

Nach den Daten der GEDA-Studie aus dem Jahr 2009 rauchen 29,9 Prozent der Menschen ab 18 Jahren: 23,5 Prozent rauchen täglich, 6,4 Prozent greifen zumindest gelegentlich zur Zigarette oder zu einem anderen Tabakprodukt. Frauen rauchen mit 26,1 Prozent seltener als Männer (33,9 Prozent). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied tritt beim täglichen Tabakkonsum noch deutlicher hervor als beim Gelegenheitsrauchen. Abbildung 8 zeigt, dass von den heutigen Erwachsenen fast die Hälfte der Frauen und zwei Drittel der Männer schon einmal geraucht haben.

Ein täglicher Konsum von weniger als zehn Zigaretten trifft nach der GEDA-Studie auf 36,6 Prozent der Raucherinnen und Raucher zu. 39,4 Prozent rauchen zwischen 10 und 19 Zigaretten am Tag, 24 Prozent sogar 20 und mehr Zigaretten täglich. Letztere gelten in Anlehnung an eine Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als starke Raucher. 6,8 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren sind demnach starke Raucher. Bei Frauen ist die Verbreitung des starken Rauchens mit 4,7 Prozent deutlich geringer als bei Männern mit 9 Prozent.

Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen Erwachsenenalter. In der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen rauchen 37,9 Prozent der Frauen und 43,2 Prozent der Männer. Im mittleren Lebensabschnitt ist die Verbreitung allerdings nur geringfügig niedriger. Erst im fortgeschrittenen Lebensalter lässt sich ein deutlicher Rückgang beim Rauchen beobachten. So rauchen unter den Frauen ab 65 Jahren nur 8,7 Prozent, unter den gleichaltrigen Männern 13,7 Prozent. Dass die Raucherquoten im höheren Lebensalter zurückgehen, ist auch auf das deutlich erhöhte Erkrankungs- und vorzeitige

**Abbildung 8:**  
**Anteil der täglichen, gelegentlichen, ehemaligen und Nieraucherinnen und -raucher**



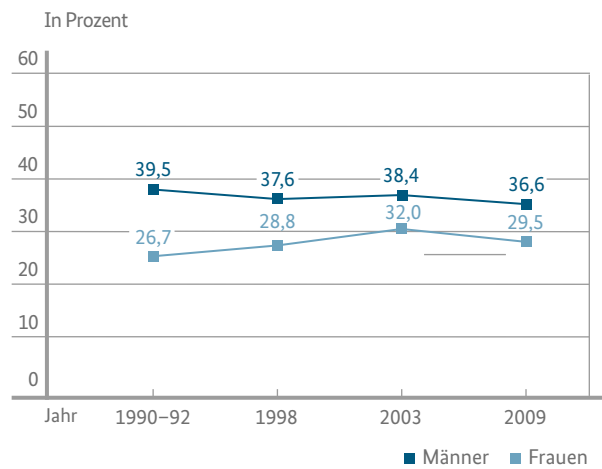
Quelle: RKI, Datenbasis aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“

Sterberisiko unter starken Raucherinnen und Rauchern zurückzuführen.

Um Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends beim Rauchen treffen zu können, wurden die Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 mit den Ergebnissen früherer Gesundheitssurveys des RKI verglichen, die in den Jahren 1990 bis 1992, 1998 und 2003 durchgeführt wurden. Damit erstreckt sich der Beobachtungszeitraum über annähernd 20 Jahre. Da für die Jahre 1990 bis 1992 nur Daten für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung zur Verfügung stehen, muss die Analyse der langfristigen Entwicklung auf dieses Altersspektrum begrenzt werden.

Anfang der 90er Jahre rauchten 26,7 Prozent der 25- bis 69-jährigen Frauen und 39,5 Prozent der gleichaltrigen Männer (Abbildung 9). In den Folgejahren nahm der Anteil der Raucherinnen allmählich zu, während der Anteil der Raucher weitgehend konstant blieb. Mit dieser Entwicklung verringerte sich der vormals große Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Raucherquote bis zum Jahr 2003 deutlich. Im Zeitraum von 2003 bis 2009 nahm die Verbreitung des Rauchens erstmals bei beiden Geschlechtern wieder ab.

**Abbildung 9:**  
**Entwicklung des Anteils der 25- bis 69-jährigen Raucherinnen und Raucher zwischen 1990 und 2009**



Quelle: Datenbasis aus den Gesundheitssurveys 1990–1992, 1998, 2003 sowie der RKI-Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“

Das starke Rauchen in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung ging bereits im Zeitraum 1998 bis 2003 zurück, insbesondere bei Männern. Bis zum Jahr 2009 setzte sich diese Entwicklung weiter fort. Ausgehend von 1990 bis 1992 ging dabei der Anteil der starken Raucherinnen von 9,1 Prozent auf 6,2 Prozent zurück. Bei Männern ist der Anteil der starken Raucher von 20 Prozent auf 11 Prozent zurückgegangen, womit er sich fast halbiert hat.

Mittlerweile liegen auch Daten aus der GEDA-Studie von 2010 vor, die allerdings noch nicht umfassend ausgewertet und publiziert wurden. Die Verbreitung des

Rauchens in der Bevölkerung ab 18 Jahre liegt nach dieser Untersuchung bei 30 Prozent (Männer: 33,9 Prozent, Frauen: 26,2 Prozent). Gegenüber dem Jahr 2009 hat es bezüglich des Rauchverhaltens demnach so gut wie keine Veränderungen gegeben.

Zu den Studien:

[www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html)

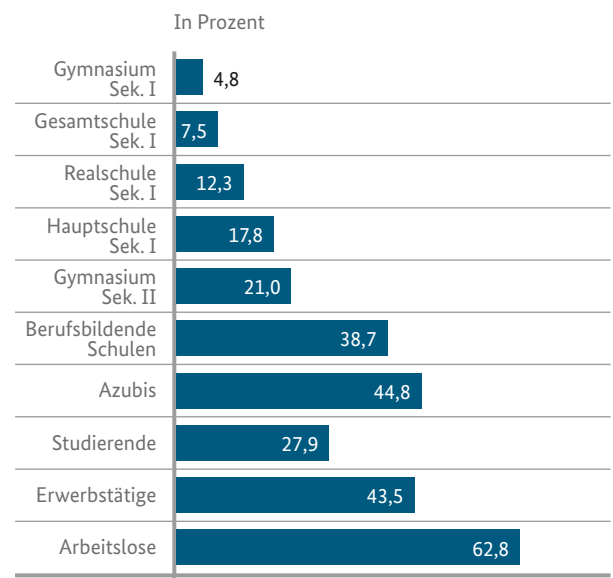
#### 2.4 Drogenaffinitätsstudie Tabak

Immer weniger junge Menschen in Deutschland rauchen. Die Repräsentativbefragungen der BZgA zeigen, dass sich der Anteil der rauchenden 12- bis 17-Jährigen innerhalb von zehn Jahren mehr als halbiert hat. Er ist von 27,5 Prozent im Jahr 2001 auf 11,7 Prozent im Jahr 2011 gesunken. Auch bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geht das Rauchen zurück. 2001 rauchten 44,5 Prozent und 2008 noch 43,1 Prozent der jungen Erwachsenen. Im Jahr 2011 taten dies noch 36,8 Prozent.

Beim Rauchverhalten zeigen sich keine Geschlechts-, aber deutliche Bildungs- und soziale Unterschiede (siehe Abbildung 10). So ist das Rauchen unter Hauptschülern mit 17,8 Prozent drei- bis viermal so weit verbreitet wie bei Gymnasiasten vergleichbaren Alters in der Sekundarstufe I (4,8 Prozent).

Bei den älteren Befragten, die nicht mehr in der Sekundarstufe I sind, ist das Rauchen nach ähnlichem Muster verbreitet. Gymnasiasten der Sekundarstufe II (21 Prozent) und Studierende (27,9 Prozent) rauchen vergleichsweise seltener als Berufsschüler (38,7 Prozent), Auszubildende (44,8 Prozent) und Erwerbstätige (43,5 Prozent). Bei den befragten Arbeitslosen im Alter von 18 bis 25 Jahren beträgt der Anteil der Rauchenden 62,8 Prozent.

**Abbildung 10:**  
**Bildungs- und soziale Unterschiede in der Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 25-Jährigen in Deutschland**



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011“, 2012

## 3 Medikamente

### 3.1 Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Richtig angewandt sind Medikamente ein unerlässlicher Bestandteil medizinischer Therapien. Dennoch besitzen einige Medikamente ein oftmals unterschätztes Abhängigkeitspotenzial. Hierzu zählen vor allem die Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine aus der Gruppe der Beruhigungsmittel (Sedativa). Werden sie nicht bestimmungsgemäß über einen zu langen Zeitraum eingenommen, so kann sich daraus unbemerkt eine Sucht entwickeln. Schätzungen gehen in Deutschland von 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen mit Medikamentenabhängigkeit aus. Einige Forscher sprechen gar von 1,9 Millionen.

Die Abhängigkeit von diesen Medikamenten unterscheidet sich von anderen Suchtproblematiken. Oft geht sie mit einer schleichenden Dosissteigerung einher. Patienten nehmen folglich über sehr lange Zeiträume gleich oder ähnlich viele Medikamente zu sich. Dennoch können die Folgen erheblich sein: Nach längerer Einnahme bleibt die ursprünglich erhoffte Wirkung der Medikamente, wie die Befreiung von Ängsten oder die Reduzierung von Schlafstörungen, aus oder kehrt sich gar ins Gegenteil um. Auch bei niedriger Dosis kann sich bereits eine erkennbare psychische Labilität einstellen. Schon bei gemäßigten Dosissteigerungen verflacht sich das Gefühlsleben der Betroffenen. Die Personen wirken gleichgültig und können sich wenig an positiven Erlebnissen freuen.

Vor allem ältere Menschen nehmen Sedativa problematisch lange ein. Laut der Studie „Epidemiologische Verschreibung von Medikamenten in Hamburg“ (Martens, Raschke, Holzbach, Verthein) von 2011 beträgt der Anteil älterer Menschen über 70 Jahre mit Benzodiazepin-Verordnungen knapp 30 Prozent und ist damit überproportional hoch. Zugleich sind in dieser Altersgruppe hoch dosierte Benzodiazepin-Langzeitverschreibungen sehr häufig. Die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen ähneln den natürlichen Veränderungen, die im Alter auftreten. Darunter fallen vor

allem die nachlassende Gedächtnisleistung und die fehlende körperliche Energie, die auch zu vermehrten Stürzen führen kann. Inzwischen ist durch zahlreiche jüngere Studien belegt, dass die dauerhafte Einnahme von Sedativa auch die Entwicklung von Demenz fördern kann.

Da der Großteil der missbräuchlich eingenommenen Medikamente von Ärzten verschrieben wird, stehen diese in einer besonderen Verantwortung: Sie müssen Indikation, Dosierung und Anwendungsdauer der betreffenden Medikamente auch hinsichtlich der möglichen Suchtgefahr sorgfältig überprüfen, bevor sie entsprechende Rezepte ausstellen. Hierbei sollten die Verschreibung und die Anwendung von Medikamenten, die auf die Psyche wirken, der 4K-Regel folgen: klare Indikation, kleinste notwendige Dosis, kurze Anwendung und kein abruptes Absetzen. In diesem Zusammenhang tragen auch Apotheker bei der Beratung ihrer Kunden eine besondere Verantwortung.

Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit finden bislang viel zu selten den Weg in die Therapie. Gerade weil die Medikamente verschrieben werden, wird die Abhängigkeit weder von den Personen selbst noch von ihrem sozialen Umfeld als echte Erkrankung wahrgenommen. Zwar wird im Rahmen der Entzugsbehandlung jährlich bei 10.000 Personen die Diagnose Medikamentenabhängigkeit gestellt, aber nur 500 Personen werden ausschließlich wegen einer Medikamentenabhängigkeit behandelt. Es ist daher davon auszugehen, dass das Hilfesystem die Betroffenen noch nicht ausreichend erreicht.

Medikamentenmissbrauch wird auch im Zusammenhang mit medikamentöser Leistungssteigerung diskutiert. Davon betroffen sind Leistungs- und Breitensportler sowie Menschen, die ihre geistige Leistungsfähigkeit steigern wollen. Die jüngste Befragung zeigt, dass insgesamt 0,9 Prozent der Erwachsenen in geringem Maße Dopingmittel nehmen. Unter den 18- bis 29-Jährigen nehmen ca. 2 Prozent leistungssteigernde Mittel ein, während Frauen und Männer über 45 Jahre sie praktisch gar nicht verwenden. Allerdings gaben etwa 6 Prozent aller Befragten an, in den letzten



zwölf Monaten mindestens einmal ohne medizinische Notwendigkeit verschreibungspflichtige Mittel verwendet zu haben.

### 3.2 Ergebnisse zum Medikamentenkonsum aus dem Basisbericht des Erwachsenenurveys (DEGS1)

Bisher wurden zum Medikamentenkonsum keine Daten aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) publiziert. Die Basispublikation zu diesem Thema wird im Doppelheft der Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ im Mai/Juni 2013 erscheinen und über erste Daten zum Medikamentengebrauch aus der DEGS1 berichten.

Hinsichtlich eines möglichen Abhängigkeits- bzw. Missbrauchspotenzials sind vor allem Medikamente zur Behandlung des Nervensystems (Anatomisch-Therapeutisch-Chemischer Code: N 00) relevant. Nach den Ergebnissen der DEGS1 haben 16,6 Prozent der Männer und 25,7 Prozent der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren aktuell (d. h. in den letzten sieben Tagen vor der Untersuchung) Präparate dieser Arzneimittelklasse eingenommen. Bei Frauen ist die Anwendung in allen Altersgruppen weiter verbreitet als bei Männern. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Einsatz dieser Medikamente mit dem Alter zu (siehe Abbildung 11). Differenziert nach sozialem Status zeigt sich eine Abnahme der Anwendungsverbreitung mit steigendem Sozialstatus (untere Sozialschicht: 24,4 Prozent, mittlere Sozialschicht: 20,6 Prozent, obere Sozialschicht: 19,2 Prozent). Die Unterschiede zwischen unterer und oberer Sozialschicht sind statistisch signifikant.

Innerhalb dieser Arzneimittelklasse werden psychotrope Substanzen als potenziell suchtfördernd angesehen. Dazu gehören in erster Linie opioidhaltige Analgetika, Schmerzmittel mit dem Zusatz von Koffein, Benzodiazepine und Benzodiazepin-verwandte Substanzen (sogenannte Z-Drugs wie Zolpidem). In Abbildung 12 ist die Anwendungsprävalenz dieser Substanzen differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt.

Nach den Ergebnissen der DEGS1 werden psychotrope Medikamente insgesamt häufiger von Frauen konsumiert als von Männern (5,2 gegenüber 3,4 Prozent). Insbesondere unter den älteren Menschen sind diese Unterschiede evident: Frauen zwischen 70 und 79 Jahren weisen mit 11,5 Prozent eine mehr als doppelt so hohe Anwendungsprävalenz auf wie Männer (5 Prozent). Damit hat jede zehnte Frau dieses Alters und jeder zwanzigste Mann in den letzten sieben Tagen vor der Untersuchung mindestens ein Medikament aus dieser Gruppe angewendet.

Die deutlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie die steigende Tendenz insbesondere bei den über 50-Jährigen zeigen sich auch in der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs. Abbildung 13 zeigt, dass Frauen diese Substanzen mehr als dreimal so häufig anwenden wie Männer (2 Prozent gegenüber 0,6 Prozent). Statistisch signifikante Differenzen in Abhängigkeit vom Sozialstatus oder von der persönlichen Lebenssituation (Leben in einer Partnerschaft oder nicht) lassen sich jedoch weder für die psychotropen Medikamente insgesamt noch für Benzodiazepine oder Z-Drugs nachweisen.

**Abbildung 11:**  
**Prävalenz der Arzneimittelanwendung bei Präparaten zur Behandlung des Nervensystems nach Alter und Geschlecht**  
**2008 bis 2011**

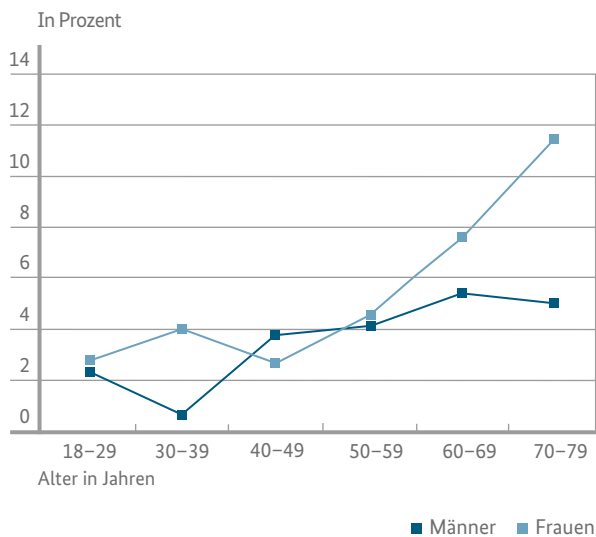
Insgesamt	n	Alter in Jahren						
		18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	18–79
N00: Nervensystem	1.519	15,6%	17,5%	18,4%	22,7%	26,2%	30,9%	21,2%
95%-Konfidenzintervall		(12,9–18,8%)	(14,5–20,9%)	(16,1–20,9%)	(20,1–25,5%)	(23,1–29,6%)	(27,2–35,0%)	(20,1–22,3%)
N02: Analgetika	893	12,4%	12,5%	13,5%	12,7%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



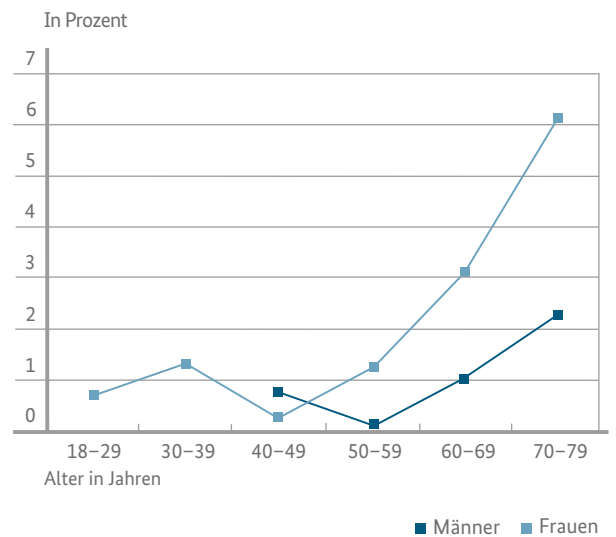
Frauen	n	Alter in Jahren						
		19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	18-79
N00: Nervensystem	949	19,0%	20,4%	22,1%	28,8%	30,8%	36,0%	25,7%
95 %-Konfidenzintervall		(15,1-23,7%)	(16,0-25,7%)	(18,4-26,4%)	(25,2-32,7%)	(25,9-36,2%)	(31,0-41,2%)	(23,9-27,6%)
N02: Analgetika	550	16,1%	14,6%	15,5%	14,7%	17,7%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

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

**Abbildung 12:**  
Prävalenz der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, Schmerzmitteln mit Koffein, Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011



**Abbildung 13:**  
Prävalenz der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011



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

### 3.3 Beispiele aus den Ländern

#### Hamburg:

##### **Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre**

Nachdem im Jahr 2011 eine epidemiologische Untersuchung des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) zur Verschreibung von Medikamenten in Hamburg unter besonderer Berücksichtigung der Verordnungen von Benzodiazepinen erschien (siehe B 3.1), sollen nun die Verschreibungsmuster von Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial über längere Zeiträume untersucht werden. Hierfür werden auch die Verschreibungsdaten des Norddeutschen Apotheken-Rechenzentrums (NARZ) aus den Jahren 2005 bis 2011 für weitergehende Auswertungen genutzt. Auf diese Weise können erstmalig die Verschreibungsmuster von auf Kassenrezepten verschriebenen Medikamenten über bis zu fünf Jahre personenbezogen ausgewertet werden. Hierfür sind drei Untersuchungsmodule geplant:

1. Verschreibungen von Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial (v. a. Benzodiazepine, Schmerzmittel und Amphetamine) werden im Verlauf von fünf Jahren deskriptiv für alle Patienten aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen und Bremen ausgewertet und durch differenzierte Auswertungen nach Alter und Geschlecht ergänzt.
2. Die Verschreibungen von Benzodiazepinen (inkl. Non-Benzodiazepinen) werden über einen dreijährigen Zeitraum im Hinblick auf das (aus den Vorstudien etablierte) Risikoschema prospektiv analysiert. Hierbei werden auch die Ko-Verschreibungen von Substitutionsmitteln und Antidepressiva berücksichtigt.
3. Es wird eine Analyse der Verschreibungen von Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial im Fünf-Jahres-Verlauf bei über 60-jährigen Patienten durchgeführt.

#### **Kampagne „MIT-DENKEN“**

2011 wurde die Studie „Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg“ (siehe B 3.1) des ZIS vorgelegt, die von der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) initiiert worden war. Mithilfe eines im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entwickelten Medikamentenmonitorings wurden die Daten von Hamburger Bürgern ausgewertet, die Benzodiazepine aufgrund einer kassenärztlichen Verordnung einnehmen. Ziel der Studie war es, die problematische Versorgung mit Benzodiazepinen systematisch zu erfassen.

Die Ergebnisse der Studie wurden im Rahmen der Dachkampagne „MIT-DENKEN“, die u. a. von der BGV und in Kooperation mit der Apothekerkammer Hamburg, der Ärztekammer Hamburg, der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen und verschiedenen Trägern von Suchthilfeeinrichtungen entwickelt wurde, ausgewertet und der Fachöffentlichkeit am 29. Februar 2012 auf der Fachtagung „Bewusster Umgang mit Benzodiazepinen“ vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der über 70-Jährigen mit Benzodiazepinverordnung überproportional hoch ist. Auch dem Phänomen der Benzodiazepin-Dauerverschreibung kommt in der älter werdenden Gesellschaft eine zunehmende Bedeutung zu. Aus diesem Grund ist insbesondere unter Ärzten und Apothekern eine Aufklärung über die Risiken einer Benzodiazepin-Dauermedikation wichtig. In diesem Zusammenhang wurden bereits erste Schritte in Form von Handlungsempfehlungen zur Verordnung von Benzodiazepinen und ähnlichen Arzneien unternommen.

[www.mitdenken-hamburg.de](http://www.mitdenken-hamburg.de)



## 4 Illegale Drogen

### 4.1 Situation in Deutschland

Cannabis bleibt weiterhin die meistkonsumierte illegale Droge in Deutschland. Etwa jeder vierte Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren hat schon einmal Erfahrung mit Cannabis gemacht. Der regelmäßige Konsum ist aber deutlich weniger verbreitet. Laut „Epidemiologischem Suchtsurvey“ (ESA) von 2009 haben etwa 0,6 Prozent der Erwachsenen in den vergangenen 30 Tagen vor der Befragung Cannabisprodukte konsumiert. Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren generell häufiger als ältere Erwachsene. Allerdings lässt sich sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch beim regelmäßigen Konsum weiterhin eine Stabilisierung der Konsumraten beobachten.

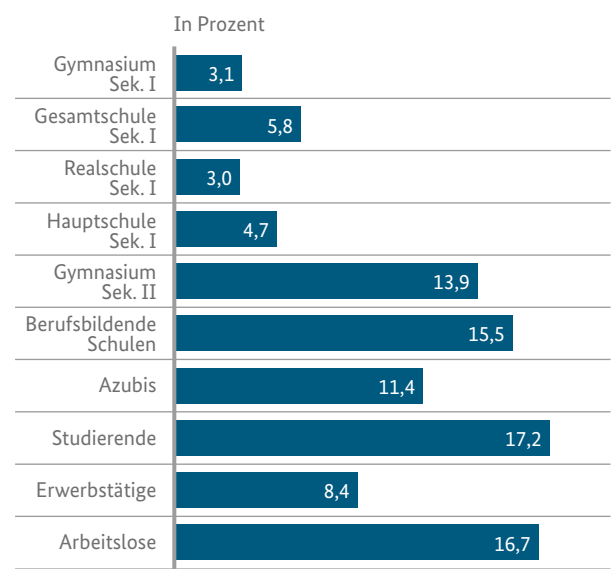
Während der Heroinkonsum weniger verbreitet zu sein scheint, gibt es Anzeichen, dass der Konsum synthetischer Drogen zunimmt. Die Verbreitung von Methamphetamin (Crystal) bleibt weiterhin überwiegend auf die deutsch-tschechische Grenzregion begrenzt. Neue synthetische Drogen, die als vermeintlich legale Badesalze oder Räuchermischungen angeboten werden, stellen Präventions- und Behandlungseinrichtungen sowie Strafverfolgungsbehörden deutschlandweit vor Herausforderungen.

### 4.2 Drogenaffinitätsstudie Cannabis

Im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie untersucht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mithilfe von Repräsentativbefragungen den Cannabiskonsum junger Menschen in Deutschland im Zeitverlauf. Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist von 9,2 Prozent im Jahr 2001 auf 4,6 Prozent im Jahr 2011 gesunken. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen haben sich die entsprechenden Werte dagegen im letzten Jahrzehnt nicht verändert (2001: 13,8 Prozent; 2011: 13,5 Prozent). Die aktuelle Drogenaffinitätsstudie aus dem Jahr 2011 zeigt auch, dass mehr Jungen und junge Männer

Cannabis konsumieren als Mädchen und junge Frauen. Von den männlichen 12- bis 17-Jährigen haben mit 6,2 Prozent etwa doppelt so viele in den letzten zwölf Monaten Cannabis genommen wie von den weiblichen 12- bis 17-Jährigen (2,8 Prozent). Bei Schülern der Sekundarstufe I macht Bildung als soziales Merkmal keinen Unterschied, was die Verbreitung des Cannabiskonsums betrifft. Die Anteile der Schüler in der Sekundarstufe I, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben (siehe Abbildung 14), reichen von 3 Prozent an Realschulen bis 5,8 Prozent an Gesamtschulen. Dies sind keine statistisch signifikanten Unterschiede. Dagegen unterscheidet sich der Konsum unter älteren Befragten, die nicht mehr in der Sekundarstufe I sind, in Abhängigkeit von ihrer Bildung und ihren sozialen Merkmalen. So ist die Verbreitung des Cannabiskonsums bei Erwerbstätigen (8,4 Prozent) und Auszubildenden (11,4 Prozent) vergleichsweise niedrig. Bei Studierenden ist sie mit 17,2 Prozent am höchsten.

**Abbildung 14:**  
Bildungs- und soziale Unterschiede in der Verbreitung des Cannabiskonsums bei 12- bis 25-Jährigen in Deutschland (in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung)



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011“, 2012

### 4.3 Neue psychoaktive Substanzen

In den letzten Jahren gilt die besondere Aufmerksamkeit der Bundesregierung auch neuen psychoaktiven, meist synthetischen Stoffen. Diese werden gelegentlich auch „Designerdrogen“, *Research Chemicals* oder fälschlicherweise *Legal Highs* genannt. In ihrem 2011 veröffentlichten Briefing „Drogen im Blickpunkt“ definiert die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) diese Substanzen als „neuen Suchtstoff oder psychotropen Stoff in reiner Form oder als Zubereitung, der nicht nach dem Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe oder dem Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe kontrolliert wird, welcher aber eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen kann, vergleichbar mit den Substanzen, die in diesen Abkommen aufgelistet sind (Beschluss 2005/387/JI des Rates).“ Es handelt sich hierbei um bislang unbekannte oder aber bekannte, 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. Im Jahr 2012 wurde eine Rekordzahl von 73 erstmalig entdeckten Substanzen gemeldet. Synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone machen seit 2005 zwei Drittel aller neuen Substanzen aus, die über das Frühwarnsystem gemeldet werden. Zudem gibt es vermehrt Meldungen über Substanzen aus eher seltenen chemischen Gruppen. Oft ist bei diesen Stoffen die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel so verändert, dass der neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Die für Missbrauchszwecke geeignete Wirkung auf die Psyche bleibt jedoch erhalten oder wird sogar verstärkt.

Diese psychoaktiven Substanzen werden nach bisheriger Erkenntnislage maßgeblich im asiatischen Raum produziert. Zahlreiche Internetseiten sowie eine Vielzahl von Sicherstellungen deuten darauf hin, dass im asiatischen Raum eine Industrie herangewachsen ist,

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

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

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

Beschluss des Europäischen Rates zu neuen psychoaktiven Substanzen:  
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32005D0387:DE:NOT>

#### 4.4 Beispiele aus den Ländern

##### Hessen:

##### „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD)

Das Projekt „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD) feierte im Jahr 2012 sein zehnjähriges Bestehen. Seit 2002 werden in diesem Rahmen die Entwicklungen im Bereich des Drogenkonsums in Frankfurt am Main erfasst und analysiert sowie neue Konsumtrends hinsichtlich Substanzen und Konsummustern identifiziert. Jedes Jahr werden zu diesem Zweck eine repräsentative Schülerbefragung, eine Expertenrunde und eine Erhebung unter „Trendscouts“ aus den Ausgehenden durchgeführt. Zudem ist alle zwei Jahre die Frankfurter Straßen-Drogen-szene Gegenstand einer Befragung.

Laut den Ergebnissen des 2012 erschienenen Jahresberichts für 2011 ist der Tabakkonsum entgegen dem letztjährigen regionalen Trend wieder rückläufig, ebenso wie die Konsumerfahrungen mit Shisha-Rauchen. Der aktuelle Alkoholkonsum und das Rauschtrinken sind im letzten Monat vor der Befragung leicht angestiegen, beim häufigen Konsum ist jedoch ein Rückgang zu verzeichnen. Der Anstieg der Konsumerfahrung mit Räuchermischungen hat sich nicht fortgesetzt und auch die Verbreitung anderer neuer psychoaktiver Substanzen unter Jugendlichen und in der Ausgehenden ist weiterhin gering. Die Verbreitung von Cannabis ist konstant geblieben, wobei sich der leichte Anstieg des aktuellen Gebrauchs aus dem Vorjahr bestätigt hat. Es gibt daher gewisse Anzeichen für eine wieder steigende Popularität von Cannabis. Für den Konsum anderer illegaler Drogen sind keine aktuellen Veränderungen verzeichnet. In Bezug auf Speed (Amphetamin) hat sich der Anstieg der Konsumerfahrungen unter Jugendlichen bestätigt. Die Substanz hat sich in der Partyszene als wichtigste „harte Droge“ etabliert; in Techno-Umfeldern ist sie sogar weiter verbreitet als Cannabis. Die Verbreitung von Ecstasy/MDMA auf Partys ist leicht gestiegen. Des Weiteren sind Ecstasy-Tabletten mit höherem MDMA-Gehalt aufgetaucht. Der Anteil der Jugend-

lichen, die keinerlei legale oder illegale Drogen konsumieren, ist nach letztjährigem Anstieg im Vormonat der Befragung wieder zurückgegangen.

##### „Die Distribution illegaler Drogen“

Das Projekt „Die Distribution illegaler Drogen“ wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und läuft seit 2011. Ziel des Projekts ist es, die spezifischen Merkmale der geldlichen und nicht geldlichen Vorgänge bei der Verteilung von illegalen Drogen innerhalb von Netzwerken sozial unauffälliger Konsumenten näher zu untersuchen. Die Erhebungsphase, in der insgesamt 214 qualitative Interviews mit Konsumenten und Deal-Erfahrenen geführt wurden, ist seit März 2012 abgeschlossen. Mitte 2012 wurde ein Zwischenbericht erstellt, auf dessen Basis eine neunmonatige Verlängerung beantragt und bewilligt wurde. Grund für den Verlängerungsantrag war der Umstand, dass die Erfahrungen mit dem Drogenhandel in der durchgeführten Stichprobe weitaus umfangreicher waren als zuvor angenommen: Knapp vier von fünf Befragten haben selbst Erfahrungen mit Handelsaktivitäten und nahezu ein Drittel hat auch im Monat vor der Befragung illegale Drogen an andere weitergegeben. Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass ihre Handelsaktivitäten nicht bzw. überwiegend nicht profitorientiert waren bzw. sind. Gleichzeitig hat aber eine nicht unerhebliche Zahl Erfahrungen mit profitorientiertem Handel oder gar höheren Handelsebenen.

Insgesamt zeigen die bisherigen Analysen, dass unter regelmäßig Konsumierenden Handelsaktivitäten im Sinne von „Freundschaftsdiensten“ sehr häufig zu sein scheinen. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von Cannabis und anderen illegalen Drogen wird offenbar zumindest teilweise dadurch kompensiert, dass Konsumenten mit (zeitweise) besserem Zugang bereitwillig Drogen für befreundete Nutzer mitbesorgen. Dabei scheint die Grenze zwischen reinen Freundschaftsdiensten und dem profitorientierten Handel fließend zu sein. Wie genau die entsprechenden Dynamiken und entscheidenden Wendepunkte innerhalb von Konsumentenkarrieren aussehen und

wie die Übergänge zwischen Freundschaftsdiensten (*Social Supply*) und Groß- wie Kleinhandel beschaffen sind, darüber werden die weiteren Analysen Aufschluss geben.

**Sachsen:**

**Zunahme des Crystal-bedingten Hilfebedarfs in den sächsischen Suchtberatungsstellen**

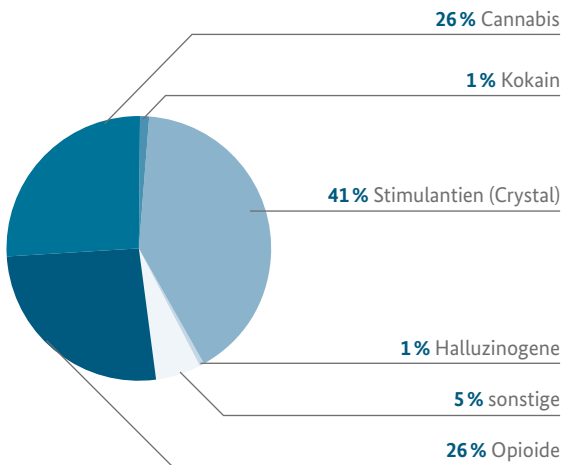
Laut dem „Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen“ für 2011 waren bis zum Jahr 2004 Opioide die dominierenden Problemsubstanzen in Sachsen. Von 2005 bis 2009 zählten in den regionalen Suchtberatungsstellen dagegen Suchtprobleme mit Cannabisprodukten zum häufigsten Beratungsgrund. Seit 2009 wiederum nehmen die Klientenzahlen mit einer Stimulantienproblematik massiv zu und stiegen jährlich um 24 bzw. 29 Prozent. Aktuell weisen unter den Klienten im Bereich der illegalen Drogen über 40 Prozent eine Suchtproblematik im Zusammenhang mit Crystal (Metamphetamin) auf. Auf der Grundlage einer

Klientenerhebung von Januar bis August 2012 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum wird auch für 2012 eine erneute Steigerung des Crystal-bezogenen Beratungsbedarfs um ca. 40 Prozent erwartet.

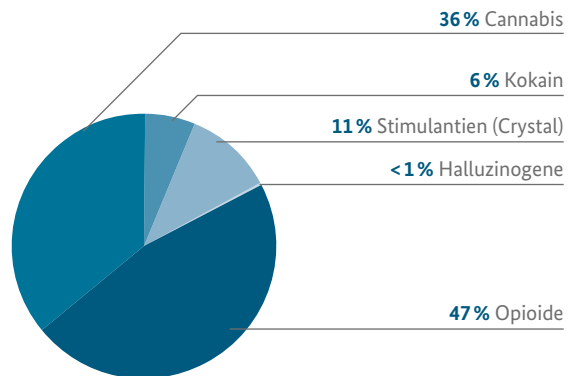
Sachsenweit beläuft sich der Hauptanteil der konsumierten illegalen Substanzen von Hilfesuchenden in den Suchtberatungsstellen zu 41 Prozent auf Stimulantien und zu je 26 Prozent auf Cannabis und Opioide und unterscheidet sich damit stark vom bundesdurchschnittlichen Verteilungsmuster. Der Stimulantien- bzw. Crystal-bezogene Hilfebedarf ist in Sachsen etwa annähernd viermal so hoch wie im Bundesdurchschnitt (41 Prozent gegenüber 11 Prozent, siehe Abbildung 15). Diese besondere Situation in Sachsen steht in engem Zusammenhang mit massiven Steigerungen des Hilfebedarfs seit 2009 (siehe Abbildung 16) im Bereich der Stimulantien. Mit über 90 Prozent, d. h. über 2.000 Klienten, ist Crystal die dominierende Substanz in diesem Bereich.

**Abbildung 15:**  
**Problemsubstanzen (Klienten in Suchtberatungsstellen) im Bereich illegale Drogen**

**Sachsen 2011, N = 5.906**

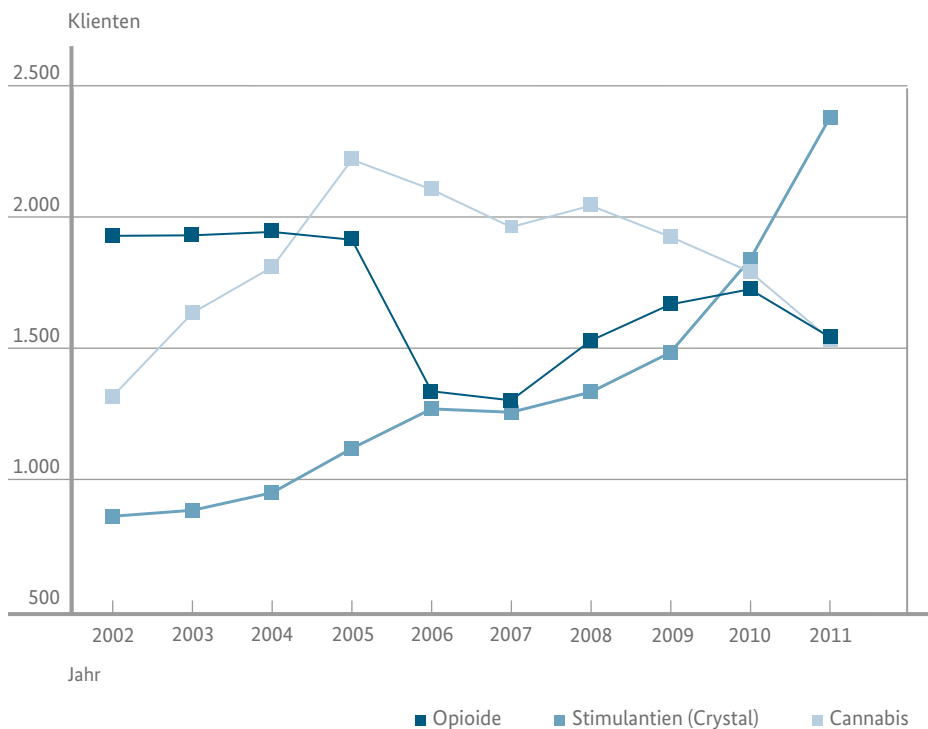


**Deutschland 2011, N = 57.019**



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Bund, Sachsen 2011

**Abbildung 16:**  
**Klientenentwicklung der sächsischen Suchtberatungsstellen nach Problemsubstanzen 2002 bis 2011**



Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS), „Sucht 2011, Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen“, 2012

#### 4.5 Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität

Im Folgenden werden die wesentlichen Daten zur Rauschgiftkriminalität 2012, basierend auf dem Datenbestand der Falldatei Rauschgift (FDR) vom 31. Januar 2013, dargestellt.

##### 4.5.1 Drogenbedingte Todesfälle

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle sank im Jahr 2012 auf 944 Personen und damit auf den niedrigsten Stand seit 1988. Die höchsten Anteile an der Gesamtzahl entfielen auf die bevölkerungsreichsten Länder Bayern (23 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (22 Prozent). Gemessen an den Einwohnerzahlen waren wie im Vorjahr Berlin und Hamburg am stärksten belastet. 81 Prozent der Rauschgifttoten waren Männer, 19 Prozent Frauen. Der Altersdurchschnitt aller Drogentoten lag mit knapp über 37 Jahren nur unwesentlich über dem des Vorjahres.

**Abbildung 17:**  
Rauschgifttodesfälle in Deutschland insgesamt und nach Bundesländern 2011 und 2012 – Falldatei Rauschgift

	01.01.– 31.12.2011	01.01.– 31.12.2012
<b>Rauschgifttote</b>		
<b>Zeitraum</b>	<b>01.01.– 31.12.2011</b>	<b>01.01.– 31.12.2012</b>
<b>Anzahl Personen</b>	<b>986</b>	<b>944</b>
<b>Rauschgifttote nach Bundesländern</b>		
<b>Bundesländer</b>	<b>01.01.– 31.12.2011</b>	<b>01.01.– 31.12.2012</b>
Schleswig-Holstein	35	26
Hamburg	57	49
Niedersachsen	52	56
Bremen	17	15
Nordrhein-Westfalen	216	204
Hessen	90	77
Rheinland-Pfalz	41	25
Baden-Württemberg	139	127
Bayern	177	213
Saarland	12	9
Berlin	114	113
Brandenburg	2	2
Mecklenburg-Vorpommern	5	5
Sachsen	12	9
Sachsen-Anhalt	9	5
Thüringen	8	9

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013

**Abbildung 18:**  
Rauschgifttote nach Geschlecht und Altersstruktur

	01.01.–31.12.2011	01.01.–31.12.2012
<b>Gesamt</b>	<b>986</b>	<b>944</b>
<b>männlich</b>	<b>837</b>	<b>746</b>
<b>weiblich</b>	<b>144</b>	<b>177</b>
<b>bis 13 Jahre</b>	–	1
<b>14 bis 17 Jahre</b>	4	2
<b>18 bis 20 Jahre</b>	15	14
<b>21 bis 24 Jahre</b>	60	53
<b>25 bis 29 Jahre</b>	156	130
<b>ab 30 Jahre</b>	746	723
<b>unbekannt</b>	5	21
<b>Durchschnittsalter</b>	37	37

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013

**Abbildung 19:**  
Rauschgifttodesfälle in Deutschland nach einigen größeren Städten 2011 und 2012 – Falldatei Rauschgift

Stadt	2011	2012
Frankfurt	26	21
Köln	34	29
München	35	35
Hannover	7	3
Dortmund	11	4
Essen	18	20
Stuttgart	7	11
Nürnberg	20	13
Düsseldorf	16	9
Mannheim	13	11

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013



**Abbildung 20:**  
**Rauschgifttote nach Todesursachen 2012 (Länderabfrage) – Falldatei Rauschgift**

Ursache	Gesamt	Ursache	Gesamt
<b>Monovalente Vergiftungen durch Opioide / Opiate</b>	<b>241</b>	<b>Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate*</b>	<b>79</b>
• Heroin/Morphin	177	• Kokain/Crack i.V.m. anderen Substanzen	32
• Opiat-Substitutionsmittel	64	• Amphetamin/Methamphetamin i.V.m. anderen Substanzen	35
• davon Methadon (u. a. Polamidon)	37	• davon Amphetamin i.V.m. anderen Substanzen	26
• davon Buprenorphin (u. a. Subutex)	1	• davon Methamphetamin i.V.m. anderen Substanzen	9
• davon Sonstige	26	• Amphetaminderivate i.V.m. anderen Substanzen	8
<b>Polyvalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate*</b>	<b>375</b>	• Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten) i.V.m. anderen Substanzen	22
• Heroin/Morphin i.V.m. anderen Substanzen	250	• davon neue psychoaktive Substanzen/ Designerdrogen i.V.m. anderen Substanzen	11
• Opiat-Substitutionsmittel i.V.m. anderen Substanzen	206	• Psychoaktive Medikamente i.V.m. anderen Substanzen	6
• davon Methadon (u. a. Polamidon) i.V.m. anderen Substanzen	146	<b>Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)</b>	<b>24</b>
• davon Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m. anderen Substanzen	11	<b>Suizide</b>	<b>48</b>
• davon Sonstige i.V.m. anderen Substanzen	49	• Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	32
<b>Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate</b>	<b>51</b>	• Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	16
• Kokain / Crack	21	<b>Langzeitschädigungen</b>	<b>110</b>
• Amphetamin / Methamphetamin	17	• davon Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	35
• davon Amphetamin	10	<b>Unfälle</b>	<b>18</b>
• davon Methamphetamin	7	<b>Sonstige Fälle</b>	<b>30</b>
• Amphetaminderivate	5	<b>Gesamtzahl der Todesfälle**</b>	<b>944</b>
• Sonstige (m. A. v. psychoaktiven Medikamenten)	8		
• davon neue psychoaktive Substanzen/ Designerdrogen	1		

\* Auf der ersten Ebene der Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

\*\* Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe aller Mono- und polyvalenten Vergiftungen sowie der nicht durch Intoxikationen bedingten Suizide, der Langzeitschädigungen, Unfälle und sonstigen Fälle.

#### 4.5.2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

Die Entwicklungen bei den erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKhD) korrelieren weitgehend mit den Entwicklungen bei den Sicherstellungsfällen. Die größte Steigerungsrate ist bei den erstauffälligen Konsumenten von kristallinem Methamphetamin

zu verzeichnen, deren Zahl im Jahr 2012 erstmals die der Heroinkonsumenten übertraf. Zwar machen die Amphetaminkonsumenten noch immer die deutlich größte Zahl der EKhD aus, ihre Anzahl war im Jahr 2012 gegenüber 2011 allerdings leicht rückläufig. Bei Ecstasy hingegen konnte ein Anstieg und bei Kokain ein dem Vorjahr vergleichbares Niveau verzeichnet werden.

Abbildung 21:

#### Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) nach Bundesländern und Drogenarten 2012

Bundesland	Gesamt*	Heroin	Kokain	Meth-/ Amphetamin	Ecstasy	Crack	Sonstige
SH	355	69	103	194	34	–	12
HH	322	60	150	60	12	14	48
NI	733	83	257	381	46	4	18
HB	128	51	60	20	3	–	2
NW	2.676	464	506	1.643	218	–	99
HE	919	195	119	263	60	343	6
RP	1.987	131	201	1.611	276	–	18
BW	1.551	203	339	919	160	7	75
BY	4.568	432	556	3.414	156	–	117
SL	395	33	36	322	16	–	23
BE	1.173	180	521	475	65	–	8
BB	345	5	31	306	12	1	22
MV	321	18	92	244	18	–	12
SN	1.271	36	18	1.326	19	–	–
AN	818	31	90	829	59	1	4
TH	1.247	29	59	1.148	11	–	–

\* Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als Erstauffälliger Konsument harter Drogen registriert, kann aber aufgrund polytoxikomanen Konsumverhaltens in der Aufschlüsselung nach Drogenarten mehrfach Berücksichtigung finden

**Abbildung 22:**  
**Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) 2011 und 2012**

Zeitraum	Gesamt*	Heroin	Kokain	Meth-/ Amphetamin**	Ecstasy	Crack	Sonstige***
01.01.– 31.12.2011	21.315	2.742	3.343	14.402	942	438	1.032
01.01.– 31.12.2012	19.559	2.090	3.263	13.728	1.257	369	474
<b>Veränderung</b>	<b>-8,2%</b>	<b>-23,8%</b>	<b>-2,4%</b>	<b>-4,7%</b>	<b>+33,4%</b>	<b>-15,8%</b>	<b>-54,1%</b>

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

\*\* Unter den 13.728 Personen im Jahr 2012 befanden sich 2.556 erstauffällige Konsumenten von kristallinem Methamphetamin. Gegenüber dem Jahr 2011 (1.693 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 51,0 Prozent.

\*\*\* Unter den 474 Personen im Jahr 2012 befanden sich 144 erstauffällige Konsumenten von LSD. Gegenüber dem Jahr 2011 (135 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 6,7 Prozent.

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013

#### 4.5.3 Drogenanbau – Drogenproduktion

Der Cannabisanbau auf Außenflächen und in Indoorplantagen hält unvermindert an. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 809 Cannabisplantagen sichergestellt (2011: 717). Es handelte sich um 144 Outdoorplantagen, darunter drei Profi- und 18 Großplantagen, sowie um 665 Indoorplantagen, davon 23 Profi- und 151 Großplantagen.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2012 in Deutschland 24 illegale Labore zur Herstellung synthetischer Drogen beschlagnahmt. Es handelte sich um neun Produktionsstätten von Amphetamin, 13 von Methamphetamin und jeweils eine von MDA (3,4-Methylenedioxyamphetamin) und GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure). Erstmals wurde in Deutschland ein Synthesefall bekannt, bei dem eine aus China eingeschmuggelte spezielle Vorläufersubstanz zu einem Grundstoff umgewandelt und daraus in einer als Großlabor zu bezeichnenden Produktionsstätte Amphetamin in großen Mengen produziert wurde. Alle anderen Labore verfügten lediglich über Kapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises.

**Abbildung 23:**  
**Sichergestellter illegaler Anbau/Cannabisplantagen 2011 und 2012**

Plantagenart*	01.01.– 31.12.2011	01.01.– 31.12.2012
<b>Outdoorplantagen**</b>	<b>98</b>	<b>144</b>
• Kleinplantagen	77	123
• Großplantagen	19	18
• Profiplantagen	2	3
<b>Indoorplantagen***</b>	<b>619</b>	<b>665</b>
• Kleinplantagen	399	491
• Großplantagen	188	151
• Profiplantagen	32	23

\* Die Klassifizierung der Cannabisplantagen auf Außenflächen und in Gebäuden erfolgt nach festgestellten Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen (Kleinplantagen), von 100 bis 999 Pflanzen (Großplantagen) und ab 1.000 Pflanzen (Profiplantagen).

\*\* Menge der sichergestellten Pflanzen 2012: 4.806 St. (2011: 7.661 St.)

\*\*\* Menge der sichergestellten Pflanzen 2012: 64.782 St. (2011: 114.138 St.)

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013

**Abbildung 24:**  
**Illegale Herstellung/Labore 2011 und 2012**

Rauschgiftart	01.01. – 31.12.2011	01.01. – 31.12.2012
ATS*	18	23
GHB	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>24</b>

\* ATS = Amphetamine-Type-Stimulances. Bei den in 2012 sichergestellten ATS-Laboren handelte es sich um 10 Produktionsstätten von Amphetamin (2011: 8), 12 von Methamphetamin (2011: 10) und eine von MDA (3,4-Methylendioxyamphetamin).

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013

#### 4.5.4 Drogenhandel – Drogenschmuggel

Erneut wurde ein deutlicher Anstieg der Sicherstellungen von kristallinem Methamphetamin verzeichnet. Mit insgesamt 3.512 Sicherstellungsfällen gab es rund doppelt so viele wie bei Ecstasy. Die beschlagnahmte Menge von mehr als 75 kg an kristallinem Methamphetamin bedeutet einen nationalen Höchstwert bezüglich dieser Droge. Bei Amphetamin dagegen wurden auf jeweils hohem Zahlenniveau eine geringere Zahl an Sicherstellungsfällen und eine niedrigere beschlagnahmte Gesamtmenge verzeichnet.

Deutlicher gestaltet sich der Rückgang der Fallzahl und der Sicherstellungsmenge bei Heroin. Dass allerdings auch im Jahr 2012 große Einzelmengen von Heroin

**Abbildung 25:**  
**Rauschgifthandel/Rauschgiftschmuggel 2011 und 2012: Sicherstellungen**

Rauschgiftart	01.01. – 31.12.2011		01.01. – 31.12.2012		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	4.361	497,816 kg	3.381	241,744 kg	- 22,5 %	- 51,4 %
Opium	46	112,240 kg	79	81,174 kg	+ 71,7 %	- 27,7 %
Kokain	3.335	1.940,578 kg	3.618	1.258,366 kg	+ 8,5 %	- 35,2 %
Crack	740	2,791 kg	1.242	0,504 kg	+ 67,8 %	- 81,9 %
Meth-/Amphetamin (davon Crystal)	11.243 (2.112)	1.408,317 kg (39,952 kg)	11.919 (3.512)	1.195,782 kg (75,233 kg)	+ 6,0 % (+ 66,3 %)	- 15,1 % (+ 88,3 %)
Ecstasy	1.322	484.992 KE	1.786	313.179 KE	+ 35,1 %	- 35,4 %
LSD	280	25.978 Tr.	260	36.988 Tr.	- 7,1 %	+ 42,4 %
Haschisch	7.285	1.747,495 kg	6.490	2.385,664 kg	- 10,9 %	+ 36,5 %
Marihuana	27.144	3.957,443 kg	28.744	4.942,037 kg	+ 5,9 %	+ 24,9 %
Cannabispflanzen	1.804	133.650 St.	2.204	97.829 St.	+ 22,2 %	- 26,8 %
Khat	247	45.913,803 kg	208	45.270,106 kg	- 15,8 %	- 1,4 %
Psilocybine Pilze	431	13,247 kg	450	17,269 kg	+ 4,4 %	+ 30,4 %

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

Quelle: Bundeskriminalamt, 2013

nach und durch Deutschland transportiert wurden, belegt unter anderem eine Lieferung von 250 kg, die zunächst per Frachtschiff von der Türkei über Frankreich nach Bremerhaven geschmuggelt und nach Umladung und Weitertransport auf dem Landweg schließlich in den Niederlanden sichergestellt werden konnte.

Die mit 268 kg größte in Deutschland beschlagnahmte Einzelmeng an Kokain gelangte auf dem Seeweg nach Hamburg, wo es zum Zwecke des europaweiten Vertriebs zwischengelagert wurde.

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

Bei den Cannabisprodukten setzte sich 2012 die Entwicklung der letzten Jahre mit steigenden Fallzahlen bei Marihuana und sinkenden Fallzahlen bei Haschisch fort.

## 5 Pathologisches Glücksspiel

### 5.1 Situation in Deutschland

Beim Glücksspiel um Geld sind die Beträge genauso unterschiedlich wie die Glücksspiele selbst. Diese reichen vom Lotto über Automatenspiele, Poker und Sportwetten bis hin zum Roulette in Spielbanken. Entscheidend für alle Glücksspiele ist, dass der Gewinn ausschließlich oder fast ausschließlich vom Zufall abhängt. Glücksspiel ist im Alltag weit verbreitet. Rund jeder Zweite in der erwachsenen Bevölkerung (45 Prozent) spielt im Verlauf eines Jahres eines oder mehrere der öffentlich angebotenen Glücksspiele. Am häufigsten werden die staatlichen Lotterien und Sofortlotterien/Rubbellose genutzt, gefolgt von anderen Lotterien und dem Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen oder der Gastronomie. Problematisch wird das Spiel dann, wenn es die eigenen wirtschaftlichen Möglichkeiten übersteigt und das Glücksspiel weite Teile des Lebens bestimmt.

Das Suchtpotenzial für Glücksspiele unterscheidet sich je nach Art des Spiels. Die Teilnahme an Sportwetten, dem Kleinen Spiel in der Spielbank, Poker und Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben ist mit einem erhöhten Risiko für Pathologisches Glücksspiel verbunden. Am höchsten ist dieses Risiko an Geldspielautomaten. Gerade der Markt der Geldspielautomaten verzeichnete in den letzten Jahren ein deutliches Umsatzplus. Die Anzahl der aufgestellten Automaten in Gaststätten und Spielhallen ist im Jahr 2010 auf 235.000 Geräte (2009: 227.000 Geräte) angewachsen. Nach der jüngsten Gesetzgebung mit dem veränderten Glücksspielstaatsvertrag bleibt abzuwarten, wie sich der Glücksspielmarkt zukünftig entwickeln wird.

In den letzten Jahren hat sich die Datenlage zur Verbreitung von Pathologischem Glücksspiel in Deutschland wesentlich verbessert. Mit der Studie „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie“ (PAGE) von 2011 liegt eine Datenbasis vor, die hohe methodische Standards erfüllt und sowohl national als auch international viele neue Erkenntnisse darüber liefert, wie prob-

lematisches und Pathologisches Glücksspiel entsteht und wie Spielsucht verläuft. Die Stichprobe umfasste knapp 16.000 Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren. Knapp 600 als problematisch oder pathologisch klassifizierte Glücksspieler wurden im Rahmen der klinischen Interviews nachuntersucht. Etwa 1 Prozent der 14- bis 64-Jährigen war im Laufe des Lebens von Pathologischem Glücksspiel betroffen. Innerhalb der letzten zwölf Monate spielten 1,4 Prozent risikoreich, 0,3 Prozent problematisch und 0,35 Prozent pathologisch Glücksspiele. Diese Befunde decken sich mit anderen Studien, sodass insgesamt von ca. 250.000 pathologischen Glücksspielern in Deutschland ausgegangen werden kann. Zugleich sind diese Menschen häufig auch von anderen psychischen Erkrankungen betroffen. Mehr als jeder Dritte hat zusätzlich zur Suchterkrankung eine weitere psychiatrische Erkrankung.

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

Kurzbericht zur PAGE-Studie:

[www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE\\_Kurzbericht\\_2.pdf](http://www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf)

## 5.2 BZgA-Studie zum Glücksspiel

Die bundesweite Repräsentativbefragung zum Glücksspiel aus dem Jahr 2011 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt die Verbreitung des Glücksspiels in der Bevölkerung: 86 Prozent aller Befragten im Alter von 16 bis 65 Jahren haben bereits Glücksspielerfahrung. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung nahmen 50,7 Prozent an Glücksspielen teil.

Bei den meisten Glücksspielangeboten zeigt sich unter den männlichen Befragten eine deutlich höhere Nutzung als unter den weiblichen: In den zwölf Monaten vor der Befragung nutzten 56,5 Prozent der männlichen und 44,8 Prozent der weiblichen Befragten ein Glücksspiel. Das 2011 mit Abstand am häufigsten genannte Glücksspiel bleibt mit 31,5 Prozent weiterhin das Lottospiel „6 aus 49“. Bei den meisten Spielformen war die Verbreitung aber im Jahr 2011 gegenüber 2009 rückläufig. Am stärksten betraf der Rückgang das Fernsehquiz und die Klassenlotterien. Dagegen stieg die Nutzung bei den Sofortlotterien und anderen Lotterien sowie bei den Geldspielautomaten. Insbesondere junge Männer zwischen 18 und 20 Jahren spielten vermehrt an Geldspielautomaten: Die Quote derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten an Geldspielautomaten gespielt haben, hat sich seit der ersten Studie im Jahr 2007 mehr als verdreifacht und lag 2011 bei 19,5 Prozent (2007: 5,8 Prozent). Bei den 16- bis 18-jährigen männlichen Jugendlichen hat sich die Quote im Zeitraum von zwei Jahren nahezu verdoppelt (2009: 3,8 Prozent; 2011: 6,8 Prozent). Auch insgesamt hat das Glücksspiel unter 16- und 17-jährigen Jugendlichen deutlich zugenommen: Nahezu ein Viertel hat 2011 an Glücksspielen im engeren Sinn (ohne riskante Börsenspekulationen, Fernsehquizsendungen und privates Glücksspiel) teilgenommen. 2009 waren es dagegen knapp 15 Prozent. Dieser Anstieg ist im Wesentlichen auf eine verstärkte Teilnahme an Sofortlotterien zurückzuführen, deren Anteil sich gegenüber 2009 mit 15,6 Prozent nahezu verdoppelte.

Statistische Analysen ergeben als Risikofaktoren für Problemspielverhalten männliches Geschlecht, junges

Erwachsenenalter, einen niedrigen Bildungsabschluss, Migrationshintergrund sowie Arbeitslosigkeit. Bezogen auf einzelne Glücksspiele finden sich Problemspieler am häufigsten unter den Befragten, die Online-Poker und Geldspielautomaten genutzt haben. Für diese ergeben sich – verglichen mit Spielern, die diese Glücksspiele nicht genannt haben – etwa vier- bis fünffach erhöhte Risiken, ein Problemspielverhalten zu entwickeln. Darüber hinaus ist auch eine hohe Anzahl insgesamt gespielter Glücksspiele als Risikofaktor zu nennen.

Der Anteil der Befragten mit problematischem Glücksspielverhalten lässt sich auf der Grundlage der BZgA-Studie von 2011 auf 0,51 Prozent schätzen; der Anteil derjenigen, die wahrscheinlich ein pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen, wird auf 0,49 Prozent geschätzt. Hochgerechnet auf die 16- bis 65-jährige Bevölkerung im Jahr 2011 sind dies in Deutschland rund 274.000 Menschen mit problematischem Glücksspielverhalten und rund 263.000 Menschen mit – wahrscheinlich – pathologischem Glücksspielverhalten. Im Vergleich zur ersten BZgA-Befragung aus dem Jahr 2007 sind diese Quoten nahezu konstant geblieben. Im internationalen Vergleich liegen die Quoten im unteren Bereich.

Die Bevölkerung setzt sich zunehmend mit dem Thema Glücksspielsucht auseinander: Über zwei Drittel der im Jahr 2011 Befragten schätzten sich diesbezüglich als gut informiert ein. Auch der Bekanntheitsgrad von regionalen Beratungsstellen und telefonischen Beratungsmöglichkeiten zur Glücksspielsucht hat zugenommen. Zugleich bestätigte sich auch im Jahr 2011, dass die gesetzlichen Regelungen und die staatliche Kontrolle des Glücksspiels zum Spielerschutz hohe Zustimmung finden, darunter auch das Glücksspielverbot für Jugendliche nach dem Jugendschutzgesetz und das Verbot von Internetglücksspielen. [www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel/](http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel/)

## 6 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

### 6.1 Situation in Deutschland

Während die Nutzung von Computer und Internet mit ihren vielfältigen Möglichkeiten im Privatleben und in der Arbeitswelt selbstverständlich geworden ist, beobachten die Beratungsstellen seit etwa zehn Jahren ein Phänomen, das „pathologischer Computer- oder Internetgebrauch“ genannt wird. Die Symptome sind mit denen anderer Abhängigkeitserkrankungen vergleichbar. Die Betroffenen verlieren die Kontrolle über ihr Nutzungsverhalten. Sie verbringen so viel Zeit am PC oder im Internet, dass dies erhebliche negative Konsequenzen für ihr berufliches und privates Leben sowie ihre Gesundheit hat. Den größten Anteil nimmt die Online-Computerspielabhängigkeit ein. Durch Belohnungssysteme oder die Einbindung der Teilnehmenden in Spielernetzwerke bergen diese Spiele ein hohes Suchtpotenzial. Obwohl die Suchtberatungsstellen in den letzten Jahren eine steigende Nachfrage bei der Behandlung dieser Störung verzeichnen, ist noch nicht abschließend geklärt, wann tatsächlich ein Abhängigkeitsverhalten vorliegt. Belegt ist, dass die reine Nutzungszeit kein belastbares Kriterium für einen pathologischen Internetgebrauch darstellt. Vielmehr spielen hierbei andere Faktoren eine Rolle, die in der Regel in der Person des Betroffenen liegen. Von einer Suchterkrankung kann man erst dann sprechen, wenn ein Kontrollverlust eingetreten ist und das Spielen derart exzessiv betrieben wird, dass andere Anforderungen des täglichen, sozialen und beruflichen Lebens völlig vernachlässigt werden. Internetsucht ist kein Problem bestimmter gesellschaftlicher Schichten, sondern kommt vielmehr in allen sozialen Gruppen vor. Menschen mit pathologischem Internetgebrauch leiden oft auch unter einer psychischen Erkrankung. Bei diesen sogenannten komorbiden Störungen handelt es sich meistens um Depressionen, Affektivstörungen, ADHS, aber auch um Substanzmissbrauch, etwa von Alkohol oder Nikotin. Über eben diese Begleiterkrankungen erfolgt in der Regel auch die medizinische und psychiatrische Behandlung, denn Internetabhängigkeit selbst



ist bisher nicht als eigenständige Krankheit anerkannt. Die American Psychological Association (APA) hat allerdings für die Revision des amerikanischen Diagnoseverzeichnisses „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) den Vorschlag vorgelegt, „internet use disorder“ in das Verzeichnis aufzunehmen. Die aktualisierte Fassung des DSM wird für 2013 erwartet.

Aktuelle internationale Studien, die vorwiegend Jugendliche befragten, stufen 1,6 bis 8,2 Prozent der Internetnutzer als „abhängig“ ein. Anfällig dafür, auf derart unangemessene Weise in virtuelle Welten zu flüchten, sind vor allem Jugendliche in der Pubertät. Von 2010 bis 2011 förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die repräsentative Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA I) der Universitäten Greifswald und Lübeck, um die Verbreitung pathologischer Internetnutzung in Deutschland einschätzen zu können. Die im September 2011 veröffentlichte Studie ergab, dass in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca. 560.000 Menschen als internetabhängig und ca. 2,5 Millionen Menschen als problematische Internetnutzer bezeichnet werden können. Die meisten davon sind jung: Unter den 14- bis 24-Jährigen zeigen etwa 250.000 Anzeichen einer Abhängigkeit und 1,4 Millionen ein problematisches Nutzungsverhalten. Bei den 14- bis 16-Jährigen sind es 100.000 Abhängige und 400.000 problematische Nutzer. In der Altersgruppe der über 25-Jährigen weisen insgesamt etwa 0,7 Prozent eine wahrscheinliche Internetabhängigkeit auf. Dabei ist der Anteil unter den 25- bis 44-Jährigen mit 0,8 Prozent höher als der Anteil unter den 45- bis 64-Jährigen (0,5 Prozent). Ähnlich verteilt sich auch der Anteil der problematischen Internetnutzer ab einem Alter von 25 Jahren (25–64: 2,6 Prozent, 25–44: 3,8 Prozent, 45–64: 1,4 Prozent). Wie eine Analyse der Herkunft und des Berufsstandes ergab, ist das Risiko bei bestimmten Teilgruppen wie Arbeitslosen und Migranten erhöht.

Insgesamt gelten für alle Altersgruppen ähnliche Risikofaktoren, dagegen ist der Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund bei den Älteren stärker ausgeprägt. So besteht in der älteren Altersgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund statistisch gesehen

**Abbildung 26:**  
**Häufigkeit von Internetabhängigkeit und riskantem Internetgebrauch, unterteilt nach Altersgruppen**

Alter	Wahrscheinliche Internetabhängigkeit (%)	Wahrscheinlicher riskanter Internetgebrauch (%)
25 bis 64	0,7	2,6
25 bis 44	0,8	3,8
45 bis 64	0,5	1,4

Quelle: PINTA-I-Studie, 2011

die 4,5-fache Gefahr, eine Internetsucht zu entwickeln; bei den Jüngeren besteht eine 2,1-fache Gefahr. Die Schulbildung hat in beiden Altersgruppen keinen bedeutsamen Effekt. Das Geschlecht ist nur bei den Älteren von Bedeutung, hier ist das Risiko für Männer erhöht.

**6.2 Forschungsprojekt PINTA-Diari**

Die PINTA-I-Studie ergab eine erste fundierte Schätzung, wie verbreitet der problematische und abhängige Internetgebrauch in Deutschland ist. Um verlässliche Angaben zur Internetabhängigkeit in Deutschland zu erhalten, erfolgt mit dem Projekt „Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile“ (PINTA-Diari) eine Überprüfung dieser Schätzung. Dazu wurden die Personen befragt, die in der PINTA-I-Studie ihre Bereitschaft zu einer weiteren Befragung erklärt hatten. Grundlage der Befragung ist ein klinisches Interview, das auf der Basis der zurzeit zur Verfügung stehenden Kriterien zur Erfassung einer Internetabhängigkeit erarbeitet wurde. Um das bislang nur unzureichend und lückenhaft beschriebene Phänomen Internetabhängigkeit angemessen untersuchen zu können, wurden in dieses Interview weitere Kriterien integriert, um eine exaktere Bestimmung der Symptomatik zu ermöglichen. Damit wurde ein Instrument erstellt, das die diagnostischen Standards für Internetabhän-



**Abbildung 27:**  
**Häufigkeiten von Internetabhängigkeit und riskantem Internetgebrauch bei 25- bis 64-Jährigen, unterteilt nach verschiedenen Faktoren**

	Wahrscheinliche Internet- abhängigkeit (%)	Wahrscheinlicher riskanter Internet- gebrauch (%)
Alle 25 bis 64-Jährigen	0,7	2,6
Männlich / weiblich	1,0 / 0,4	3,1 / 2,0
Mehr als / bis 9 J. Schulbildung	0,6 / 0,8	2,8 / 2,1
Ledig / nicht ledig	1,3 / 0,5	4,4 / 2,0
Mit / ohne Arbeitslosigkeit	1,7 / 0,6	4,8 / 2,5
Mit / ohne Migrationshintergrund	1,7 / 0,4	5,4 / 1,7

Quelle: PINTA-I-Studie, 2011

gigkeit vereinheitlichen soll. Der Abschlussbericht von PINTA-Diari wird im Frühsommer 2013 vorliegen und eine zuverlässige Grundlage für weitere Diskussionen zum Phänomen der exzessiven Internetnutzung in Deutschland liefern.

### 6.3 Jahrestagung der Drogenbeauftragten „Wenn aus Spaß Ernst wird – Exzessive und pathologische Computerspiel- und Internetnutzung“

Am 9. Oktober 2012 fand in Berlin die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zum Thema „Wenn aus Spaß Ernst wird – Exzessive und pathologische Computerspiel- und Internetnutzung“ statt. Über 350 Gäste sowie Referenten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz diskutierten über die aktuellen Entwicklungen und Erkenntnisse zur exzessiven und pathologischen Computerspiel- und Internetnutzung. Das Tagungsprogramm umfasste die Themenbereiche Prävalenz, Symptomatik und Diagnostik, Prävention sowie Beratung und Behandlung. Gleichzeitig wurden aber auch die positiven Möglichkeiten, die das Internet für die Präventions- und Beratungsarbeit bietet, in den Blick genommen.

Die Referenten sprachen sich für die weitere Erforschung des Störungsbildes mit dem Ziel aus, einheitliche Diagnosekriterien zu entwickeln und den Anerkennungsprozess als Krankheitsbild voranzutreiben. Wie die Beiträge der Referenten zeigten, weist ein Großteil der Betroffenen ein problematisches bzw. krankhaftes Nutzungsverhalten in Bezug auf Online-Spiele auf. Dies wirft die Frage auf, was die Menschen so fesselt, dass sie das Spielen nicht mehr kontrollieren können. Die auf der Jahrestagung vorgestellten Untersuchungen des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) in Hannover haben ergeben, dass vor allem Online-Rollenspiele aufgrund bestimmter Spielmerkmale eine besondere Faszination ausüben und die Spieler stark binden. Beispielhaft zu nennen sind dabei die Belohnungsstrukturen, der Gruppendruck und die persistenten Spielstrukturen. Diese ersten Ergebnisse bedürfen allerdings einer weiteren Prüfung.

Am Rande des Hauptprogramms stellten mehrere Initiativen und Anbieter auf dem „Markt der Möglichkeiten“ ihre Ansätze zur Prävention, Beratung und Behandlung vor. Einer dieser Ansätze ist das Bundesmodellprojekt „ESCapade“ (siehe C 1.3.2.3), dessen Ergebnisse auf der Tagung erstmals vorgestellt wurden. Durch das

familienorientierte Programm gelang es, die Internetnutzungszeit der Jugendlichen, die Probleme mit Familie und Freunden, in der Schule und Ausbildung, aber auch die gesundheitlichen Belastungen zu reduzieren. Die unter den Programmpunkten zur ambulanten und stationären Therapie vorgestellten Angebote haben exemplarisch gezeigt, dass die Beratungsstellen und Kliniken vor Ort ihre Angebote bereits erweitert haben. Diese Entwicklungen müssen parallel zur wissenschaftlichen Diskussion über die Anerkennung als Krankheit weitergeführt werden.

[www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-04/jahrestagung-der-drogenbeauftragten-2012.html](http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-04/jahrestagung-der-drogenbeauftragten-2012.html)

# C | Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik

## 1 Prävention

### 1.1 Suchtstoffübergreifende Prävention

Erfolgreiche Prävention ist zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Menschen müssen in ihrem jeweiligen Umfeld und ihrer Lebenssituation angepasst angesprochen werden, um sie zu erreichen und ihnen geeignete Angebote machen zu können. Prävention bedeutet, Abhängigkeiten vorzubeugen sowie den bereits bestehenden problematischen, gesundheitsgefährdenden Konsum von Suchtmitteln zu verringern. Zudem 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 Konsumverhalten entwickelt. Die indizierte Prävention wiederum richtet sich an diejenigen, bei denen bereits Probleme entstanden sind. Die spezifischen Gründe für Suchtverhalten sowie dessen Verlauf und Ursachen müssen dabei in verschiedenen Gruppen gesondert betrachtet werden.

Kinder und Jugendliche sind eine besonders wichtige Zielgruppe der Prävention, da bei ihnen die Chance besteht, schon den Einstieg in ein suchtförderndes Verhalten zu verhindern. Je früher es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen und sie zu stärken, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein problematisches Konsumverhalten verhindert werden kann. Neben den Kindern muss auch ihr familiäres Umfeld bei der Prävention miteinbezogen werden; dies gilt insbesondere für Kinder aus suchtblasteten Familien, da diese ein erhöhtes Suchtrisiko tragen.

Eine weitere wichtige Zielgruppe in der Prävention sind Schwangere. Gerade in der Schwangerschaft wächst bei vielen Frauen die Bereitschaft, ihr Konsumverhalten zu überdenken und neue Wege zu beschreiben. Der Konsum von Alkohol, Tabak oder Medikamenten birgt erhebliche Risiken für die Mutter und das

(ungeborene) Kind. Deshalb werden Präventionsangebote gefördert, die gezielt diejenigen Schwangeren erreichen, bei denen ein problematischer Konsum zu befürchten ist.

Darüber hinaus müssen geschlechtsspezifische Angebote entwickelt werden, ohne Geschlechterrollen weiter zu verfestigen. So sind spezifische Angebote für Frauen und Mädchen wichtig, die die besonderen Gegebenheiten und Gefährdungen in den Mittelpunkt stellen. Auf der anderen Seite darf nicht vergessen werden, dass vor allem Männer ein höheres Suchtrisiko tragen. Auch dies gilt es bei der Konzeption von Maßnahmen zu berücksichtigen.

Ein gutes Setting, um Erwachsene für Präventionsmaßnahmen zu erreichen, ist der Betrieb. Suchterkrankungen beeinträchtigen nicht nur die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen, sondern auch die Arbeitssicherheit und die Betriebsabläufe. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, Maßnahmen der Suchtprävention in ein Gesamtkonzept der betrieblichen Gesundheitsförderung zu integrieren. Vor allem für kleinere Betriebe müssen passgenaue Maßnahmen noch erarbeitet und erprobt werden.

Der suchtmittelübergreifende Ansatz ist auch hinsichtlich des Mischkonsums psychoaktiver Substanzen geboten, der besonders unter Jugendlichen zunimmt. Laut aktuellen Studien ist der Mischkonsum europaweit bei einem Drittel der 15- bis 16-jährigen verbreitet. Unter Studierenden und in der Gesamtbevölkerung zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Besonders häufig ist der polyvalente Konsum unter Drogenabhängigen. Laut einer aktuellen Studie ist bei Abhängigen, die Drogenhilfeangebote wahrnehmen, Mischkonsum die Regel. Hiervon geht oft ein höheres, schwerer einschätzbares Risiko aus, da die Wirkung nicht der Summe der Einzelwirkungen entspricht. Dieser Gefahr kann mit einem ganzheitlichen Ansatz wesentlich besser begegnet werden als mit suchtmittelspezifischer Prävention.

Die genannten Schwerpunkte sowie die im Folgenden vorgestellten Projekte zur Prävention stellen nicht die jeweiligen Suchtmittel, sondern vielmehr den

Menschen in den Mittelpunkt. Sie sind auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sowie kontextabhängig und suchtmittelübergreifend ausgerichtet.

### 1.1.1 Suchtprävention in der Schwangerschaft und im Kindesalter

#### 1.1.1.1 Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft

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

Alkoholkonsum kann während der gesamten Schwangerschaft zu unheilbaren Schädigungen des ungeborenen Kindes führen. Eine unschädliche Menge an Alkohol in der Schwangerschaft gibt es nicht, bereits geringer Alkoholkonsum kann gesundheitliche Beeinträchtigungen des Kindes zur Folge haben. Daher sollte in der Schwangerschaft gänzlich auf Alkohol verzichtet werden. Nach Schätzungen werden in Deutschland pro Jahr ca. 2.000 bis 4.000 Kinder mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) geboren. Diese Kinder haben erhebliche Defizite in ihrer geistigen und motorischen Entwicklung.

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

auftritt [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de) – regelmäßig über die Gefahren des Rauchens und Alkoholkonsums während der Schwangerschaft. Dennoch fällt es vielen schwer, auf Tabak und Alkohol zu verzichten. Deshalb ist es wichtig, die Prävention zur Vermeidung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit durch vielseitige zielgruppenspezifische Initiativen weiter zu stärken und auszubauen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert seit dem Frühjahr 2011, u. a. auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, eine Reihe von einjährigen Modellprojekten, die „neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ entwickeln und erproben (Beispiele unter C 1.2.1.1 und C 1.2.2.1). Zur überregionalen Umsetzung der besten Ansätze werden drei Projekte im Rahmen einer zweiten Förderphase bis Sommer 2014 fortgesetzt.

[www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-schwangerschaft/praeventionsprojekte-zur-vermeidung-und-reduzierung-von-suchtmittelkonsum-in-schwangerschaft-und-stillzeit.html](http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-schwangerschaft/praeventionsprojekte-zur-vermeidung-und-reduzierung-von-suchtmittelkonsum-in-schwangerschaft-und-stillzeit.html)

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

Seit 2011 wird das Projekt „IRIS“ (Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren) vom BMG gefördert. Ziel des Projekts ist die Entwicklung einer internetbasierten, professionell begleiteten Beratungsplattform für alkohol- oder tabakkonsumierende schwangere Frauen. Zudem soll die Umsetzbarkeit und Akzeptanz des Angebots bei Schwangeren und zuweisenden Frauenärzten untersucht werden.

Eine Voruntersuchung verdeutlichte, dass aus Sicht der befragten Ärzte die Notwendigkeit besteht, niedrigschwellige internetbasierte Motivations- und Ausstiegsprogramme wie „IRIS“ ergänzend zu den bisherigen Beratungsangeboten vorzuhalten. Die Befragung

Schwangerer zeigte, dass diese das Internet häufig und regelmäßig nutzen. Nahezu jede vierte Frau zeigte sich offen gegenüber einer Internetberatung zum Thema Tabak- und Alkoholkonsum – eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche internetbasierte Intervention.

Bislang wurde die Beratungs- und Behandlungsplattform „IRIS“ ([www.iris-plattform.de](http://www.iris-plattform.de)) mit drei verschiedenen parallelen Behandlungssträngen (IRIS-T, IRIS-A und IRIS-AT für Tabak, Alkohol und kombinierten Konsum) entwickelt. Die Teilnehmerinnen werden auf der Plattform zwölf Wochen lang unterstützt, die Behandlung erfolgt anonym. Hinzu kommt ein wöchentlicher E-Mail-Kontakt mit einem sogenannten E-Coach. Hierbei handelt es sich um einen fachkundigen Therapeuten im Hintergrund, der wöchentlich anonym Rückmeldungen zu den Fragen und dem Fortschritt der Teilnehmerinnen gibt. Dabei werden bewährte und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gut untersuchte (psycho-)therapeutische Techniken angewandt, darunter Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung, Entspannungstechniken, Anti-Craving-Skills, Stressbewältigung, Selbstbehauptung und der Umgang mit Depressivität. Weitere Maßnahmen dienen der Rückfallprophylaxe und der Einbindung des Partners. Um die Abstinenz nach der Entbindung zu unterstützen, werden drei Erinnerungsmails an die Teilnehmerinnen versandt. Ziel der Intervention ist die Abstinenz schon mit Beginn der Intervention; die zwölfwöchige Behandlungsphase soll die Abstinenz stabilisieren und vor Rückfällen schützen bzw. zur Bewältigung von Rückfällen dienen.

Das Internet ist zusätzlich zu den Präventionsangeboten vor Ort ein geeigneter Raum, in dem sich Schwangere rund um das Thema Schwangerschaft informieren können. Eine Beratungsplattform, die sie darin unterstützt, keinen Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft zu konsumieren, stellt ein niedrigschwelliges Angebot dar und bietet die Möglichkeit, eine ansonsten schwer erreichbare Zielgruppe anzusprechen. Um für den Fall einer erfolgreichen Entwicklung und Erprobung die nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten, soll das Angebot mit bereits entwickelten internetbasierten Beratungsangeboten der BZgA verknüpft wer-

den. Allerdings gestaltete sich die Rekrutierungsphase schwierig. Ergebnisse werden im Laufe des Jahres 2013 vorliegen.

### 1.1.1.3 Frühe Hilfen für Eltern und Kinder



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

Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene neue Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) enthält als Artikel 1 das neue Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Das KKG schafft neue Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz (§ 3) und sieht insbesondere für den Bereich der Frühen Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit vor. Auch Suchtberatungsstellen, die mit Schwangeren bzw. mit jungen Eltern zusammenarbeiten, sind angesprochen, sich an diesen Netzwerken Früher Hilfen zu beteiligen.

Des Weiteren sieht das KKG eine „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ vor, die im November 2012 offiziell gestartet wurde. Im Rahmen dieser Initiative wird bei-

spielsweise der Einsatz von kommunalen Koordinatoren für die Netzwerke Früher Hilfen gefördert, die auch allen lokalen Beratungsstellen als feste Ansprechpersonen zur Verfügung stehen. Auf diese Weise können die Vernetzung und die Kooperation erhöht werden. Ferner wird im Rahmen der Bundesinitiative auch der Einsatz von Familienhebammen, Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegern sowie ähnlichen Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich gefördert. Diese leisten in aufsuchender Arbeit wichtige psychosoziale Unterstützung für Familien in belasteten Situationen. Für die „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ stehen im Zeitraum 2012 bis 2015 insgesamt 177 Millionen Euro zur Verfügung. Die Koordinierungsstelle des Bundes ist beim NZFH angesiedelt und begleitet die Bundesinitiative wissenschaftlich und fachlich. Die Ergebnisse sollen in die Ausgestaltung eines vom Bund dauerhaft ausgestatteten Fonds einfließen, der die Netzwerke Früher Hilfen sowie die psychosoziale Unterstützung von Familien fördert.

Für ihren Einsatz in den Familien benötigen Familienhebammen Wissen, Fertigkeiten, Sozial- und Selbstkompetenzen, die das NZFH entsprechend der Struktur des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) in einem Kompetenzprofil „Familienhebammen“ beschrieben hat. Laut diesem Kompetenzprofil ist die Familienhebamme auch gefordert, die Mutter, den Vater oder andere primäre Bezugspersonen bei deren Gesunderhaltung zu unterstützen. Damit wird die Bedeutung der Prävention von (insbesondere psychischen) Erkrankungen der Eltern unterstrichen, die für die Familie eine große Belastung und damit eine mögliche Beeinträchtigung für das gesunde Aufwachsen des Kindes bedeuten können. Konkrete Kompetenzformulierungen zu dieser Handlungsanforderung beziehen sich u. a. auf Kenntnisse über Suchterkrankungen und den Umgang mit entsprechenden Fällen. Auch für Familiengesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie für Koordinatoren von Netzwerken Früher Hilfen wird ein Kompetenzprofil erarbeitet. Die jeweiligen Experten haben ihre Arbeit daran im Jahr 2012 begonnen und setzen diese 2013 fort.

Für die aufsuchende Arbeit in den Familien möchte das NZFH den Fachkräften zukünftig neue Materialien speziell für den Einsatz im Rahmen der Frühen Hilfen zur Verfügung stellen. In diesem Rahmen wird die Entwicklung entsprechender Arbeitsblätter gefördert. Diese sollen in leichter Sprache verfasst und mit vielen Abbildungen versehen werden. Einzelne Arbeitsblätter thematisieren Drogen und Sucht. Die Entwicklung und Testung der Materialien soll 2013 fortgesetzt werden.

#### 1.1.1.4 „Kinder stark machen“



Die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ zur frühen Suchtprävention beruht auf dem Grundsatz, dass Prävention möglichst früh ansetzen und dabei insbesondere Ressourcen stärken sollte. Ziel der Kampagne ist es, die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern, indem sie in ihrer Lebenswelt direkt angesprochen werden. Um möglichst viele Kinder und Jugendliche sowie Eltern und Multiplikatoren zu erreichen, kooperiert die Kampagne auch mit dem Breitensport, denn rund 70 Prozent aller Kinder und Jugendlichen sind irgendwann einmal Mitglied in einem Sportverein. Über die Sportvereine werden zudem auch Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Schichten, zum Beispiel mit Migrationshintergrund, gut erreicht. Das pädagogische Konzept der Lebenskompetenzförderung soll dauerhaft in die Kinder- und Jugendarbeit in Sportvereinen integriert werden. Hierfür setzt die BZgA auf ein kontinuierliches Kommunikationskonzept mit unterschiedlichen Maßnahmen.



Sie stellt Sportvereinen Arbeitshilfen und Schulungsangebote zur Verfügung, um Mitarbeiter für das Thema Suchtprävention zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Im Jahr 2012 konnten in 116 Schulungsangeboten rund 2.700 Multiplikatoren in Sportvereinen qualifiziert werden. Erstmals wurden auch Jugendliche im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) bzw. im Bundesfreiwilligendienst zum Thema frühe Suchtprävention qualifiziert. Möglich war dies durch die Kooperation mit den Landessportjugenden Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Für 2013 sind Kooperationen mit weiteren Landessportjugenden geplant.

Zudem bietet die Kampagne kostenlose Unterstützerpakete mit zahlreichen Kommunikationsmaterialien an, mit denen Aktionstage, Projekte oder Unterrichtsinhalte zum Thema frühe Suchtprävention umgesetzt werden können. Im Jahr 2012 nutzten rund 1.200 Vereine, aber auch Schulen und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe das Angebot. Etwa 3.500 Multiplikatoren und rund 350.000 Teilnehmende konnten so für das Thema gewonnen werden. Neu entwickelt wurde auch eine kostenlose Aktionsbox zum Thema Alkoholprävention im Rahmen der BZgA-Kampagne „Null Alkohol – Voll Power“ (siehe C 1.2.1.3).

Auf kommunaler Ebene begleitet die Kampagne außerdem kontinuierlich größere Sport- und Familienveranstaltungen und erreicht mit der bundesweiten Tour des „Kinder stark machen“-Erlebnislandes jährlich rund 250.000 Besucher.

Die kontinuierlichen Kampagnenmaßnahmen werden durch besondere Kooperationen ergänzt. So startete beispielsweise im Schuljahr 2012/2013 der Wettbewerb „DFB-DOPPELPASS 2020 – Schule und Verein: Ein starkes TEAM!“, der in Kooperation mit dem Deutschen Fußball-Bund e. V. (DFB) durchgeführt wird. Auf diese Weise sollen wichtige Multiplikatoren in 11.000 Fußballvereinen und rund 7.000 Schulen erreicht werden.

Bereits seit 2011 werden die Sportvereine gezielt bei Projekten zur Alkoholprävention unterstützt: Im Rahmen einer Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) – unterstützt vom DFB –

startete die BZgA die Aktion „Alkoholfrei Sport genießen“. Sportvereine sind dabei aufgerufen, unter eben diesem Motto alkoholfreie Sportwochenenden, Turniere oder andere Vereinsveranstaltungen zu organisieren. Hierbei werden sie mit einer kostenlosen Aktionsbox unterstützt, die Informations- und Kommunikationsmaterial enthält. Im Mittelpunkt der Aktion steht das Vorbildverhalten von erwachsenen Vereinsmitgliedern. Im Jahr 2012 nahmen 2.650 Sportvereine an der Aktion teil. Aufgrund der hohen Nachfrage und der großen Akzeptanz wird die Aktion auch im Jahr 2013 fortgeführt.

[www.kinderstarkmachen.de](http://www.kinderstarkmachen.de)

[www.doppelpass2020.dfb.de](http://www.doppelpass2020.dfb.de)

[www.alkoholfrei-sport-geniessen.de](http://www.alkoholfrei-sport-geniessen.de)

#### 1.1.1.5 „Klasse2000“ – Stark und gesund in der Grundschule

„Klasse2000“ ist das bundesweit größte Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule. Seit 1991 hat es bereits über 930.000 Kinder erreicht. Das Programm begleitet die Kinder kontinuierlich von der ersten bis zur vierten Klasse, vermittelt ihnen Lebens- und Gesundheitskompetenzen und begeistert sie spielerisch für eine gesunde Lebensweise. Speziell geschulte externe Gesundheitsförderer führen pro Schuljahr zwei bis drei neue Themen in den Unterricht ein, die die Lehrkräfte in weiteren zehn bis zwölf Stunden vertiefen. Zum breiten Themenspektrum gehören: gesundes Essen und Trinken, Bewegung und Entspannung, sich selbst mögen und Freunde haben, Probleme und Konflikte gewaltfrei lösen. Die Kinder lernen, kritisch zu denken und trotz Gruppendruck nein zu sagen, u. a. zu Alkohol und Zigaretten. Allein im Schuljahr 2011/12 beteiligten sich an dem Programm bundesweit 17.376 Klassen aus 3.345 Schulen – und damit bundesweit 12,8 Prozent aller Grundschulklassen sowie 20,5 Prozent aller Schulen. Das „Klasse2000“-Paket enthält Unterrichtsvorschläge, Schülerhefte und alle weiteren benötigten Materialien, sodass die Lehrkräfte das Programm ohne die Teilnahme an einer Fortbildung umsetzen können. Träger des Unterrichtsprogramms ist ein gemeinnütziger Verein, die Finanzierung erfolgt über Spenden in

Form von Patenschaften für einzelne Klassen (200 Euro pro Klasse und Schuljahr). Wichtigster Partner sind die Lions Clubs in Deutschland.

Laut einer Längsschnittstudie des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) konsumieren Kinder, die an „Klasse2000“ teilgenommen haben, auch noch drei Jahre nach ihrer Teilnahme bedeutend seltener Tabak als Jugendliche, die nicht an dem Programm teilgenommen haben (7,9 Prozent gegenüber 19,7 Prozent). Ähnliche Beobachtungen wurden hinsichtlich des Alkoholkonsums gemacht. Die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat 208 Alkoholpräventionsprojekte von 95 Trägern untersucht und kommt zu dem Schluss, dass nur bei den Projekten „Klasse2000“ und „Aktion Glasklar“ von einer Evidenzbasierung der Maßnahmen gesprochen werden kann. Auch die jährlichen Befragungen der Lehrkräfte, Schulleitungen und Gesundheitsförderer zu einzelnen Aspekten des Programms belegen eine hohe Zufriedenheit. Sie liefern zudem wichtige Hinweise für die inhaltliche und methodische Weiterentwicklung des Programms und seine Anpassung an sich ändernde schulische Bedingungen.

[www.klasse2000.de](http://www.klasse2000.de)

Näheres zu den Ergebnissen der DAHTA:

[http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta344\\_zusammenfassung\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta344_zusammenfassung_de.pdf)

### 1.1.1.6 Beispielprojekte aus den Ländern

#### Bremen:

##### „Kribbeln im Bauch“

„Kribbeln im Bauch“ ist ein Projekt zur Gewalt- und Suchtprävention für Förder-, Werk- und Sekundarschulklassen der neunten Jahrgangsstufe. Es wurde von Margrit Hasselmann und Christine Witte entwickelt und vom Landesinstitut für Schule, Gesundheit und Suchtprävention (LIS), von der AOK Bremen/Bremerhaven und weiteren Kooperationspartnern umgesetzt.

Ziel des Projekts ist die Sucht- und Gewaltprävention bei Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten. In diesem Zusammenhang soll das Vertrauen zu sich selbst und zu anderen gefördert, das eigene Körpergefühl verbessert sowie die eigene Körperwahrnehmung intensiviert werden. Umgesetzt werden die Ziele mithilfe von Tanz- und Präventionsteams, die mit der Klasse eine Woche lang trainieren und tanzen. Besonders engagierte Schüler bekommen eine zusätzliche Woche Tanztraining sowie die Möglichkeit zu einem öffentlichen Auftritt auf dem Bremer Marktplatz.

Zwischen 2006 und 2012 wurden 114 Lehrkräfte in Intensivfortbildungen geschult, ca. 1.200 Jugendliche nahmen an den Trainings teil. Das Projekt wird laufend in Form von Pre-, Post- und Follow-up-Erhebungen evaluiert. Die ersten Ergebnisse sind ausgewertet und zeigen höchst signifikante Erfolge.

[www.lis.bremen.de/detail.php?gsid=bremen56.c.16857.de](http://www.lis.bremen.de/detail.php?gsid=bremen56.c.16857.de)

#### Thüringen:

##### „Gesunde Lebenswelt Schule – das PLUS für alle“

„Mit der Unterzeichnung der Rahmenvereinbarung zwischen der Technischen Universität Dresden, der AOK PLUS Sachsen-Thüringen und dem Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur startete am 31. Juli 2009 das Projekt „Gesunde



Lebenswelt Schule – das PLUS für alle“ mit einer Laufzeit bis zum 31. Dezember 2013.

Ausgangspunkt des Projekts war die Teilnahme Thüringens an der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2009/10 erneut durchgeführt wurde. Darauf aufbauend sollte ein automatisiertes Selbstevaluationsinstrument zur Gesundheitsförderung an Schulen entwickelt werden. Des Weiteren galt es zu erproben, wie die Schulen bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise, insbesondere zur Sucht- und Drogenprävention (vgl. § 47 ThürSchulG), am wirksamsten unterstützt werden können.

Im Rahmen des Modellprojekts erhielten die Schulen Rückmeldungen von ihren Schülern zu Handlungsfeldern wie „Lehren und Lernen“, „Schulklima und Schulkultur“, „Zufriedenheit“ und „Bildungs- und Erziehungsauftrag“ (insbesondere Substanzkonsum). Zusätzlich konnten die Schulen auch Rückmeldungen von Lehrern ergänzen. Mit den Informationen aufgrund des Selbstevaluationsinstruments ist es jeder Modellschule möglich, gezielt Maßnahmen zur Verbesserung in einzelnen Handlungsfeldern einzusetzen und damit die Schulentwicklungsprozesse zu steuern. Bei dieser Steuerung werden die Schulen von Moderatoren begleitet. Das erprobte Instrument soll nach Abschluss der Modellphase und der Auswertung der Evaluation allen Thüringer Schulen zur Verfügung gestellt werden.

#### **„Schüler für Schüler“ – das Schulsprecherprojekt für die Stadt Eisenach und den Wartburgkreis**

Das Schulsprecherprojekt „Schüler für Schüler“ ist ein Kooperationsprojekt der Suchtberatungsstelle Kompass der Diako Westthüringen gem. GmbH sowie des Jugendamtes der Stadt Eisenach und des Wartburgkreises. Es handelt sich hierbei um ein Peer-Projekt, das Beratung, Unterstützung und Bildung von Schülern für Schüler bietet. Der Ansatz der Peer-Erziehung hat sich innerhalb der Suchtprävention als nützlich erwiesen. Bei den Peer-Erziehern handelt es sich um

die Schulsprecher und -vertreter aller Förder- und Regelschulen sowie aller Gymnasien der Stadt Eisenach und des Wartburgkreises.

Die Schulsprecher übernehmen Verantwortung im Schulalltag und sind Ansprechpartner und Vorbild für ihre Mitschüler. Sie kennen nicht nur die Region, sondern auch die Probleme, Sorgen und Wünsche der Peer-Gruppe. Das Schulsprecherprojekt begleitet die Schulsprecher über ihre gesamte Amtszeit. Sie kommen über das Schuljahr verteilt regelmäßig zusammen, bearbeiten schwerpunktmäßig Themen der Alkohol- und Drogenprävention und werden als Multiplikatoren geschult.

Das Projekt nutzt die Strukturen innerhalb der Peer-Gruppe und motiviert die Schulsprecher darin, den Mitschülern durch ihr eigenes Verhalten ein positives Vorbild zu sein. Ziel ist es, den Schülern Wissen zu suchtspezifischen Themen zu vermitteln und sie zu befähigen, ihren eigenen Alkoholkonsum kritisch zu überdenken. Die Schulsprecher lernen zudem verschiedene Methoden kennen, mit denen sie ihr eigenes Wissen später auch an die Peer-Gruppe weitergeben können. Durch die intensive Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie dem Jugendamt, dem Gesundheitsamt, der Polizei sowie freien Trägern der Jugendarbeit lernen die Schüler außerdem unterschiedlichste Freizeit- und Hilfeangebote der Region kennen.

#### **Hessen:**

##### **Schulische Suchtprävention**

Im vergangenen Jahr standen in der schulischen Suchtprävention in Hessen die Problematik des Alkoholmissbrauchs und die missbräuchliche Nutzung des Internets (insbesondere in Form von Online-Spielsucht, Abhängigkeitsentwicklungen im Zusammenhang mit neuen Medien, Cybermobbing) sowie gewaltpräventive Aspekte wie die Mobbingprävention und -intervention im Vordergrund. Auf Grundlage der „Weilburger Erklärung“ von 1997 setzen sich Kultusministerium und Sozialministerium

gemeinsam für die Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen ein. Die Fachberatungen für Suchtprävention auf der Ebene der staatlichen Schulämter kooperieren seit Jahren erfolgreich mit den Fachstellen für Suchtprävention bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Die Kooperation umfasst Programme wie FreD („Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“), HaLT („Hart am Limit“ – Interventionsprogramm für alkoholauffällige Jugendliche) sowie verschiedene präventive Informationsprogramme, insbesondere zu Alkohol und Nikotin. Die bestehende Kooperation wurde im Jahr 2012 fortgesetzt. Es entstanden neue Kooperationen auf Ebene der Schulen und regionalen Fachstellen.

An den Nichtraucherwettbewerben „Be Smart – Don’t Start“ (siehe C 1.2.2.3) des IFT-Nord und „rauchfreie Klasse“ beteiligten sich im Jahr 2012 rund 500 hessische Schulen. Viele Schulen nahmen an weiteren Wettbewerben, Parcours und Programmen zur Suchtprävention teil. Insgesamt 132 Schulen (Stand: Oktober 2012) haben mittlerweile im Arbeitsfeld Schule & Gesundheit des Hessischen Kultusministeriums das Teilzertifikat „Sucht- und Gewaltprävention“ erworben. Zu den aktuellen Aufgaben gehört es, die schulrechtlichen Grundlagen im Arbeitsbereich Suchtprävention zu aktualisieren, die schulische Suchtprävention stärker mit der schulischen Gewaltprävention (vor allem im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Primärprävention und Mobbingbekämpfung) zu verzahnen sowie wirksamere Maßnahmen gegen den (exzessiven) Alkoholkonsum zu entwickeln.

### 1.1.2 Kinder aus suchtbelasteten Familien

In Deutschland leben ca. 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche in einer Familie mit suchtkranken Eltern. Bei etwa 30.000 Kindern handelt es sich dabei um Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind. Mehr als 30 Prozent der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst suchtkrank – und das meistens sehr früh in ihrem Leben. Aber nicht nur die Suchterkrankung ist in diesen Familien problematisch, durch die frühe Einnahme einer Erwachsenenrolle wird diesen Kindern zumindest ein Teil ihrer Kindheit genommen. Da eine Sucht noch immer eine stigmatisierte Krankheit ist, fällt es allen Betroffenen schwer, ihr Suchtproblem zu offenbaren. Auch die nicht betroffenen Kinder oder Ehepartner in diesen Familien bemühen sich meist, nach außen den Eindruck einer „heilen Welt“ zu vermitteln. Dies führt dazu, dass die Kinder oft keine angemessene Hilfe und Unterstützung von außen bekommen. Für Kinder aus suchtbelasteten Familien bedeutet die Sucht der Eltern ein großes entwicklungspsychologisches Risiko. Spezialisierte Projekte, wie sie im Folgenden exemplarisch beschrieben werden, bringen diesen Kindern und Jugendlichen eine deutliche Verbesserung für ihre individuelle Entwicklung.

#### 1.1.2.1 Modellprojekt „Trampolin“

Kinder aus Familien mit suchtkranken Eltern werden in Deutschland bisher noch zu wenig durch Präventionsprogramme erreicht. In dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekt „Trampolin“ (Laufzeit: Oktober 2008 bis März 2012) wurde 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 ein modulares Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickelt und mit einem ähnlichen Gruppenangebot („Hüpfburg“) verglichen. Im ressourcenorientierten und abwechslungsreichen „Trampolin“-Programm wurden im Rahmen von neun Kindermodulen und zwei Elternmodulen die elterliche Sucht und der Umgang damit thematisiert. Die wissenschaftliche Begleitfor-

schung an 218 Kindern zeigte, dass die Kinder in vielfältigen Bereichen wie der Stressbewältigung, der psychischen Belastung durch die elterliche Sucht, dem psychischen Wohlbefinden und dem Selbstkonzept von der Teilnahme an dem Projekt profitierten. Das Manual zur Durchführung von „Trampolin“ erschien Anfang 2013 im Hogrefe Verlag. Im Land Niedersachsen lief im ersten Halbjahr 2013 bereits ein flächendeckendes Implementierungsprojekt mit Mitteln der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) an. Aufgrund der großen Nachfrage wird es darüber hinaus zukünftig weitere Schulungstermine geben, die seit Mitte Januar 2013 laufend auf der Internetseite des Projekts veröffentlicht werden.

[www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de)

#### 1.1.2.2 Beispielprojekte aus Ländern und Verbänden

##### Caritas:

##### **Projekt „WIESEL – Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien und Lebensgemeinschaften“**

Das Projekt „WIESEL – Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien und Lebensgemeinschaften“ gehört zum Fachbereich Prävention und Frühintervention innerhalb des Beratungs- und Behandlungszentrums der Caritas Schaumberg-Blies e.V. Als Projekt wurde es über drei Jahre von der Aktion Mensch gefördert; seit 2012 stellt es ein Angebot der Regelförderung in den beiden saarländischen Landkreisen Neunkirchen und St. Wendel dar.

Forschungsergebnisse und Praxis haben gezeigt, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien eine heterogene Gruppe darstellen. Dies betrifft u. a. die familiären Konstellationen, die Suchtgeschichte und Persönlichkeit der betroffenen Elternteile sowie den sozioökonomischen Status. Unterschiede lassen sich auch in der Art und Weise feststellen, wie die Kinder und Jugendlichen auf die Belastung reagieren: mit (Nicht-)Verständnis der Erkrankung und ihrer Auswirkungen und indem sie Widerstandskräfte oder aber eigene Verhaltensauffälligkeiten entwickeln. Entsprechend

unterschiedlich sind auch die Anliegen und Bedarfe der Eltern, Kinder und Fachkräfte, die das Hilfeangebot des Projekts nutzen, was ein differenziertes Vorgehen erfordert. Die 13-jährige Tochter aus substituiertem Haushalt, die bereits eine deutliche Einschränkung in ihrer Empathiefähigkeit zeigt, verlangt eine andere Form der Begegnung als ein männliches Geschwisterpärchen aus großbürgerlichem Haushalt, das die Abhängigkeit des Vaters intellektuell begreifen möchte. Eine Mutter sucht nach Material, um ihrem fünfjährigen Kind die pathologische Glücksspielsucht des Vaters und dessen Gefängnisaufenthalt altersgerecht zu vermitteln.

Die Maßnahmen beinhalten fortlaufende altershomogene Kinder- und Jugendgruppen, in denen relevante Themen wie Gefühle, Sucht und die Rollen innerhalb der Familie aufgegriffen werden. Erlebnis- und spielorientierte Einheiten sorgen dabei für den nötigen Ausgleich. In Kleinstgruppen (ggf. Geschwistergruppen) können sich Kinder über einen Zeitraum von drei Monaten intensiv mit ihrer Situation auseinandersetzen. Weiterhin werden Einzelberatungen für Jugendliche und Eltern angeboten, in denen spezifische Problemstellungen und Erziehungsfragen bearbeitet werden können. Eigens konzipierte Elternkurse bzw. Wochenendseminare für suchtbelastete Familien, Fallberatungen für Fachkräfte aus dem Kinder- und Jugendhilfebereich sowie die Entwicklung von individuell zugeschnittenen Materialien (Puzzle, Memory), um Kinder über die Suchterkrankung ihres Elternteils aufzuklären, vervollständigen das Angebot.

[www.caritas-neunkirchen.de/69397.html](http://www.caritas-neunkirchen.de/69397.html)



## Sachsen:

### Hilfen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien und deren Eltern in Leipzig

Seit dem 1. September 2009 bietet das Zentrum für Drogenhilfe des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig ein in Sachsen bislang einmaliges Angebot der ambulanten Suchtkrankenhilfe an. Seit der Eröffnung des Fachbereichs Familienhilfe integriert das Zentrum die ambulante Suchtkrankenhilfe sowie die Kinder- und Jugendhilfe in einem spezialisierten Angebot. Der Fachbereich bietet Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien sowie deren Eltern spezifische Hilfsangebote an, darunter die Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht, Erziehungsbeistände, das Unterstützungstraining „MUTI!“ für Mütter und Väter, Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien sowie eine Suchtberatung für suchtkranke Mütter und Väter. Darüber hinaus beteiligte sich der Fachbereich Familienhilfe am Modellprojekt „Trampolin“ (siehe C 1.1.2.1).

Zwischen September 2009 und Dezember 2012 wurden im Fachbereich 49 Familien mit insgesamt 94 Kindern beraten, betreut und in weiterführende Hilfen vermittelt. Dabei handelte es sich zumeist um Eltern, die zugleich legale wie illegale Substanzen konsumieren. Seit 2011 ist zudem ein starker Anstieg beim Konsum des Suchtmittels Crystal (Methamphetamine) zu verzeichnen.

[www.sanktgeorg.de/fachbereichfamilienhilfe.html](http://www.sanktgeorg.de/fachbereichfamilienhilfe.html)

### 1.1.3 Prävention für Jugendliche und Jugendschutz

#### 1.1.3.1 Runder Tisch „Jugendschutz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“

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

- Die Einführung von Kassensystemen mit optischen und/oder akustischen Warnfunktionen bei der Abgabe jugendschutzrelevanter Artikel im Einzelhandel dauert an.
- Im Rahmen der Kampagne „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ wurde die Öffentlichkeitsarbeit weiter verstärkt, um eine stärkere Teilnahme an der Verbreitung der Informationsmaterialien zu erreichen.
- In Abstimmung mit den Verbänden von Einzelhandel, Gastronomie und Tankstellengewerbe hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ein Schulungsvideo mit ergänzendem Flyer für Beschäftigte herausgegeben.
- Die Informationen zu jugendschutzrechtlichen Bestimmungen hat das BMFSFJ 2009 auf der Internetseite [www.jugendschutzaktiv.de](http://www.jugendschutzaktiv.de) (siehe C 1.1.3.2) leicht verständlich für interessierte Bürger, Eltern und Jugendliche, aber auch für den Einzelhandel, die Gastronomie und das Veranstaltungsgewerbe zusammengefasst.

#### 1.1.3.2 Nationaler Aktionsplan Jugendschutz

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

Aus diesem Grund hat die Bundesregierung den Nationalen Aktionsplan Jugendschutz gestartet, um die Vernetzung und Kooperation zur Verbesserung des Jugendschutzes vor Ort zu fördern. Unter dem Motto „Jugendschutz aktiv“ wurden in diesem Rahmen vielfältige Projekte des Jugendschutzes auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene durchgeführt. So hat das BMFSFJ die Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit kontinuierlich vorangetrieben, unter anderem durch die seit 2009 freigeschaltete und stetig weiterentwickelte Internetseite [www.jugendschutzaktiv.de](http://www.jugendschutzaktiv.de) für Eltern und Gewerbetreibende. Zudem wurde 2012 mit den Fachtagungen „Jugendschutz aktiv“ eine Plattform zur Vernetzung der aktiven Jugendschützer geschaffen.

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

### 1.1.3.3 Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

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

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

In den Kinos wird eine Auswahl an Spielfilmen gezeigt, die dazu motivieren, sich inhaltlich mit den Themen Rauchen und Alkoholkonsum auseinanderzusetzen und eine kritische Einstellung zu entwickeln. Die Jugend-

lichen können außerdem im Kinofoyer Mitmach-Aktionen besuchen, die spielerisch und interaktiv ausgerichtet sind und von lokalen Fachkräften moderiert werden. Die Lehrer werden vor der Veranstaltung in einem Workshop oder einem „Lehrkräfte-Service“ vorbereitet, um die Themen im Unterricht vor- und nachzubereiten. Allein im Jahr 2012 wurden mit den BZgA-Jugendfilmtagen mehr als 140.000 Teilnehmende erreicht, davon rund 9.000 Lehrer. Zudem wurde erstmals ein Modul zur gezielten Elternarbeit erprobt: Im Rahmen eines „ElternFilmAbends“ wurden ausgewählte Filmausschnitte zum Nikotin- und Alkoholkonsum von Jugendlichen diskutiert. 2013 sollen weitere Projekte zur Elternarbeit erprobt und ausgewertet werden.

[www.rauch-frei.info/events/jugendfilmtage.html](http://www.rauch-frei.info/events/jugendfilmtage.html)

### 1.1.3.4 „KlarSicht“ – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol (BZgA)

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 Schüler im Alter von 12 bis 18 Jahren und ist verknüpft mit den BZgA-Kampagnen „Alkohol? Kenn dein Limit“, „Null Alkohol – Voll Power“ und „rauchfrei“. 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 2012 fanden bundesweit 52 Einsätze des „KlarSicht“-Mitmach-Parcours in Schulen statt. Insgesamt 16.089 Personen nahmen unmittelbar an den Einsätzen teil: 13.826 Schüler, 822 pädagogische Begleitpersonen und Lehrer, 463 örtliche Komoderatoren aus Schulen und Fachstellen, 523 Gäste, 290 Teilnehmer an Pressegesprächen sowie 165 Medienvertreter.

Aufgrund der hohen Nachfrage seitens der Schulen bietet die BZgA den Bundesländern seit mehreren Jahren an, eine eigene Version des Parcours zu entwickeln und zu nutzen. So wird in Schleswig-Holstein seit dem Jahr 2008 ein eigener Parcours angeboten. Seit 2009 gibt es außerdem eine handliche Koffervariante des Mitmach-Parcours. Die Koffervariante wurde 2010 positiv evaluiert und wird den Schulen seit 2012 bundesweit zum Selbstkostenpreis angeboten. Mehr als 185 „KlarSicht-Koffer“ wurden auf diese Weise bereits verteilt. Im Rahmen eines BZgA-Modellprojekts mit Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern wird derzeit außerdem evaluiert, wie die breite Implementierung der Koffervariante noch optimiert werden kann.

[www.klarsicht.bzga.de](http://www.klarsicht.bzga.de)

### 1.1.3.5 Beispielprojekt aus den Ländern

#### Thüringen:

##### „DURCHBLICK“ – der Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol

Der Mitmach-Parcours „DURCHBLICK“ ist in Anlehnung an den „KlarSicht“-Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol der BZgA entstanden (siehe C 1.1.3.4). Die Projektidee zu „DURCHBLICK“ wurde aus dem Landkreis Hildburghausen übernommen, vom Jugendamt des Wartburgkreises in Kooperation mit der Suchtberatungsstelle Kompass der Diako Westthüringen gem. GmbH für den Wartburgkreis und die Stadt Eisenach entwickelt sowie durch eigene Ideen ergänzt. Der Parcours wurde eigens für Schüler der achten Klasse erstellt und soll flächendeckend in der Stadt Eisenach und im Wartburgkreis eingesetzt werden, vor allem in Jugendfreizeiteinrichtungen, Schulen und bei besonderen Veranstaltungen der Region.

Die insgesamt fünf Stationen des Parcours werden durch geschulte Standbetreuer begleitet und moderiert. In Kleingruppen durchlaufen die Schüler jede Station und werden dabei immer wieder gefragt: „Habt ihr den Durchblick?“ Die Schüler setzen sich an den einzelnen Stationen spielerisch mit ihrem Konsumverhalten auseinander. Durch verschiedene Aktionen haben sie die Möglichkeit, selbst aktiv zu werden, auszuprobieren und eigene Erfahrungen einzubringen. Dabei wird zum einen Grundlagenwissen über Alkohol und Tabak vermittelt und zum anderen über die Wirkung sowie die sozialen und gesundheitlichen Folgen von Alkohol- und Tabakkonsum diskutiert. Die Schüler können persönliche Erfahrungen einbringen und sollen so eigene Konsummuster und mögliche Risiken erkennen. Ziel ist es, sie zu einem kritischen und verantwortungsvollen Konsumverhalten zu motivieren.

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

Der Erfolg der Planung, Durchführung und Steuerung geeigneter Suchtpreventionsmaßnahmen vor Ort hängt stets auch davon ab, inwieweit die lokalen Besonderheiten berücksichtigt werden. Je genauer aktuelle Entwicklungen in ihren regionalen Besonderheiten identifiziert werden können, desto größer sind die Aussichten, dort bedarfsorientiert, ressourcenschonend und nachhaltig eingreifen zu können. Auch wenn die vorliegenden epidemiologischen Studien auf der Bundesebene einen unverzichtbaren Beitrag für die Wissenschaft, Politik, Suchtpreventions- und Suchtthilfepaxis leisten, so lassen sich die Bundesdaten nicht ohne Weiteres auf die konkrete Situation in der Region übertragen. Mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat das Büro für Suchtprevention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) die seit 2004 in der Hansestadt etablierten „Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln“ (SCHULBUS) auf ein Tablet-PC-gestütztes Erhebungsverfahren umgestellt. Dieses wird zurzeit in verschiedenen Modellregionen – zwei Gemeinden in Niedersachsen, einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern, einem Landkreis in Schleswig-Holstein sowie in der Großstadt Hamburg – auf seine praxisorientierte Tauglichkeit hin erprobt.

Mithilfe dieser Befragungen sollen nicht nur die aktuellen Suchtmittelkonsummuster von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihrer Quantität erfasst werden. Auch systematische Informationen zu Art und Intensität der Nutzung von Online- und verschiedenen Glücksspielangeboten gilt es zu gewinnen. Bis Ende 2013 sollen detaillierte Erkenntnisse darüber vorliegen, inwieweit die vor Ort erhobenen Daten und ihre Analyse dazu beitragen könnten, die Planungs- und Handlungssicherheit der lokal tätigen Lehrer, der regional zuständigen Suchtpreventionsfachkräfte sowie der kommunalpolitisch verantwortlichen Entscheidungsträger zu steigern. Nach Abschluss der Modellphase

können sich deutsche Städte und Kommunen an das Forscherteam des Hamburger Büros für Suchtprevention wenden und die Durchführung von Regionalerhebungen beantragen.

#### 1.1.4 Auszubildende Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss

Eine abgeschlossene Berufsausbildung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einstieg in das Berufsleben. Allerdings werden 22 Prozent aller Ausbildungsverträge vorzeitig aufgelöst. Bei etwa einem Drittel dieser Fälle wird die Berufsausbildung endgültig abgebrochen und keine neue Berufsausbildung begonnen. Ein möglicher, doch bisher wenig untersuchter Einflussfaktor ist der Suchtmittelkonsum während der Ausbildung.

Im Hinblick auf die Altersgruppe der meisten Auszubildenden ist durchaus davon auszugehen, dass Suchtmittelkonsum in der Ausbildung weit verbreitet ist. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) will daher eine Datenbasis schaffen, die Aussagen über suchtmittelbedingte Probleme bei der Ausbildung ermöglicht. Durchgeführt wird das dreijährige Projekt vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord), das im Rahmen einer Längsschnitt-Beobachtungsstudie folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie verbreitet ist der Substanzkonsum bei Auszubildenden?
- In welchem Zusammenhang stehen Merkmale der Person, Merkmale der Ausbildung, Substanzkonsum und Ausbildungserfolg?
- Welche Bedeutung hat der Konsum von Alkohol und Drogen von Auszubildenden für den Ausbildungserfolg?
- In welchem Ausmaß verändert sich der Substanzkonsum im Verlauf der Ausbildung und von welchen Faktoren ist dies abhängig?
- Welche Ansätze zur Prävention lassen sich ableiten?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird eine Stichprobe von ca. 5.000 Auszubildenden (des dualen

Systems und der vollzeitschulischen Berufsausbildung) aus sieben Bundesländern schriftlich befragt – einmal zu Beginn ihrer Ausbildung und ein weiteres Mal nach etwa 18 Monaten. Nach einer Pilotphase wurde die Eingangsbefragung zwischen September und Dezember 2012 durchgeführt. Neben dem Substanzkonsum werden im Rahmen der Befragung auch verschiedene Merkmale der Person und der Ausbildung als Prädiktoren erfasst, um festzustellen, ob es sich beim Konsum von Alkohol und Drogen um einen unabhängigen Risikofaktor oder um eine vermittelnde Variable handelt. Der Ausbildungserfolg wird vornehmlich über den Verbleib in der Ausbildung gemessen; es sollen aber auch weitere Kriterien des Ausbildungserfolgs wie Zufriedenheit, Leistungsniveau und Konflikthäufigkeit untersucht werden. Zur Ableitung von Präventionsansätzen sollen neben Risikofaktoren auch schützende Faktoren identifiziert werden.

Das Forschungsvorhaben erfolgt in Kooperation mit dem Bundesverband der Lehrerinnen und Lehrer an beruflichen Schulen e.V. (BLBS), der Fachgruppe Berufsbildungsforschung der Universität Bremen (I:BB), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), dem Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen in Schleswig-Holstein (IQSH) sowie der Industrie- und Handelskammer (IHK) zu Kiel und der Handwerkskammer Schleswig-Holstein.

### 1.1.5 Studierende

#### Prävention des Substanzkonsums bei Studierenden

Zahlreiche Präventionsbemühungen zur Vermeidung von schädlichem Substanzkonsum richten sich derzeit an Jugendliche. Dabei gerät leicht in Vergessenheit, dass am häufigsten junge Erwachsene einen riskanten Alkoholkonsum pflegen. Rund 40 Prozent der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren betrinken sich mindestens einmal im Monat. Trotz insgesamt abnehmenden Tabakkonsums ist auch das Rauchen noch weit verbreitet: Mehr als jeder dritte junge Erwachsene raucht. Zudem konsumieren 3 Prozent dieser Altersgruppe regelmäßig Cannabis. Auch wenn der Substanzkonsum in dieser Phase oft noch nicht besorgniserregend

ist, werden hier dennoch Verhaltensweisen zur Gewohnheit, die zu einer späteren Sucht oder zu einem problematischen Konsum führen können.

Das Setting der Schulen ist für Präventionsarbeit bereits gut erschlossen. Im Setting der Hochschulen findet bislang weitaus weniger Gesundheitsförderung und Prävention statt. Dabei gibt es dort mit 2,4 Millionen Studierenden in Deutschland eine zahlenmäßig große Zielgruppe. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bereits 2010 eine Studie gefördert, die die „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“ untersucht hat. Die sogenannte HISBUS-Befragung legte dabei einen besonderen Fokus auf die Verbreitung und die Muster von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch und konnte auf diesem Gebiet eine wesentliche Wissenslücke schließen. Die vorliegenden Ergebnisse können insgesamt als beruhigend bewertet werden. Die große Mehrheit der Studierenden (88 Prozent) hat keine eigene Erfahrung mit dem sogenannten Hirndoping gemacht. Nur etwa 5 Prozent aller Studierenden nehmen Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputschmittel zur Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit ein; fast jeder vierte dieser Studierenden greift hierbei zu Cannabis. Nur 1 Prozent der befragten Studierenden nimmt Mittel zur geistigen Leistungssteigerung häufig ein. Die Ergebnisse der Studie zeigen zugleich, dass empfundene Belastungen durch Leistungsstress eng mit dem Konsum anderer Substanzen (Alkohol, Cannabis, Tabak) verbunden sind.

Aufbauend auf den Ergebnissen der HISBUS-Befragung und einem Expertenworkshop im Mai 2012 hat sich das BMG dazu entschlossen, die Erprobung neuer Ansätze zur selektiven Prävention von Substanzmissbrauch für Studierende im Setting Hochschule zu fördern. Gegenstand der Förderung ist die Konzeption, Implementierung und Evaluation selektiver Präventionsansätze zu riskantem und schädlichem Substanzkonsum an Hochschulen. Ziel der Präventionsmaßnahmen ist es, Studierende, die Alkohol, Tabak, Cannabis oder Medikamente bereits auf riskante oder schädliche Weise konsumieren, zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Die Projekte sind im Frühjahr 2013 gestartet.

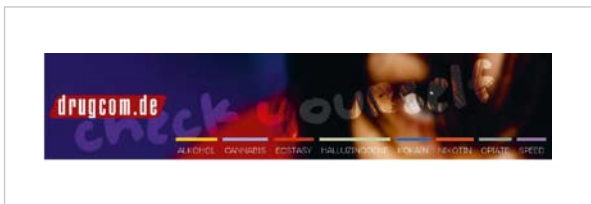


### 1.1.6 Suchtprävention im Internet

#### 1.1.6.1 Internetplattform [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)

Mit der Internetplattform [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 2001 ein umfangreiches Informations- und Beratungsangebot zu legalen und illegalen Drogen bereit. Das Portal bietet insbesondere jungen und bereits suchtmittelkonsumierenden Menschen Informationen zu verschiedenen Drogen. Im Bereich der illegalen Drogen liegt der Schwerpunkt auf Cannabis, da dies die in Deutschland am weitesten verbreitete illegale Droge ist. Im Jahr 2011 wurde der Internetauftritt inhaltlich und gestalterisch komplett überarbeitet und u. a. für das mobile Surfen optimiert. In Videoclips berichten Konsumenten von Cannabis und Partydrogen eindrücklich über ihre Suchterfahrungen. Auf diese Weise gibt die Plattform nicht nur zahlreiche Sachinformationen, sondern spricht junge Menschen nun auch noch direkter und emotionaler an.

Um die Selbstreflexion und eine kritischere Einstellung bei Cannabiskonsumenten zu fördern, bietet die Plattform den Selbsttest „Cannabis-Check“ an. Nutzer

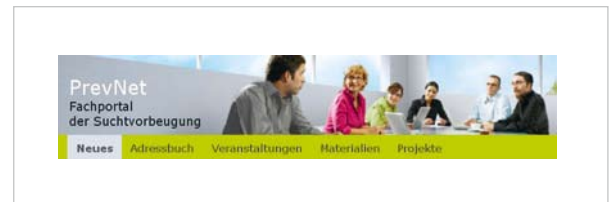


erhalten eine auf ihr Konsummuster individualisierte Rückmeldung und in der Regel die Empfehlung, am wissenschaftlich basierten und mehrfach evaluierten Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ (siehe C 1.2.4.2) teilzunehmen. Mit rund 68.000 Besuchern pro Monat im Jahr 2012 gehört die Internetplattform in Deutschland weiterhin zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich Suchtprävention.

[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)

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

Mit den computer- und internetgestützten Systemen „PrevNet“ und „Dot.sys 3.0“ tragen die BZgA und die Länder seit vielen Jahren wesentlich zur Kooperation und Qualitätsentwicklung in der Suchtprävention bei. Beide Systeme dienen dazu, die Transparenz der bundesweiten Präventionsmaßnahmen zu fördern, qualitätsgesicherte Informationen bereitzustellen und die Vernetzung von Fachkräften bundesweit zu optimieren.



Das Fachportal „PrevNet“ besteht seit 2004 und wird von der BZgA und den Landeskoordinierungsstellen der Suchtprävention aus derzeit 14 Bundesländern durchgeführt. Das Portal bündelt Informationen über Einrichtungen und Akteure, Veranstaltungen, Projekte, Studien und Materialien in der Suchtprävention. Hierfür werden bestehende regionale Netzwerke genutzt und Maßnahmen der Suchtprävention von Bund und Ländern miteinander vernetzt. Nachdem das Portal auch im Jahr 2012 weiter gewachsen ist, sind hier bundesweit derzeit mehr als 900 Einrichtungen und rund 1.400 Mitglieder registriert. Nach einer inhaltlichen und gestalterischen Überarbeitung im Jahr 2012 bietet das Portal den Nutzern nun optimierte Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten.

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

2011 wurden insgesamt 32.095 suchtpreventive Maßnahmen, Projekte und Programme in „Dot.sys“ dokumentiert. 57 Prozent dieser Maßnahmen dienen der universellen Prävention, 17 Prozent der indizierten und 16 Prozent der selektiven Prävention. 54 Prozent der dokumentierten Maßnahmen sind an Endadressaten gerichtet, 40 Prozent an Multiplikatoren. 40 Prozent der dokumentierten Maßnahmen werden, wie schon in den Vorjahren, überwiegend an Schulen durchgeführt. 59 Prozent der Maßnahmen widmen sich einzelnen Substanzen, wobei die meisten der Alkoholprävention (81 Prozent) dienen, gefolgt von der Cannabis- (42 Prozent) und der Tabakprävention (32 Prozent). 18 Prozent der dokumentierten Maßnahmen sind auf Verhaltenssüchte ausgerichtet. Hierbei stehen neben der Prävention der sogenannten Internet- oder Computersucht (11 Prozent) die Glücksspielsuchtprevention (8 Prozent) und die Prävention der Medienabhängigkeit (7 Prozent). Seit 2006 stellt „Dot.sys“ eine wichtige Basis für die Präventionsberichterstattung auf nationaler und internationaler Ebene dar.

[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

[www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)

[www.dotsys-online.de](http://www.dotsys-online.de)

### 1.1.7 Betriebliche Suchtprevention

Der Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen hat wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitswelt, auch wenn die negativen Folgen oftmals unterschätzt werden. Internationale Studien belegen einen Zusammenhang zwischen den Konsumgewohnheiten und -mustern von Alkohol und der Abwesenheit vom Arbeitsplatz sowie Zusammenhänge zwischen riskantem Alkoholkonsum und *Presenteeism* (Produktivitätsverlust durch Anwesenheit bei reduzierter Leistungsfähigkeit). Laut einem Bericht der EU-Kommission sind fast 50 Prozent der europaweit 125 Milliarden Euro sozialer Kosten durch Alkohol auf Produktivitätsverluste in Zusammenhang mit Alkoholkonsum zurückzuführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen und Projekte gefördert, um die Gesundheitsförderung

und speziell die Suchtprevention in Betrieben weiter zu stärken. So fördert das BMG beispielsweise das Projekt „Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpreventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“ (siehe C 1.1.7.2). Ein weiterer Baustein ist die Erforschung der suchtmittelbezogenen Probleme in der Ausbildung (siehe C 1.1.4).

Bislang existieren allerdings nur wenige internationale Untersuchungen, die sich mit der Wirksamkeit von Veränderungen der Arbeits(platz)bedingungen und deren Einfluss auf den riskanten Alkoholkonsum am Arbeitsplatz befassen. Daher fördert das BMG gemeinsam mit der EU das Projekt „European Workplace and Alcohol (EWA) – Nationale Partnerarbeit“ (siehe C 4.1.3). Deutscher Projektpartner ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ziel des Vorhabens ist es, die bestehenden Strategien betrieblicher Suchtprevention zu untersuchen und Strategien zu entwickeln, die hinsichtlich des Alkoholkonsums eine Veränderung des individuellen Verhaltens und des Unternehmensklimas bewirken. Das Projekt wird in Kooperation mit zwölf europäischen Ländern und zahlreichen Unternehmen durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Herbst 2013 vorliegen.

#### 1.1.7.1 „Prev@WORK“

Obwohl der Suchtmittelkonsum in der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen am höchsten ist, ist er in der Ausbildung ein bisher kaum beachtetes Problem. Aus diesem Grund förderte das BMG von März 2011 bis Februar 2012 die bundesweite Verbreitung des Projekts „Prev@WORK“, das von der Fachstelle für Suchtprevention im Land Berlin entwickelt wurde. Ziel des Programms ist die Etablierung der Suchtprevention in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung.

„Prev@WORK“ ist als ganzheitliches Programm konzipiert und basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Den Auszubildenden soll Grundwissen zu den Risiken des Konsums psychoaktiver Substanzen und süchtiger Verhaltensweisen vermittelt werden. Ziel ist es, sie zur Reflexion des eigenen Konsumverhaltens anzuregen, ihre Risikokompetenz zu stärken

und dadurch einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln zu fördern. Die wissenschaftliche Evaluation hat sowohl eine sehr gute Übertragbarkeit als auch die Wirksamkeit des Programms belegt: Bei den Teilnehmenden der Präventionsseminare konnten ein signifikanter Wissenszuwachs und längerfristige Einstellungsänderungen festgestellt werden. Bei der Mehrheit der Auszubildenden hat sich die Aufmerksamkeit bezüglich des eigenen Konsums erhöht. Darüber hinaus betrachten rund zwei Drittel der teilnehmenden Auszubildenden Alkoholkonsum im Betrieb kritischer als vorher.

Nach Abschluss der Modelllaufzeit konnten die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die AOK als weitere Partner gewonnen werden, sodass auch 2013 weitere „Prev@WORK“-Trainer ausgebildet werden können. Bislang fördern die AOK-Landesverbände Nordost (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) sowie Sachsen-Anhalt die nachhaltige Verstetigung des Programms. Mit weiteren Landesverbänden werden diesbezügliche Verhandlungen geführt. Darüber hinaus haben mehrere Betriebe mit der Einführung des Programms begonnen.

#### 1.1.7.2 „Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpreventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“

In größeren Unternehmen ist die Suchtprävention oft Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder der betrieblichen Gesundheitsförderung; hier werden teilweise erhebliche Mittel für betriebliche Maßnahmen investiert. In kleinen Betrieben mit weniger als 50 Beschäftigten und Kleinstbetrieben mit weniger als zehn Beschäftigten sind gesundheitsfördernde Maßnahmen und Suchtprävention dagegen sehr selten. Ziel des Projekts, das 2012 vom RKW Kompetenzzentrum in Eschborn durchgeführt wurde, ist es, mittels einer einjährigen Studie hemmende und fördernde Faktoren von suchtpreventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben systematisch zu erheben und zu bewerten. Basierend auf den so gewonnenen Erkenntnissen sollen Empfehlungen für konkrete Präventionsansätze entwickelt werden. Um ein umfassendes Bild

zu erhalten, werden hierfür mit qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden Unternehmer, Beschäftigte und Experten befragt.

Ergebnisse zeigen, dass Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen bislang kaum eine Rolle spielt und erst bei akutem Problemdruck reagiert wird. Es gibt zwar viele schriftliche Materialien, wie Gesprächsleitfäden für Führungskräfte oder Broschüren für Betroffene. Konkrete Hilfestellungen für kleine Unternehmen stehen jedoch noch nicht zur Verfügung. Ein möglicher Lösungsansatz für diese Problematik könnten regionale Wegweiser mit Beratungsinstitutionen oder Anlaufstellen und Leitfäden sein, die sich mit der Situation in Kleinunternehmen auseinandersetzen. Das Projekt wird 2013 abgeschlossen.

#### 1.1.7.3 Beispiele aus den Verbänden

##### DHS und BARMER GEK

##### Vorbeugen. Helfen. Vernetzen. – Die Internetseite „[www.sucht-am-arbeitsplatz.de](http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de)“

Gemeinsam mit der BARMER GEK hat die DHS im Rahmen des Projekts „Suchtprävention und Selbsthilfe“ die Internetseite [www.sucht-am-arbeitsplatz.de](http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de) ins Leben gerufen. Sie dient der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe und richtet sich dabei an Führungskräfte und Personalverantwortliche, Mitarbeitervertretungen, Suchtbeauftragte, betriebliche Suchtkrankenhelfer sowie an die Betroffenen selbst und deren Kollegen. Neben Hintergrundinformationen zu Suchtmitteln und Suchtverhalten bietet die Seite auch konkrete Orientierungshilfen und praxisorientierte Instrumente. Sie informiert über Vorbeugungsmaßnahmen und zeigt Wege zum professionellen Hilfesystem und zur Selbsthilfe auf. Für den Einsatz in Betrieben sind Gesprächsleitfäden verfügbar sowie Muster für Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen. Weiterführende Literaturhinweise bieten die Möglichkeit, sich mit bestimmten Fragen der Problematik eingehender auseinanderzusetzen.

[www.sucht-am-arbeitsplatz.de](http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de)

### „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI

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

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

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

#### 1.1.8 Suchtprävention in der Bundeswehr

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

Hierbei arbeiten die Dienststellen der Bundeswehr mit dem sogenannten Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr sowie mit zivilen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen zusammen. In diesem Netzwerk werden medizinische, soziale, psychologische, administrative

und seelsorgerische Hilfen dezentral an den Bundeswehrstandorten angeboten. Sanitätsdienst, Sozialdienst, Psychologischer Dienst und Militärseelsorge arbeiten eng zusammen und bieten Soldaten, zivilen Mitarbeitern, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten professionelle Beratung und Unterstützung an.

Die Soldaten werden umfassend über die Thematik aufgeklärt und darüber informiert, dass Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet, sondern konsequent sanktioniert wird. Zu den präventiven Maßnahmen gehören Meldungen, Aktionen, Broschüren, Plakate und Publikationen in digitalen Medien. Sie verdeutlichen die Risiken und Gefahren von Sucht und stärken das Abwehrverhalten. Suchtleitfäden sowie konkrete Dienstvereinbarungen, die zum Beispiel Bestimmungen zum Alkoholverbot während der Dienst-/Arbeitszeit enthalten, ergänzen dieses Angebot. Künftig soll in der Präventionsarbeit zudem stärker auf polyvalente und riskante Konsummuster eingegangen werden, da die Trennung von legalen und illegalen Drogen immer weniger dem realen Konsumverhalten, insbesondere von jungen Erwachsenen, entspricht.

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“.

In Lehrgängen wird dem Führungspersonal Handlungssicherheit im Umgang mit Suchtkranken vermittelt. Dabei werden auch neue Tendenzen wie etwa pathologischer Internetgebrauch, Spielsucht, Designerdrogen und neue psychoaktive Substanzen thematisiert.

Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den Angehörigen der Bundeswehr deutschlandweit flächendeckend sowie an ausgewählten Auslandsstandorten Beratung und Betreuung in persönlichen Angelegenheiten an. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes der Bundeswehr und des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, sodass die Privatsphäre der Ratsuchenden geschützt ist. Neben den

persönlichen Beratungsgesprächen bieten die Sozialarbeiter auch Veranstaltungen zu spezifischen Abhängigkeitsthemen an. Des Weiteren sind Truppenpsychologen der Bundeswehr in den Heimatstandorten und im Auslandseinsatz im Sinne der Suchtprävention aktiv. Sie beraten Vorgesetzte, richten Weiterbildungsveranstaltungen zur Suchtprophylaxe aus und bieten Beratungsgespräche an, um auch Rückfällen vorzubeugen.

Mit dem neuen „Rahmenkonzept zum Erhalt und zur Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“, das einen grundsätzlich präventiven Ansatz verfolgt, werden bestehende und neue Maßnahmen, die u. a. auch der Suchtprävention dienen, prozessbezogen und zielgruppenorientiert zusammengeführt. Basierend auf bereits bestehenden wissenschaftlich evaluierten Methoden zur Erfassung der psychischen Fitness, werden Screening-Verfahren für die Streitkräfte entwickelt, die zweckgebunden zu bestimmten Zeitpunkten eingesetzt werden, beispielsweise regelmäßig nach einem Auslandseinsatz. Zudem setzt die Bundeswehr das „Gesetz zur Einführung eines Rauchverbots in Einrichtungen des Bundes und in öffentlichen Verkehrsmitteln“ (2007) umfassend um.

In den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der Meldungen über den Verdacht auf Straftaten und Ordnungswidrigkeiten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in der Bundeswehr kontinuierlich stark zurückgegangen.

[www.suchtpraevention.bundeswehr.de](http://www.suchtpraevention.bundeswehr.de)

### 1.1.9 „Alkoholprävention im öffentlichen Raum“: sechster Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Der Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ wird alle zwei Jahre im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände sowie des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt. Im Jahr 2012 wurde er zum sechsten Mal ausgeschrieben und vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) inhaltlich und organisatorisch betreut. Grundlegendes Ziel des Wettbewerbs ist es, hervorragende

kommunale Aktivitäten und Maßnahmen zur Suchtprävention zu identifizieren, zu prämiieren sowie in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Auf diese Weise sollen die in der kommunalen Suchtprävention Tätigen in ihrer Arbeit gestärkt und zugleich andere Menschen dazu motiviert werden, sich auf ähnliche Art und Weise zu engagieren.



Das Thema des sechsten Bundeswettbewerbs lautet „Alkoholprävention im öffentlichen Raum“: Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit gerät zunehmend in die Kritik, denn nicht selten gehen Alkoholkonsum und Trinkexzesse im öffentlichen Raum mit Lärm, Gewalt und Vandalismus einher und beeinträchtigen damit auch Dritte. Der aktuelle Bundeswettbewerb will Ansätze und Strategien der kommunalen Suchtprävention würdigen, die mit abgestimmten ordnungs-, sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen präventiv auf Alkoholkonsum im öffentlichen Raum einwirken. Gesucht werden Wettbewerbsbeiträge zu allen Bereichen der Alkoholprävention in der Öffentlichkeit – seien es Alkoholverbote im öffentlichen Raum oder etwa Maßnahmen zur Verhinderung des Rauschtrinkens, Fortbildungen für Multiplikatoren, Peer-Education-Maßnahmen, Streetwork, aufsuchende Hilfe oder Dialog- und Mediationsverfahren. Die Wettbewerbsbeiträge können sich dabei differenziert auf besondere Zielgruppen, öffentliche Orte oder Handlungsfelder beziehen.



Bis zum 14. Januar 2013 hatten alle deutschen Städte, Kreise und Gemeinden die Möglichkeit, sich am Wettbewerb zu beteiligen und ihre Beiträge einzureichen. Als Anreiz zur Wettbewerbsteilnahme stellt die BZgA ein Preisgeld von 60.000 Euro zur Verfügung. Zusätzlich lobt der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Wettbewerbs einen Sonderpreis von 10.000 Euro zum Thema „Vorbildliche Regelungen der Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen bei der Alkoholprävention im öffentlichen Raum“ aus. Die Preisverleihung findet am 3. Juni 2013 in Berlin statt. Alle Wettbewerbsbeiträge sowie die Wettbewerbsdokumentation werden im Internet veröffentlicht.

[www.kommunale-suchtpraevention.de](http://www.kommunale-suchtpraevention.de)

#### **1.1.10 Integrationsprojekte für suchtfährdete Migranten**

Das Bundesministerium des Innern (BMI) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördern lokale Maßnahmen zur gesellschaftlichen und sozialen Integration von Zuwanderern. Während das BMI altersunabhängige Integrationsmaßnahmen fördert, unterstützt das BMFSFJ Projekte für junge Menschen bis zum 27. Lebensjahr. Die administrative Umsetzung liegt für beide Zielgruppen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Von den altersunabhängigen Projekten, die im Jahr 2012 durch den Bund gefördert wurden, verfolgen zwei Projekte mit einer Zuwendung von fast 121.000 Euro neben der sozialen Integration auch den speziellen Aspekt der Sucht- und Drogenprävention. Von den Projekten für junge Zuwanderer, die aus BMFSFJ-Mitteln gefördert wurden, haben sich 45 Projekte mit einem Mitteleinsatz von fast 1,9 Millionen Euro der Kriminalitäts- und Suchtprävention verschrieben, davon sieben (Fördervolumen über 341.000 Euro) mit ausdrücklichem Bezug auf Drogenprävention.

Das Beispiel des altersunabhängigen Projekts „GPS – der Wegweiser“ der Diakonie Riesa-Großenhain in Sachsen zeigt, wie Zuwanderer, die durch die Regeldienste nicht erreicht werden, dennoch motiviert werden können, Beratungsstellen aufzusuchen und

Behandlungsangebote zu nutzen. Bewährt hat sich auch die unmittelbare Einbindung von Eltern und Familienangehörigen. Das wird besonders deutlich im Projekt „FES – Familien-Empowerment und Suchtprävention“ in Saarbrücken, das nach dem Motto „Kompetente Eltern – starke Kinder“ arbeitet. Im Bereich der Jugendprojekte stärkt der Internationale Bund in Krefeld mit dem Projekt „Schicksbaum“ die elterliche Kompetenz für Drogenprophylaxe mithilfe von Migrantenorganisationen vor Ort.

Das bundesweite Programm „Integration durch Sport“ des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) wird u. a. wegen der suchtpreventiven Wirkung des Sporttreibens im Verein weiterhin gefördert. Doch auch mit kleineren Projekten vor Ort wie dem Jugendprojekt „STOGG – Stark ohne Gewalt und Drogen“ des Diakonischen Werkes im bayerischen Pocking kann durch integrative Sportangebote und Gruppenarbeit etwas bewirkt werden.

#### **1.1.11 Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) konzentriert sich bei der Primärprävention auf die Förderung des Nichtrauchens sowie auf eine Sensibilisierung für einen verantwortlichen Umgang mit Alkohol. Ziel ist es, tabak- und alkoholbedingte Erkrankungen zu verhindern und in allen Altersgruppen einen gesundheitsgerechten Lebensstil zu fördern. Zielgruppen, Inhalte sowie Qualitätskriterien der Präventionsmaßnahmen für Krankenkassen und Leistungserbringer hat der GKV-Spitzenverband verbindlich in seinem „Leitfaden Prävention“ nach § 20 SGB V festgelegt.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt es vor allem, den Einstieg in den Tabak-, Alkohol- und anderen Drogenkonsum zu verhindern. Erfolg versprechend sind dabei Maßnahmen, die in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen selbst – den sogenannten Settings – durchgeführt werden. Über Setting-Maßnahmen in Schulen und Berufsschulen konnten im Jahr 2011 laut Präventionsbericht 2012 des GKV-Spitzenverbandes, des Medizinischen Dienstes des Spitzenver-

bandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Verbände der Krankenkassen bundesweit unmittelbar 1,2 Millionen Kinder, Jugendliche, pädagogisches Personal und Eltern angesprochen werden. Darüber hinaus wurden indirekt weitere ca. 3,7 Millionen Menschen erreicht. Die Maßnahmen behandelten neben der Suchtthematik in der Regel auch noch andere Inhalte wie Bewegungsförderung, Ernährungsverbesserung und Stressreduktion/Entspannung. Besonders in weiterführenden allgemeinbildenden Schulen widmete sich jedes zweite bis dritte Projekt (auch) der Suchtprävention. Die Maßnahmen umfassten neben substanzspezifischen Angeboten, die insbesondere im Schulalter zum Einsatz kommen, überwiegend auch substanzunspezifische Maßnahmen für jüngere Kinder zur Stärkung der Resilienz und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. Für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum können die Krankenkassen evaluierte verhaltenspräventive Maßnahmen zur Suchtvorbeugung fördern.

Für erwachsene Versicherte bieten die Krankenkassen kognitiv verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnungskurse an. Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum können zudem Kurse wahrnehmen, in denen sie einen gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol erlernen. Insgesamt nahmen im Jahr 2011 knapp 16.000 Versicherte Kurse und Seminare zu diesen Inhalten in Anspruch. Dabei bezogen sich 96 Prozent der Maßnahmen auf den Tabak- und 4 Prozent auf den Alkoholkonsum. 57 Prozent der Teilnehmer waren Frauen.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung beraten die Krankenkassen alle betrieblichen Gruppen – Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Fachkräfte für den Arbeitsschutz und die Beschäftigten selbst – zu allen Fragen, die mit der Tabak- und Alkoholprävention in Zusammenhang stehen. Das Leistungsspektrum reicht von der Aufklärung und Information über die Schulung von Führungskräften bis zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen bzw. zur Vermittlung von Hilfeangeboten für Mitarbeiter in Krisensituationen. Des Weiteren unterstützen die Krankenkassen bei der betrieblichen Alkoholpolitik sowie bei der Vorbereitung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Nichtrauchererschutz.

Laut Präventionsbericht erreichte die krankenkassen-geförderte betriebliche Gesundheitsförderung 2011 über 793.000 Beschäftigte und Führungskräfte. 15 Prozent der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten waren auf den Suchtmittelkonsum ausgerichtet, davon 86 Prozent auf die Förderung des Nichtrauchens.

Präventionsberichte und dazugehörige Tabellenbände: [www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_betriebliche\\_gesundheitsfoerderung/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp)

„Leitfaden Prävention“:

[www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_betriebliche\\_gesundheitsfoerderung/leitfaden\\_praevention/leitfaden\\_praevention.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp)

### 1.1.12 Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtprävention

#### Nordrhein-Westfalen:

##### Kampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“

Die Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ prägt seit vielen Jahren mittels unterschiedlicher Aktivitäten, Aktionen und Materialien das Bild erfolgreicher suchtvorbeugender Arbeit im Land Nordrhein-Westfalen. Ziel der Kampagne ist es, die Gesamtbevölkerung für die tieferen Ursachen von Suchterkrankungen zu sensibilisieren und die Persönlichkeit des Einzelnen zu stärken. Auf diese Weise sollen Missbrauch und die damit verbundene Abhängigkeit von Suchtmitteln verhindert werden. Zudem gilt es, die suchtvorbeugende Arbeit in Nordrhein-Westfalen zu intensivieren.

Die Kampagne richtet sich vor allem an Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren, an ihre Bezugspersonen (Eltern, Erzieher, Lehrer) und Multiplikatoren; einzelne Veranstaltungen richten sich

zudem auch an die Gesamtbevölkerung vor Ort. Im Rahmen der Kampagne werden jährlich etwa fünf bis acht Aktionstage in wechselnden Regionen durchgeführt. In diesem Zusammenhang finden Informationsveranstaltungen statt, bestehende Projekte werden vorgestellt und Maßnahmen zu den Themen Sucht und Suchtprävention initiiert.



Der im Jahr 2012 fertiggestellte Mitmach-Parcours zum Thema Alkohol ermöglicht eine interaktive Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik im Jugendalter. Er ist insbesondere für den Einsatz in Schulen gedacht und kann in Nordrhein-Westfalen in einem festgelegten Umfang kostenfrei genutzt werden. Er richtet sich vornehmlich an Schüler der Jahrgänge 7 bis 9 aller Schulformen. Die Schüler sollen zu einem reflektiert-selbstbestimmten Umgang mit Alkohol gelangen und sich so wenig wie möglich von negativen sozialen Einflüssen wie Gruppendruck oder aggressiver Werbung beeindrucken lassen. Als Erweiterung wird ein Elternabend samt Anwendung des Parcours angeboten, der dazu anregt, sich mit der Thematik „Alkohol in der Familie“ auseinanderzusetzen.

#### Rheinland-Pfalz:

##### Zielgruppenorientierte Online-Fortbildungen in der Suchtprävention

Das Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) bietet im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie seit einigen Jahren

Online-Fortbildungen im Bereich des Gesundheitswesens und insbesondere der Suchtprävention an.

Thematische Schwerpunkte innerhalb der Suchtprävention sind bisher die Prävention des Alkoholmissbrauchs im Rahmen der landesweiten Kampagne „Mach dir nix vor!“, die Glücksspielsuchtprävention sowie die Medienkompetenzförderung. Die Online-Fortbildungen sollen die personalkommunikativen Fortbildungen und Seminare nicht ersetzen, sondern stellen eine effektive Ergänzung dar. So können auf digitalem Weg Zielgruppen erreicht werden, die sonst weniger im Fokus suchtpreventiver Maßnahmen stehen oder die (zum Beispiel aufgrund von Schichtdienst) Schwierigkeiten haben, an Personalschulungen teilzunehmen. Hierzu zählen beispielsweise Hebammen, Auszubildende oder Ausschankpersonal von Weinfesten. Der Vorteil des E-Learning besteht darin, dass es zeit- und ortsunabhängiges Arbeiten und Lernen ermöglicht. Dies ist gerade in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz von Bedeutung. Die Auswertungen zeigen, dass Teilnehmende gerade auch die Anonymität des Internets schätzen und nutzen, um sich mit suchtpreventiven Themen auseinanderzusetzen.

Im Jahr 2012 haben rund 6.500 Personen an den unterschiedlichen Online-Fortbildungen der LZG teilgenommen. Alle Teilnehmer erhalten nach Absolvieren eines Kurses eine Teilnahmebescheinigung und geben Rückmeldungen zu den Angeboten, die dann der effektiven Weiterentwicklung dienen. Alle Kursangebote sind unter [www.elearning.lzg-rlp.de](http://www.elearning.lzg-rlp.de) zu finden.

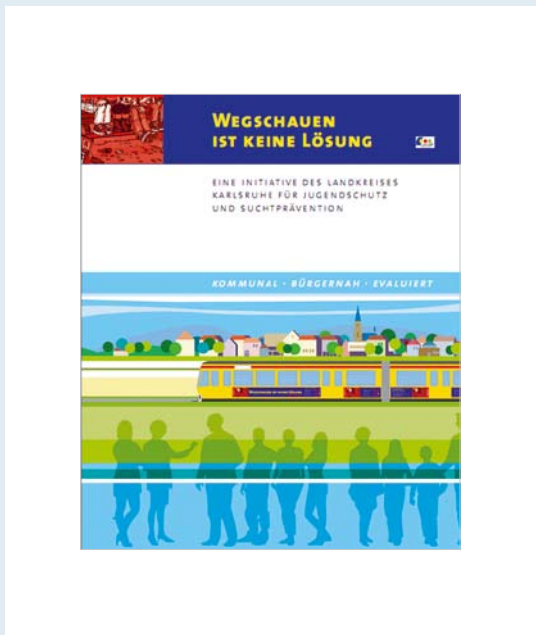
#### Baden-Württemberg:

##### „Wegschauen ist keine Lösung“ – ein Programm zur Reduktion des Suchtmittelmissbrauchs bei jungen Menschen

Die Rahmeninitiative „Wegschauen ist keine Lösung“ ist ein Projekt zur Suchtprävention im Landkreis Karlsruhe. Sie verfolgt das Ziel, Suchtvorbeugung auf kommunaler Ebene nachhaltig zu gestalten und zu



verankern. So sollen Städte und Gemeinden langfristig dazu befähigt werden, weitgehend eigenverantwortlich Suchtvorbeugung zu organisieren.



Die Initiative richtet sich vor allem an Kinder und Jugendliche in der Pubertät und Adoleszenz. Damit sie erfolgreich ist, werden auch die Verantwortungsträger, darunter Eltern, Schulen, Vereine, Polizei und Kommunalverwaltung, miteinbezogen. Zu den spezifischen Zielen der Initiative gehören u. a. die Entwicklung einer Jugendschutzkultur vor Ort, das Einhalten der Jugendschutzbestimmungen, eine erschwerte Erreichbarkeit von Alkohol für Teenager und die Reduzierung des Konsums von Alkohol und illegalen Suchtmitteln. Dadurch sollen auch mögliche Konsumfolgen wie Vergiftung, Vandalismus, Gewalt und Unfälle vermindert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, werden sowohl professionelle Akteure vor Ort als auch ehrenamtlich engagierte Bürger systematisch miteinbezogen. Eine weitere Maßnahme ist der Peer-to-Peer-Ansatz unter dem Motto „Suchtvorbeugung auf Augenhöhe“. Hierbei sollen die Schüler selbst aktiv werden und die Schulleitung bei selektiven Präventionsmaßnahmen

unterstützen. In diesem Rahmen werden derzeit über 90 Jugendliche an neun Schulen von den Akteuren der Initiative ausgebildet.

Bereits 2003 erhielt der Landkreis Karlsruhe für die Initiative den Sonderpreis der gesetzlichen Krankenkassen und gehörte im Jahr 2004 zu den Preisträgern der Bodensee-Konferenz. 2011 wurde die Initiative vom Institut für Therapieforschung München (IFT) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit positiv evaluiert: So wurden im Landkreis Karlsruhe beispielsweise ein geringerer Konsum sowie weniger Vandalismus verzeichnet.

#### Mecklenburg-Vorpommern:

##### „Regionale Suchtprävention in Mecklenburg-Vorpommern – gemeinsam stärken“

2012 wurde mit dem Projekt „Regionale Suchtprävention in Mecklenburg-Vorpommern – gemeinsam stärken“ begonnen, die Erfahrungen und Netzwerke des Projekts „Hart am Limit“ (HaLT, siehe C 1.2.1.4) auf alle Landkreise und kreisfreien Städte zu übertragen. Im Rahmen des Projekts werden unter Koordination der Landesstelle für Suchtvorbeugung Mecklenburg-Vorpommern (LAKOST) regionale Fachkräfte für Suchtprävention in mehreren Modulen fortgebildet. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben insgesamt 24 regionale Suchtpräventionsfachkräfte gemeldet, welche die Fortbildung durchlaufen. Die Fachkräfte sind in den Suchtberatungsstellen tätig und damit nachhaltig angebunden.

Für das Projekt werden die vorhandenen Strukturen und Erfahrungen von HaLT genutzt und ausgebaut. So beschränkt sich das Projekt nicht nur auf die Suchtprävention bei Alkohol, sondern bezieht auch andere Suchtformen mit ein. Im Rahmen des Projekts erfolgt eine Bestandsaufnahme der regionalen Suchtprävention und der Beratungsangebote für Jugendliche. Zudem werden die konkreten Präventionsbedarfe und ihre Verankerung im regionalen Raum ermittelt. Ziel ist es, neue Zugangswege zu erschließen.

ßen sowie neue Kooperationsformen zum Aufbau einer jugendgerechten Beratung zu entwickeln.  
<http://lakost-mv.de/projekte/regionale-suchtpraev-ent-mv-gemeinsam-staerken/39>



### 1.1.13 Beispielprojekte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

#### Suchtprävention bei der AOK Baden-Württemberg

Die AOK Baden-Württemberg fördert bereits seit 1992 die Arbeit der Suchtprophylaxebeauftragten und der kommunalen Suchtbeauftragten in Baden-Württemberg und setzt damit auf deren langjährige Erfahrungen in der lokalen Suchtprävention. Sie unterstützt spezielle Projekte und Programme zur Suchtprävention und trägt damit zu einem flächendeckenden Angebot in den Kommunen und Städten bei. Ergänzt wird diese Förderung durch eine individuelle Unterstützung für Kinder und Jugendliche in Programmen und Projekten gegen den Alkoholmissbrauch, darunter auch das Projekt „Hart am Limit“ (HaLT, siehe C 1.2.1.4). Außerdem unterstützt die AOK Baden-Württemberg bereits seit acht Jahren die Durchführung und Umsetzung des erfolgreichen Nichtraucherwettbewerbs „Be Smart – Don’t Start“ (siehe C 1.2.2.3). Individuelle Angebote zur Suchtprävention, zum Beispiel zur Raucherentwöhnung, werden über die AOK-Gesundheitsangebote, auf der Homepage der AOK ([www.aok-bw.de](http://www.aok-bw.de)) oder im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements angeboten.

#### AOK Rheinland/Hamburg:

##### „Weniger ist mehr“

In Kooperation mit dem SuchtPräventionsZentrum (SPZ) des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung in Hamburg (LI) bietet die AOK Rheinland/Hamburg seit 2012 das suchtpreventive Angebot „Weniger ist mehr“ an. Diese Maßnahme richtet sich ausschließlich an Schüler ab der neunten Jahrgangsstufe, an deren Schule bereits andere suchtpreventive Aktivitäten durchgeführt werden. Ziel des Angebots ist es, Jugendlichen ihren Umgang mit Suchtmitteln bewusster zu machen und sie in ihrem eigenverantwortlichen suchtmittelfreien Handeln zu stärken. Hierfür wird mit den teilnehmenden Jugendlichen vereinbart, dass sie während des Projekts zeitlich begrenzt und willentlich auf ein Konsummittel verzichten bzw. den Konsum reduzieren. Dabei zeigt sich, dass viele Teilnehmer auf das Suchtmittel Alkohol verzichten. Des Weiteren probieren die Jugendlichen alternative Verhaltensweisen aus, die ihr Verhaltensrepertoire auch nach der Abstinenzzeit erweitern. Das von der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung (KOSS) in Schleswig-Holstein entwickelte Angebot wurde wissenschaftlich evaluiert und wird aufgrund der hohen Akzeptanz und der guten Erfahrungen im Jahr 2013 auf weitere Hamburger Schulen ausgeweitet.

[www.li-hamburg.de/spz](http://www.li-hamburg.de/spz)

### 1.1.14 Präventionsforschung im Bundesministerium für Bildung und Forschung

In dem Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Forschung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei kooperiert es eng mit Anbietern und Trägern von Präventionsmaßnahmen. In dem Vorhaben werden neue Konzepte und Programme zur Prävention von Krankheiten entwickelt und erprobt. Darüber hinaus werden Qualität und Wirkungsweise von bestehenden Präventionsmaßnahmen untersucht. Auf diese Weise sollen die Entwicklung und

die Identifikation von wirksamen, praxisnahen und gut nutzbaren Präventionsangeboten gefördert werden. Der frühestmögliche Zugang zu wirksamen Maßnahmen für alle Bevölkerungsgruppen wird durch die enge Kooperation zwischen Präventionsanbietern, beispielsweise Krankenkassen, und Forschern gewährleistet.

## 1.2 Suchtstoffspezifische Prävention

### 1.2.1 Alkohol

#### 1.2.1.1 Alkohol in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für sogenannte Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD), d. h. kindliche Fehlbildungen, die keine genetische Ursache haben. Alkohol wirkt auf das ungeborene Kind bereits in kleinen Mengen wie ein Zellgift. Er hemmt das Zellwachstum und führt zu Missbildungen. Vor allem aber schädigt Alkohol die Nervenzellen und das Gehirn.

Die schwerwiegendste Form von FASD ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), dessen Krankheitsbild sich in Form von Wachstumsstörungen, körperlichen Missbildungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen äußert. Nach Schätzungen sind etwa 2.000 bis 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen. Insgesamt leiden aber noch deutlich mehr Kinder in Deutschland an FASD, die sich in emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Auffälligkeit in der Schule äußern.

##### 1.2.1.1.1 Aufkleber im Mutterpass

Die deutsche Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung „IN FORM“ hat gemeinsam mit dem Deutschen Hebammenverband e.V. und dem Berufsverband der Frauenärzte e.V., unterstützt durch den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., zwei Aufkleber („Mama, das wünsch' ich mir von Dir!“) für den Mutterpass und das Kinder-Untersuchungsheft entwickelt. Diese Aufkleber warnen u. a. vor Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit. Die Aufkleber sind grafisch ansprechend gestaltet und transportieren die wichtigsten gesund-

heitspräventiven Botschaften in einfacher und klarer Sprache. Die Aufkleber können über den Medienshop des aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e.V. bestellt werden.

[www.aid-medienshop.de](http://www.aid-medienshop.de)

#### 1.2.1.1.2 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 C 1.1.1.1) förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von Anfang März 2011 bis Ende Februar 2012 u. a. das Modellvorhaben „Kugelrund und gesund! – Ein etwas anderer Kochkurs“ der Stadt Offenburg. Im Rahmen eines sechswöchigen Kochkurses, der speziell an die Bedürfnisse von schwangeren Frauen und jungen Müttern angepasst war, wurden Kenntnisse zum Thema „Suchtmittel und Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit“ vermittelt. Ziel der Kurse war es, den Suchtmittelkonsum zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Neben dem gemeinsamen Kochen wurden durch verschiedene Fachreferenten die Themen Alkohol, Ergotherapie, Nikotin, Akupunktur, Naturdrogen und Medikamente vorgestellt und innerhalb der Gruppe in ungezwungener Atmosphäre diskutiert. Außerdem zeigten die Kursleiter Alternativen zum risikoreichen Verhalten auf. Für eine langfristige Unterstützung wurde zudem ein informelles soziales Netzwerk der Teilnehmenden untereinander, aber auch eine Vernetzung mit dem professionellen Bereich aufgebaut. Hierzu gehörte auch die Heranführung der Teilnehmenden an weiterführende Hilfen wie Drogenberatung, Hebammen und Kinderärzte. Die Tatsache, dass die Teilnehmenden diese Hilfen in der Folgezeit auch nutzten, verdeutlicht den Erfolg dieses niedrigschwelligen Zugangswegs zu potenziell betroffenen Frauen.

In einem weiteren Modellprojekt im Rahmen des Förderschwerpunktes ging es darum, die Betreuung von Schwangeren mit Alkohol- und Nikotinkonsum zu verbessern. Hierfür sollten ein Fortbildungs-Curricu-

lum für Gynäkologen erarbeitet sowie eine telefonische Hotline zur Beratung von Ärzten und Schwangeren eingerichtet werden. Das Projekt wurde von April 2011 bis März 2012 vom LVR-Klinikum Essen – Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin durchgeführt. Ziel war es, Gynäkologen darin zu schulen, den Suchtmittelkonsum bei Schwangeren zu erkennen und anzusprechen, um ihn so zu reduzieren bzw. zu beenden. Für die Schulung der Gynäkologen wurde eine dreistündige Fortbildungsveranstaltung konzipiert. Die Veranstaltung vermittelte Informationen zu den Risiken des Alkoholkonsums und Rauchens in der Schwangerschaft sowie zu Screening-Instrumenten zum Rauchen bzw. zu alkoholbezogenen Störungen. Sie gab außerdem einen Überblick über die Möglichkeiten der aktuellen suchtmmedizinischen Therapie. Projektbegleitend wurden Aufklärungsflyer für Betroffene an Essener Apotheken und Gynäkologen versandt und das Projekt bei der wichtigsten Jahrestagung des lokalen Hilfesystems vorgestellt. Für die Laienöffentlichkeit wurde eine Veranstaltung zum Thema organisiert und eine Hotline für Betroffene und Ärzte eingerichtet. Auf der Grundlage des Projekts konnte zwar eine themenbezogene Zusammenarbeit mit einzelnen Gynäkologen erreicht werden, eine systematische Kooperation der Berufsgruppe der Gynäkologen mit dem Suchthilfesystem existiert jedoch bislang noch nicht.

### 1.2.1.1.3 Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden

#### Bayern:

##### Kampagne „Schwanger? Null Promille!“

Werdende Mütter trifft heute eine Flut von Informationen, Erwartungen und Empfehlungen. Das macht es ihnen nicht immer leicht, unbeschwert durch die Schwangerschaft zu gehen. Manche Frau fühlt sich mit der Verantwortung für ihr ungeborenes Baby allein gelassen. Die neue bayerische Kampagne „Schwanger? Null Promille!“ zur Prävention von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft fordert daher zur Unterstützung auf: Unterstützung von Vätern, Großeltern, Geschwistern, Arbeitskollegen und Freunden. Sie alle können Frauen darin bestärken, während der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten.



Schwerpunkt der Kampagne, die vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und den 40 Partnern des Präventionspaktes Bayern getragen wird, ist die Webseite [www.schwanger-null-promille.de](http://www.schwanger-null-promille.de). Werdende Mütter und alle, die diese in der Schwangerschaft begleiten, finden hier Informationen, warum für sie das Nichttrinken Sicherheit für ein ganzes Leben bedeutet. Drei junge Frauen berichten in Blogs, wie sie alkoholfrei durch Schwangerschaft und Stillzeit gehen – mit allen Höhen und Tiefen, Glücksgefühlen und schwierigen Situationen; auch über Facebook und Twitter kann man sie begleiten. Wer ganz persönliche Fragen zum Thema hat,

findet auf der Webseite die Kontaktadressen der Schwangerenberatungsstellen in allen bayerischen Landkreisen, ergänzt durch die Möglichkeit der anonymen Online-Beratung der staatlich anerkannten Beratungsstellen. Eine spezielle Rubrik ist den Informationen für Fachleute gewidmet. Für alle, die die Botschaft „Schwanger? Null Promille!“ weitertragen wollen, gibt es zudem Plakate, Postkarten und Gutscheinheftchen zum Ausfüllen – für viele eigene Ideen, die werdenden Müttern guttun.

[www.schwanger-null-promille.de](http://www.schwanger-null-promille.de)

#### Hamburg:

##### **Lina – Schwangerschaft – Kind – Sucht**

Ziel des Projekts ist es, das Zusammenleben von Mutter und Kind bzw. der Familie auch in belasteten Lebenssituationen zu ermöglichen. Insbesondere Familien, in denen ein erhöhtes Suchtrisiko besteht, sollen zukünftig frühzeitig angesprochen werden – möglichst schon während der Schwangerschaft. Aus diesem Grund haben Experten aus Suchthilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung eine Rahmenvereinbarung zur Kooperation entwickelt. Das Projekt basiert auf eben dieser Vereinbarung für suchtgefährdete und -belastete schwangere Frauen und Mütter mit Kindern bis zu einem Jahr. Es dient der Information und der Vernetzung aller relevanten Einrichtungen und Institutionen. Zu den Zielen auf Fachkräfteebene gehört es, die Zusammenarbeit der beteiligten Arbeitsfelder zu verbessern, eine Kultur des Hinschauens zu fördern, frühzeitigere und effizientere Hilfestellungen zu organisieren. Außerdem soll der Wissensstand verbessert sowie Hilfesysteme vernetzt und dadurch Qualität weiterentwickelt werden.

Um die Umsetzung der vereinbarten Standards zu begleiten und zu unterstützen, wurde extra eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Zentrales Instrument dafür ist das Portal [www.lina-net.de](http://www.lina-net.de), das eine Datenbank der in Hamburg verfügbaren Angebote beinhaltet. Die Angebote können passgenau nach Angebotsform, Zielgruppe und Region abgerufen werden. Die Fachkräfte können auch untereinander

Kontakt aufnehmen und selbst Angebote zur Fortbildung und Beratung abrufen. Jahrestreffen dienen der weiteren Diskussion und dem interdisziplinären und regionalen Austausch.

[www.lina-net.de](http://www.lina-net.de)



#### „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI:

##### „Verantwortung von Anfang an!“

Anfang 2009 erschien die Broschüre „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“. Sie wurde vom „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) mit wissenschaftlicher Unterstützung der FAS-Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Münster entwickelt. Die Broschüre informiert über das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) (siehe C 1.2.1.1) und gibt praktische Tipps, wie Frauen während der Schwangerschaft und Stillzeit konsequent auf alkoholhaltige Getränke verzichten können.

Allein in den Jahren 2011 und 2012 wurde die Broschüre mit einer Auflage von 650.000 Stück über die gynäkologischen Praxen an schwangere Frauen verteilt. Die Praxen wurden zusätzlich mit insgesamt 4.000 Praxispaketen (Plakate und Broschüren) bestückt. Seit Initiativenstart wurden so rund 1,4 Millionen Broschüren an die relevante Zielgruppe verteilt.

Seit Mai 2012 wird die Initiative durch das Falblatt „Was Mädchen über alkoholhaltige Getränke in der Schwangerschaft wissen sollten“ (Auflage: 80.000/2012) ergänzt. Das Falblatt wird in



Kooperation mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF) ([www.aeggf.de](http://www.aeggf.de)) bei Präventionsveranstaltungen für Mädchen und junge Frauen ab zwölf Jahren in Schulen eingesetzt. In diesem Rahmen thematisieren die zurzeit 90 Ärztinnen der ÄGGF die Verantwortung werdender Mütter für die Entwicklung ihres Babys in der Schwangerschaft. Ein Evaluierungsbericht über die Resonanz des Faltblattes durch die ÄGGF wurde im Februar 2013 vorgelegt.

Seit November 2010 ist auch ein begleitender Internetauftritt online, der werdenden Eltern wichtige Informationen sowie praxisnahe Expertentipps zum Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“ gibt. Seit 2012 ist die Präventionsinitiative außerdem mit dem aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V. vernetzt. Mit dem Projekt leistet der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI einen wichtigen Beitrag zur bayerischen Kampagne „Schwanger? Null Promille“, mit der es seit Ende 2012 auch im Internet vernetzt ist.

[www.verantwortung-von-anfang-an.de](http://www.verantwortung-von-anfang-an.de)  
[www.schwanger-null-promille.de](http://www.schwanger-null-promille.de)

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

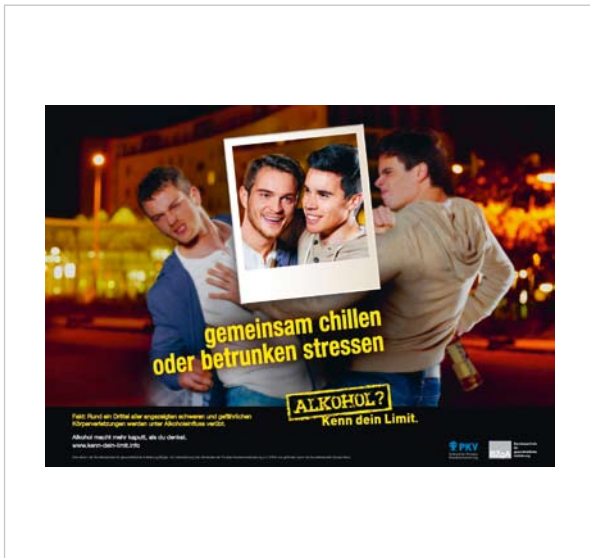
Im Jahr 2009 startete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) die bislang größte deutsche Kampagne zur Prävention von Alkoholmissbrauch: Die Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ richtet sich insbesondere an die Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen und hat zum Ziel, einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern sowie riskante Konsummuster wie das Rauschtrinken zu reduzieren. Die bundesweite Mehrebenenkampagne umfasst massenmediale und personalkommunikative Maßnahmen und konnte durch die starke öffentliche Präsenz innerhalb kurzer Zeit einen hohen Bekanntheitsgrad erreichen. Im Jahr

2011 kannten mehr als 75 Prozent der jugendlichen Zielgruppe den Kampagnenslogan.

#### Massenmediale und direkte Ansprache

Um die Reichweite und Wirkung noch weiter zu steigern, wurde die Kampagne im Jahr 2012 inhaltlich und gestalterisch weiterentwickelt. Mit drei neuen Plakatemotiven, einem neuen Kampagnenspot, der Überarbeitung aller Informationsmedien sowie der Internetplattform [www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info) setzt die Kampagne dabei auf zwei neue Schwerpunktthemen: geschlechtsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum und der Selbstbestimmung. In diesem Rahmen werden die Unterschiede beim Alkoholkonsum zwischen den Geschlechtern stärker in den Blick genommen, wodurch zugleich eine individualisierte Ansprache ermöglicht wird. Wissenschaftliche Studien und Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sich Trinkmuster und -motive sowie die Risiken des Alkoholkonsums zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen unterscheiden. Daher wurden auf der Internetplattform und in den Printmedien neue geschlechtsspezifische Informationsangebote integriert.





Auch die Selbstbestimmung der Jugendlichen beim Alkoholkonsum rückt in der erneuerten Kampagne entsprechend dem Prinzip „Prävention auf Augenhöhe“ stärker in den Vordergrund. Im neuen Kampagnenspot „Entscheidungen“ wird dieser Fokus zum Leitmotiv: Jugendliche sollen in ihrer Entscheidungskompetenz gestärkt werden, indem sie sich mit positiven Rollenmodellen identifizieren. Der Spot ergänzt damit inhaltlich die beiden Kampagnenspots „Disco“ (2009) und „Hausparty“ (2011), die schwerpunktmäßig die negativen Folgen des Rauschtrinkens thematisieren. Mit Spotschaltungen in Kino, TV und Internet wird ebenso wie mit Plakatschaltungen und Anzeigen in jugendaffinen Zeitschriften ein Millionenpublikum erreicht.

Hinsichtlich der persönlichen Ansprache der Jugendlichen setzt die Kampagne auf den Peer-Education-Ansatz. Die Peer-Aktionen wurden im Jahr 2012 weiter ausgebaut: Mehr als 36.000 Jugendliche konnten von speziell geschulten Kampagnen-Peers erreicht werden. Hierbei handelt es sich um junge Leute im Alter von 18 bis 24 Jahren, die mit den Jugendlichen auf Augenhöhe über das Thema Alkohol reden und sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren sollen. Die Peer-Aktionen werden ganzjährig deutschlandweit durchgeführt, so zum Beispiel auf Musikfestivals, Sportveranstaltungen, Stadtfesten und in Urlaubsregionen.

In den Schulen ist die Kampagne über die BZgA-Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und den interaktiven BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Tabak und Alkohol (siehe C 1.1.3.3 und C 1.1.3.4) präsent. Im Jahr 2012 wurden so rund 27.500 Schüler und etwa 1.700 Multiplikatoren persönlich erreicht. In Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) war die Kampagne 2012 erneut auf den „Festivals des Sports“ vertreten. An insgesamt 19 Veranstaltungstagen in acht Städten waren insgesamt 203.000 Besucher vor Ort, von denen eine große Zahl auch das Kampagnen-Event-Areal „Alkohol? Kenn dein Limit.“ besuchte.

Zum Weltdrogentag 2012 stellte die Kampagne in Köln erstmalig die neue Open-Air-Aktion „Glasklar statt benebelt“ vor. Diese personalkommunikative Maßnahme besteht aus einem Aktionsareal mit überdimensionalen Bier-, Schnaps- und Sektgläsern sowie einem Rauschbrillenparcours. Jugendliche können sich in Gesprächen rund um das Thema Alkohol informieren und interaktiv nacherleben, welche Risiken mit Alkohol verbunden sind.



Zentrales Informationsmedium der Kampagne – und Verbindungsglied zwischen Massen- und Personalkommunikation – ist das Internetportal [www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info), das mit durchschnittlich 58.000 Besuchern pro Monat eine sehr hohe Reichweite hat. Das Portal umfasst neben detaillierten Sachinformationen auch Module wie die Alkohol-Bodymap, den Alkohol-Einhei-



tenrechner und den Alkohol-Kalorienzähler, die interaktiv zu nutzen sind. Besonders beliebt ist der Selbsttest „Check Your Drinking“, bei dem Nutzer ein individuelles Feedback zu ihrem Konsumverhalten bekommen und anschließend die Möglichkeit erhalten, am Online-Verhaltensänderungsprogramm „Change Your Drinking“ teilzunehmen.

Ergänzt wird das Internetportal durch eine eigene Fanseite auf Facebook. 2012 ist die Zahl der Kampagnenfans auf Facebook auf über 150.000 angestiegen. Sie hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt. Die Fans sind mehrheitlich zwischen 16 und 24 Jahre alt. Eine erstmalig durchgeführte Effektstudie zur Facebook-Fanseite hat gezeigt, dass die Fans insbesondere kommentierende Beiträge auf der Pinnwand verfassen und lesen. Sie werden daneben aber auch angeregt, weitere Online-Angebote der Kampagne wie Internetportal, Selbsttests und interaktive Programme zu nutzen.

Als besondere Maßnahme wurde im Jahr 2012 im Rahmen der Kampagne erstmalig der „Bundeswettbewerb Alkoholprävention“ initiiert. Mehr als 75 Wettbewerbsbeiträge gingen bis Ende August 2012 unter dem Motto „Innovative Projekte umsetzen – nachhaltig wirken“ ein. Von ihnen konnten 14 Projekte nominiert werden. Die Preisverleihung fand am 20. Februar 2013 in Berlin statt.

[www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info)

[www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit](https://www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit)

[www.bundeswettbewerb-alkoholpraevention.de](http://www.bundeswettbewerb-alkoholpraevention.de)

### 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 eines hohen Alkoholkonsums sensibilisiert. Die Kampagne richtet sich besonders an 30- bis 50-Jährige, da diese häufig als Eltern die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen und eine Vorbildrolle einnehmen. Eltern, Schwangere und ihre Partner sowie Multiplikatoren wie Ärzte und Fachärzte sind daher wichtige Zielgruppen der Kampagne. Zu den Zielen der Erwachsenenkampagne gehören:

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



In der Erwachsenenkampagne ist das Internetportal [www.kenn-dein-limit.de](http://www.kenn-dein-limit.de) als niedrigschwelliges Informationsangebot neben den vielfältigen Printmedien und der Infotour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ein zentrales Kampagnenelement. Das Internetportal wurde 2012 um die beiden zielgruppenspezifischen Themenschwerpunkte Schwangerschaft und Stillen erweitert. Pro Monat wurden durchschnittlich etwa 40.000 Besucher registriert. Die durchschnittliche Verweildauer der Besucher lag bei über fünf Minuten, was darauf schließen lässt, dass die Nutzer sich vergleichsweise intensiv mit den Inhalten auseinandersetzen.

Die Printmedien der Kampagne behandeln das Thema „verantwortungsvoller bzw. problematischer Umgang mit Alkohol“ und umfassen auch Leitfäden für Allgemeinmediziner und Fachärzte zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen. Spezielle Materialien richten sich zudem an einzelne Zielgruppen wie Eltern, Schwangere und ihre Partner. 2012 wurde die Broschüre für Schwangere inhaltlich und gestalterisch überarbeitet. Sie liegt nun neu unter dem Titel „Andere Umstände – neue Verantwortung“ vor und wurde 2012 bereits mehr als 100.000 Mal abgerufen.

Die 2011 initiierte bundesweite Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ wurde im Jahr 2012 erfolgreich fortgeführt. Die Tour beinhaltet eine interaktive Ausstellung rund um das Thema Alkohol und ermöglicht den Teilnehmern persönliche Gespräche mit qualifizierten Fachkräften. Insbesondere die multimediale Aufbereitung von Informationen an Multi-Touch-Tischen sowie der Rauschbrillenparcours werden von den Besuchern häufig genutzt. Im Jahr 2012 war die Tour für jeweils zwei bis fünf Tage in neun großen deutschen Städten zu sehen. Insgesamt wurden so 35.000 Menschen erreicht. Auch in Print- und Online-Medien sowie in TV und Hörfunk wurde regional über die Infotour berichtet.

Telefonaktionen mit regionalen Tages- und Wochenzeitungen runden die Öffentlichkeitsarbeit der Kampagne ab: Leser erhalten hierbei die Möglichkeit, dem BZgA-Beratungsteam telefonisch ihre Fragen zum Thema Alkohol zu stellen. Mit einer Gesamtauflagenhöhe von über sechs Millionen wurde mit den Telefonaktionen im Jahr 2012 wieder eine sehr breite Leserschaft erreicht.

[www.kenn-dein-limit.de](http://www.kenn-dein-limit.de)

#### Vorgestellt:

#### Andreas Bosch: Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V.



Das Jahr 1987 war für Andreas Bosch der Wendepunkt: „Es war an der Zeit, ein anderes Leben zu beginnen und mit dem Trinken aufzuhören.“ Er ging in eine Beratungsstelle der Diakonie, machte eine Langzeittherapie und nahm regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe des Freundeskreises

Hersbruck in der Nähe von Nürnberg teil.

Diesen Schritt hat er nie bereut. „Ich führe jetzt das Leben, das ich immer führen wollte, jedoch durch meine Sucht nicht konnte. Ich bin persönlich gereift und auch beruflich dort angekommen, wo ich hin wollte.“

Später engagierte er sich auch überregional bei den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe. Von 2000 bis 2007 war er Sprecher des Arbeitskreises „Junge Menschen und Sucht“ des Bundesverbandes der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. 2005 wurde er dort auch stellvertretender Vorsitzender im geschäftsführenden Vorstand und ist seit 2012 dessen Vorsitzender.

„Schon im Alter von 13 Jahren begann ich, Alkohol zu trinken“, berichtet Bosch. „1987, mit 21 Jahren, wurde ich abstinent. Bei den Freundeskreisen war ich mit Abstand der Jüngste. Auf der Verbandsebene musste ich mir die Anerkennung der anderen erst mal erkämpfen. Hilfreich war dabei, relativ jung schon eine lange Abstinenzzeit erreicht zu haben.“

Der gelernte Maschinenschlosser fand einen Arbeitgeber, der ihn trotz seiner Vorgeschichte aufnahm. Er wurde Hilfsarbeiter, besuchte die Abendschule und schaffte den Sprung in den Beruf. Heute ist er tech-

nischer Geschäftsführer einer Firma für Metallbaukonstruktion.

Durch sein Engagement in der Selbsthilfe möchte er anderen das zurückgeben, was er bekommen hat. Er selbst charakterisiert sein Engagement mit dem Leitspruch „Leben und leben lassen“: „Das bedeutet, immer die nötigen und richtigen Kompromisse einzugehen, die für eine Gemeinschaft erforderlich sind, ohne dass die eigene Persönlichkeit darunter leidet. Für die Freundeskreise bedeutet das auch, dass wir in der Lage sind, die gesellschaftlichen Veränderungen in unseren Verband aufzunehmen, ohne unsere Identität zu verlieren.“

In der Zukunft möchte er sich weiter für die Freundeskreise einsetzen und neue Zugangswege für Menschen entwickeln, die bisher mit Suchtselbsthilfe wenig anfangen konnten.

[www.freundeskreise-sucht.de](http://www.freundeskreise-sucht.de)

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

Im Jahr 2012 startete die BZgA die neue Alkoholpräventionskampagne „Null Alkohol – Voll Power“ für Jugendliche im Alter von 12 bis 15 Jahren. Genau wie die Vorgängerkampagne „NA TOLL!“ hat sie das Ziel, über Alkohol zu informieren und eine kritische Einstellung zum Alkoholkonsum zu fördern. Um den aktuell rückläufigen Alkoholkonsum der Zielgruppe zu unterstützen, sollen dabei vor allem der Erstkonsum hinausgezögert und Nichtkonsumierende gestärkt werden. Die neu ausgerichtete Jugendkampagne spricht Jugendliche massenmedial, aber auch persönlich an. Sie umfasst insbesondere drei Maßnahmenbereiche: Informationsbroschüren, Poster und Anzeigen in jugendaffinen Zeitschriften, die Internetplattform [www.null-alkohol-voll-power.de](http://www.null-alkohol-voll-power.de) sowie Peer-Education im Freizeitbereich.

Im Jahr 2012 wurden das neue Logo, drei Bildmotive und die neue Internetplattform der Jugendkampagne

durch eine Anzeigenschaltung in jugendaffinen Zeitschriften bekannt gemacht. Zudem wurden Informationsmedien und Rezeptheft für alkoholfreie Cocktails neu entwickelt sowie inhaltlich und gestalterisch modern aufbereitet, um so die Jugendlichen noch besser anzusprechen.

Auch das Internetportal als zentrales Element der Kampagnenkommunikation wurde neu gestaltet: Neben umfassenden Informationen und News zum Thema Alkohol sind hier zahlreiche Mitmach-Angebote wie Rätsel, Wissenstests, eine „GeniessBar“ sowie Rezepte für alkoholfreie Cocktails zu finden.



In Schulen erreicht die Kampagne die Jugendlichen persönlich über die BZgA-Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und den BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Nikotin und Alkohol. Im Jahr 2012 wurde außerdem von der BZgA und dem Deutschen Fußballbund (DFB) gemeinsam die Initiative „DOPPELPASS 2020 – Schule und Verein: Ein starkes TEAM!“ (siehe C 1.1.1.4) gestartet. Im Rahmen dieses Wettbewerbs für Schulen und Sportvereine bietet die BZgA-Jugendkampagne „Null Alkohol – Voll Power“ den Lehrkräften der Sekundarstufe I eine kostenlose Aktionsbox, die eine methodisch-didaktische Arbeitshilfe zur Umsetzung des Themas Alkoholprävention sowie weitere Informationsbroschüren, Rätselfolder und Give-aways enthält. Die Materialien können im Schulunterricht oder für Projekttag in Vereinen eingesetzt werden.

Im Freizeitbereich setzt die Kampagne außerdem auf den Peer-Education-Ansatz. Die Peer-Aktionen werden auf Festivals, Sportveranstaltungen, Stadtfesten oder in größeren Einkaufsstraßen durchgeführt. Die „Voll-Power-Peers“ sind junge Erwachsene im Alter von 18 bis 24 Jahren, die speziell geschult werden, um den Jugendlichen Informationen rund um das Thema Alkohol näherzubringen und sie für die Risiken eines erhöhten Alkoholkonsums zu sensibilisieren. 2012 erreichten die „Voll-Power-Peers“ in persönlichen Gesprächen rund 20.000 Jugendliche.

[www.null-alkohol-voll-power.de](http://www.null-alkohol-voll-power.de)



#### 1.2.1.4 „Hart am Limit“ (HaLT) – Verbesserung der HaLT-Brückengespräche

„Hart am Limit“ (HaLT) ist inzwischen in ganz Deutschland zum Markenzeichen eines qualitätsgesicherten Präventionsprojekts zur Verhinderung von jugendlichem Alkoholmissbrauch geworden. Mit strukturellen Maßnahmen und breiten Netzwerken wird dafür gesorgt, dass der Jugendschutz verbessert und präventive Aktivitäten verstärkt werden. Zudem erhalten Jugendliche, die wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden, noch vor Ort eine niedrigschwellige Beratung im Rahmen eines sogenannten Brückengesprächs. In zehn Bundesländern gibt es mittlerweile eigene Landeskoordinationsstellen, die dabei helfen, HaLT in weiteren Gemeinden aufzubauen. In vielen Bundesländern bestehen zudem Rahmenvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen, die eine Teilfinanzierung der Frühinterventionen im Krankenhaus sichern.

Mit dem Brückengespräch werden gezielt Jugendliche mit besonderen Problemen erreicht. Um die maximale Wirkung eines solchen Gesprächs nutzen zu können,

wurde in einem vom BMG geförderten Projekt der Universität Bamberg erprobt, wie die Motive der Jugendlichen zum Rauschtrinken (zum Beispiel mehr Spaß und Kontaktfreude versus Vergessen von Problemen) stärker eingebunden werden können. Dazu wurde eine kurze computergestützte Befragung und motivbasierte Intervention entwickelt, die unmittelbar im Anschluss an das Brückengespräch durchgeführt wurde. Die Studie erfasste vier Wochen nach dem Gespräch, ob seitdem eine Verhaltensänderung stattgefunden hatte. Die Ergebnisse wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen, in der die Jugendlichen nur das allgemeine Erstgespräch am Krankenbett („Brückengespräch“) erhielten.

Ergebnis der Studie ist, dass die Jugendlichen einen Monat nach der Intervention seltener tranken als vor der Intervention, seltener Rauschtrinken praktizierten und weniger häufig betrunken waren. Die Teilnehmer beider beobachteten Gruppen (trinkmotivbasierte Gruppe und Kontrollgruppe) steigerten im Verlauf der Intervention ihre Motivation zur Veränderung ihres Verhaltens: Ihre Motivation zu trinken war zum Follow-up-Zeitpunkt geringer.

Das Brückengespräch im Krankenhaus wurde von der gesamten Stichprobe positiv bewertet. Die Jugendlichen empfanden das Gespräch als hilfreich und hatten das Gefühl, verstanden und ernst genommen zu werden. Eine geschlechtsspezifische Analyse kam zu dem Ergebnis, dass Mädchen der Experimentalgruppe die Anzahl ihrer Trinktage und die Anzahl ihres Rauschtrinkens deutlich stärker reduzierten als die Mädchen der Kontrollgruppe. Bei den Jungen schienen beide Interventionen (motivbasierte Übungen und allgemeine Informationsvermittlung) gleich wirksam zu sein. Die Mädchen der Experimentalgruppe lernten durch die motivbasierten Übungen außerdem besser, wie sie mit Stress und Problemen umgehen können, als die Mädchen der Kontrollgruppe.

Der niedrigschwellige Ansatz der trinkmotivbasierten Intervention war insgesamt sehr effektiv: Alle Konsumparameter wurden signifikant reduziert, die Veränderungsmotivation konnte gesteigert werden und Trinkmotive sowie Alkoholkonsum in trinkmotivrelevanten

Situationen nahmen ab. Dies ist bisher der deutlichste Wirksamkeitsnachweis einer standardisierten HaLT-Intervention.

#### Vorgestellt:

#### Uli Borowka: ehemaliger Profifußballer, Gründer von „Help4Pro“



Ein Profisportler mit einem Alkoholproblem? Es scheint schwer vorstellbar, wie jemand das körperlich schaffen kann. Aber Uli Borowka, Nationalspieler, einer der besten Verteidiger seiner Zeit, zweimal deutscher Meister und DFB-Pokalsieger

sowie Sieger des Europapokals der Pokalsieger, vertrug viel Alkohol und konnte seine Sucht viele Jahre verheimlichen, bis es auffiel.

Im März 1996 hatte er seinen ersten Tiefpunkt erreicht: Sein Verein Werder Bremen hatte ihn wegen seines Alkoholkonsums entlassen. Er hatte im Rausch seine Frau mit dem Kopf an die Wand geschlagen und war daraufhin von ihr und den gemeinsamen Kindern für immer verlassen worden. Trotzdem spielte er weiter Fußball: 1997 wechselte Borowka in die polnische Profiliga zum Verein Widzew Lodz, mit dem er Polnischer Meister wurde. Als der Verein nach einem Jahr wegen seines Alkoholproblems auf eine Vertragsverlängerung verzichtete, beendete Borowka seine aktive Karriere.

Erst im Jahr 2000, als er ganz unten war, schaffte er den Ausstieg: „Am Ende habe ich am Tag einen Kasten Bier, eine Flasche Wodka, eine Flasche Whisky und zum Abschluss noch Magenbitter gesoffen. Das konnte nicht mehr lange gut gehen.“ Zwei seiner Freunde bemerkten seinen desolaten Zustand und vermittelten ihm einen Platz in einer Entzugsklinik, wo er vier Monate blieb. Erst da wurde ihm bewusst, dass

er bereits seit 16 Jahren süchtig war und sein Leben ändern musste.

„Die Therapie hat mir geholfen, mich mit mir und vor allem meinen Gefühlen auseinander zu setzen.“ Seine Therapeuten rieten ihm, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen. Aber das wollte er nicht. Er wollte es allein schaffen – und schaffte es.

Später entschloss sich Borowka, der heute Inhaber einer Sportmarketing-Agentur ist, mit seiner Geschichte an die Öffentlichkeit zu gehen und anderen Suchtkranken Mut zu machen, sich ihrer Sucht zu stellen. Sein Buch „Volle Pulle – Mein Doppelleben als Fußballprofi und Alkoholiker“ fand große Resonanz.

Er gründete „Help4Pro“, um Profisportlern mit Suchtproblemen eine erste anonyme Anlaufstelle zu bieten, um ihren eigenen Weg aus der Sucht zu finden. „Help4Pro“ betreibt Suchtprävention, organisiert Jugendprojekte an Schulen und sensibilisiert junge Leute, die Leistungssport betreiben wollen, für die Gefahren des Alkohols.

„Ich wünsche mir, dass ich mit „Help4Pro“ anderen helfen kann, erst gar nicht in die Suchtspirale zu geraten oder aus ihr herauszufinden“, sagt Borowka. „Die Alkoholkrankheit darf kein Tabu-Thema bleiben! Eine Suchterkrankung sollte innerhalb der Gesellschaft genauso akzeptiert werden wie jede andere chronische Krankheit auch. Wer heute sagt, er sei trockener Alkoholiker, wird angeschaut, als habe er die Pest. Das muss sich ändern. Alkoholranke dürfen nicht als Menschen zweiter Klasse behandelt werden!“

[www.uli-borowka.de](http://www.uli-borowka.de)

[www.help4pro.de](http://www.help4pro.de)



#### 1.2.1.5 Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen

Der riskante Alkoholkonsum und -missbrauch unter Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem. Im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) haben Wissenschaftler untersucht, welche verhaltenspräventiven Maßnahmen in Deutschland durchgeführt und wie diese organisiert und evaluiert werden. Für den Bericht wurden von Dr. Korczak, GP Forschungsgruppe in München, Primärdaten zu in Deutschland durchgeführten Alkoholpräventionsprojekten erhoben. Die Auswertung ergänzt die wissenschaftliche Bewertung (Health Technology Assessment, HTA) verhaltensbezogener Maßnahmen zur Alkoholprävention aus dem Jahr 2011. Darin zeigten die Autoren bereits, dass die internationalen Untersuchungen über die Wirksamkeit von Einzelmaßnahmen zur verhaltensbezogenen Alkoholprävention lückenhaft sind. Die aktuelle Arbeit legt den Schwerpunkt nun auf Projekte in Deutschland, die von zahlreichen verschiedenen Trägern organisiert werden.

Für die Projekterhebung wurden in Abstimmung mit dem BMG Träger und Koordinatoren von Präventionsmaßnahmen in Bund, Ländern und Kommunen identifiziert. Hierfür wurden 256 Akteure erfasst und befragt, von denen 95 (40 Prozent) antworteten. Insgesamt gingen 208 Projektbeschreibungen ein, über 70 Prozent davon waren Einzelnennungen. Dies verdeutlicht die Vielfalt der Präventionsaktivitäten in Deutschland. Während zwar in 98 Projekten die Präventionsmaßnahmen evaluiert werden, finden jedoch nur bei 17 Projekten Ergebnisevaluationen statt. Die Wissenschaftler bemängeln zudem die Qualität der durchgeführten Wirkungsevaluationen, zum Beispiel zu geringe Fallzahlen oder die mangelnde Überprüfung vorab definierter Zielparameter. Nur für zwei Präventionsprojekte sehen sie derzeit die Wirkung als wissenschaftlich belegt an: „Klasse2000“ (C 1.1.1.5) und „Aktion Glasklar“. Im Wesentlichen bestätigen die Wissenschaftler in ihrem Bericht die Schlussfolgerung des vorangegangenen HTA-Berichts, dass in Deutschland die Präventionsforschung noch unzureichend entwickelt und eine bessere Evaluation der Präventionsprojekte notwendig ist.

#### 1.2.1.6 Evaluation der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern

Von August 2010 bis Februar 2011 führte das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Kooperation mit der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung (KOSS) und der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) das vom BMG geförderte Forschungsprojekt „Entwicklung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern bezüglich des Umgangs ihrer Kinder mit alkoholischen Getränken“ durch. Ziel des Projekts war es, für Eltern evidenzbasierte und wissenschaftlich gestützte Regeln zu entwickeln, mit denen sie den risikoarmen Alkoholkonsum ihrer Kinder unterstützen können. Hierbei lag der Schwerpunkt darauf, kurzfristige negative Folgen wie Alkoholvergiftung, Unfälle im Straßenverkehr oder Gewaltausübung unter Alkoholeinfluss zu verhindern. Insgesamt wurden 16 Regeln aufgestellt, die auf lange Sicht einen eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol fördern sollen. Die entwickelten Empfehlungen wurden auch für Suchtfachkräfte aufbereitet und vom BMG als Broschüre veröffentlicht.

Seit Juli 2011 fördert das BMG die Erprobung und Evaluierung des Projekts. Im Rahmen der Erprobung werden Informationsflyer verteilt und Informationsveranstaltungen in Form von Elternabenden in den Klassenstufen 8 bis 10 an allgemeinbildenden Schulen angeboten. Ziel ist es, den positiven elterlichen Einfluss auf das Trinkverhalten ihrer Kinder zu stärken. Mit der Evaluationsstudie sollen die Reichweite und die Akzeptanz der Interventionen Elternabend und Faltblatt sowie die Anwendung der vermittelten Regeln in der Praxis untersucht werden. Das Pilotprojekt soll mit insgesamt 96 Schulklassen in vier Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen, Schleswig-Holstein) durchgeführt werden.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass sowohl die Elternabende als auch die Regeln positiv bewertet werden. Die Eltern fühlen sich im Durchschnitt gut zum Thema Alkohol informiert und schätzen ihren Einfluss auf das Alkoholverhalten ihrer Kinder als groß ein. Die Mehrheit der Eltern wendet

die aufgestellten Regeln an und beurteilt sie als hilfreich. Allerdings zeigen sich zwischen Eltern und Kindern deutliche Unterschiede, was die Anwendung der Regeln und die Wahrnehmung des Alkoholkonsums betrifft. Hier besteht offensichtlich noch Verbesserungsbedarf in der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern.

#### **1.2.1.7 Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen (RiScA)**

Das BMG fördert seit September 2011 eine Studie, die Erkenntnisse zur mittel- und langfristigen gesundheitlichen Entwicklung von Patienten liefern soll, die als Jugendliche wegen einer Alkoholvergiftung behandelt wurden. Das Ziel der Studie besteht darin, ein Instrument zu entwickeln, mit dem die Risiko- und Schutzfaktoren bei dieser Patientengruppe (RiScA) erhoben werden können. Mithilfe des angestrebten RiScA-Fragebogens soll bereits am Krankenbett eine evidenzbasierte und praxistaugliche Entscheidungshilfe dafür gegeben werden, ob eine Kurzintervention wie im Rahmen des Projekts „Hart am Limit“ (HaLT, siehe C 1.2.1.4) ausreicht oder ob intensiverer Beratungsbedarf besteht.

Im prospektiven Studienteil sollen insgesamt 400 Patienten, die wegen einer Alkoholvergiftung behandelt wurden, an neun HaLT-Standorten rekrutiert werden. Diese Patienten werden vor dem HaLT-„Brückengespräch“ mit einem hierfür entwickelten Fragebogen untersucht. Sechs Monate später erfolgt eine telefonische Nachbefragung, um festzustellen, welche der ursprünglich erfragten Informationen den mittelfristigen Verlauf vorhersagen können. Im Dezember 2012 lagen Daten von 120 Jugendlichen vor. Diese sind im Durchschnitt 16,3 Jahre alt und zu 43 Prozent weiblich.

Im zweiten Teilprojekt wird rückblickend die langfristige Entwicklung von betroffenen Patienten untersucht. Hierfür werden insgesamt 2.000 Krankenakten von Patienten analysiert, die als Jugendliche vor 5 bis 12 Jahren alkoholbedingt stationär behandelt wurden. Diese mittlerweile jungen Erwachsenen werden ange-

schrieben und um eine telefonische Befragung gebeten, bei der ihre psychosoziale Situation unter besonderer Berücksichtigung der Suchtentwicklung untersucht wird. Es gilt hierbei zu überprüfen, welche der routinemäßig dokumentierten Informationen mit einer ungünstigen Langzeitentwicklung verknüpft sind und Kinderärzten somit als Warnzeichen dienen können. Eine Auswertung der bisher analysierten Krankenakten zeigt, dass ca. ein Fünftel der Behandlungsfälle ein „atypisches“ Trinkverhalten zeigt. Diese Personen tranken exzessiv Alkohol, um Konflikte zu bewältigen oder obwohl am nächsten Tag ein Schultag war. Vermutlich besteht bei dieser Gruppe ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung.



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

#### Niedersachsen:

##### Jugendliche und Alkohol – Tipps und Infos für Eltern im Internet auf [www.elterninfo-alkohol.de](http://www.elterninfo-alkohol.de)

Die Internetseite [www.elterninfo-alkohol.de](http://www.elterninfo-alkohol.de) wurde von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) mit Unterstützung der Klosterkammer Hannover entwickelt und ist Teil des landes- und bundesweiten Alkoholpräventionsprojekts „Hart am Limit“ (HaLT, siehe C 1.2.1.4). Schirmherrin der Seite ist Aygül Özkan, die frühere niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. Die Seite besteht seit dem Sommer 2012 und bietet Eltern umfangreiche und altersgerechte sachliche Informationen, wie sie mit dem Thema Alkohol in ihrer Familie verantwortungsbewusst umgehen können.



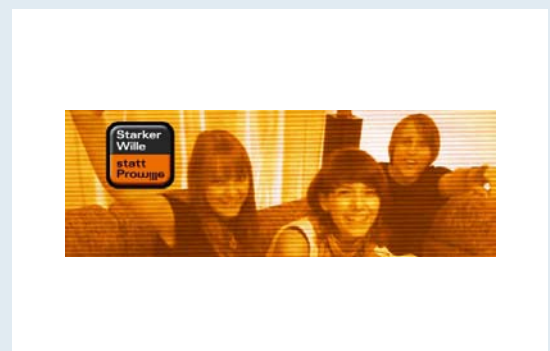
Die Ansprache der Eltern als Bezugs- und Erziehungspersonen bildet einen wichtigen Aspekt in der alkoholpräventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und ist gleichzeitig mit großen Herausforderungen verbunden. Eltern sind häufig verunsichert, wenn ihre Kinder anfangen, Alkohol zu trinken. Häufig wollen und müssen Eltern sich erst einmal selbst eine Meinung bilden, wie sie mit dem beginnenden Alkoholkonsum ihres Kindes umgehen wollen. Die neu entwickelte Internetseite gibt Eltern die Möglichkeit, sich anonym zu informieren, um anschließend angemessen mit dem Thema umgehen und Verantwortung übernehmen zu können sowie eine eindeutige Position zu beziehen.

#### Bayern:

##### „Starker Wille statt Promille“

Das multimediale Projekt „Starker Wille statt Promille“ (SWSP) geht in mehrfacher Hinsicht neue Wege, um Jugendliche und junge Erwachsene zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu motivieren. Interaktive Videoclips von, für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen machen Alkohol zum Thema. Interessierte können entweder vorbereitete Clips anschauen und mit anderen darüber diskutieren oder eigene Videos produzieren, die dann im „SWSP-Kanal“ auf der Internetplattform YouTube veröffentlicht werden. Im Mittelpunkt stehen nicht alkoholbedingte Risiken, zu denen es bereits jede Menge Informationen gibt, sondern vielmehr Entscheidungsprozesse, die dem Alkoholkonsum Jugendlicher vorausgehen: Wie kommt es dazu, wer verhält sich wie, aus welchem Grund und welche Alternativen gibt es? SWSP gibt die Gelegenheit, (selbst-)kritisch zu reflektieren. Das Programm wurde gemeinsam mit Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Multiplikatoren entwickelt und vom Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung koordiniert. Seit Herbst 2012 wird es landesweit in Schulen und Jugendeinrichtungen eingesetzt. Als Hilfestellung für die Arbeit dienen ein Manual und die SWSP-App.

[www.starker-wille-statt-promille.de](http://www.starker-wille-statt-promille.de)



### DAK-Gesundheit:

#### „bunt statt blau“

„bunt statt blau“ setzt auf Kunst und Kreativität gegen das Rauschtrinken. Beim bundesweiten Wettbewerb der Krankenkasse DAK-Gesundheit werden 12- bis 17-jährige Schüler mit ihren Plakaten zu glaubwürdigen Botschaftern gegen Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen. Begleitet wird die Aktion durch gezielte Pressearbeit: Regionale Zahlen über Krankenhausbehandlungen jugendlicher Rauschtrinker verdeutlichen den Sinn von Präventionsprojekten. 2013 findet die Kampagne „bunt statt blau“ zum vierten Mal in Folge statt. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kooperationspartner sind das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) sowie die Band „Luxuslärm“. Das Projekt wird in den Bundesländern von Ministerpräsidenten, Ministern, Landräten, Bürgermeistern und Suchtberatungsstellen unterstützt. Im Jahr 2012 reichten über 15.000 Schüler einzeln oder als Team ihre Kunstwerke ein. Aus den 16 Landessiegern wählte eine Jury vier Bundessieger. Zu gewinnen gibt es Geld- und Sachpreise. Die 16 besten Plakate werden als Wanderausstellung in Schulen oder Rathäusern gezeigt.

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.aktion-glasklar.de](http://www.aktion-glasklar.de) werden Jugendliche informiert und zur Auseinandersetzung mit der Thematik motiviert. Weitere Zielgruppen bzw. Ansprechpartner sind Eltern und erwachsene Bezugspersonen wie Lehrkräfte und Jugendgruppenleiter.

„bunt statt blau“ sorgte 2012 mit rund 2.000 Presseveröffentlichungen für ein breites Medienecho. Der Wettbewerb gehört zu den erfolgreichsten Gesundheitskampagnen in Deutschland. Die Aktion wurde u. a. mit dem Health Media Award 2012 ausgezeichnet und war

2011 für den renommierten Politikaward nominiert.

[www.dak-buntstattblau.de](http://www.dak-buntstattblau.de)

[www.aktion-glasklar.de](http://www.aktion-glasklar.de)



### „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI:

#### „Klartext reden!“ – Initiative zur Alkoholprävention in Familien

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

Die Eltern-Workshops werden bundesweit angeboten und von unabhängigen Sucht- und Präventionsexperten durchgeführt. Sie geben den betroffenen Eltern praktische Tipps, wie sie mit ihren Kindern am besten über das Thema Alkohol sprechen, wie sie

ihnen ein glaubwürdiges Vorbild sein können und wie sie wirksam Grenzen setzen können.

Seit März 2010 können Eltern außerdem auf [www.klartext-elterntraining.de](http://www.klartext-elterntraining.de) an einem Online-Training teilnehmen. Hier erhalten Eltern in vier unterschiedlichen Kursen, die sich nach dem Alter des Kindes richten, individuelle Erziehungstipps. Am Ende eines abschließenden Multiple-Choice-Tests steht den Eltern ein individualisierter Leitfaden zum Download zur Verfügung. Seit 2010 haben über 20.000 Eltern das Online-Training genutzt, das 2012 mithilfe von Schulungsvideos noch nutzerfreundlicher gestaltet wurde. 2012 wurde die nachhaltige Wirksamkeit der Initiative im Rahmen einer zweiteiligen Evaluierung erneut bestätigt. 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 gegenüber 58 Prozent).

Mittlerweile wurde die Initiative auch auf dem Server „Jugendschutz aktiv“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) vernetzt.

Mehr zur Initiative und zu den Evaluierungsberichten: [www.klartext-reden.de](http://www.klartext-reden.de)

Online-Training:  
[www.klartext-elterntraining.de](http://www.klartext-elterntraining.de)

#### „Schulungsinitiative Jugendschutz“ (SchuJu)

Die Präventionsinitiative „Schulungsinitiative Jugendschutz“ (SchuJu) wurde im Oktober 2007 vom „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist es, die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes in Bezug auf die Abgabe von alkoholhaltigen Getränken weiter zu verbessern. SchuJu wird aktuell von 15 Kooperationspartnern aus dem Bereich Handel, Gastronomie und Tankstellen unterstützt (Stand: Februar 2012), weitere Kooperationspartner sollen im Laufe des Jahres 2013 folgen. Darüber hinaus werden die SchuJu-Materia-

lien von der „Polizeilichen Kriminalprävention“ der Länder und des Bundes über derzeit fünf Landeskriminalämter eingesetzt.

Die Initiative wendet sich sowohl an Auszubildende und Mitarbeiter der Branchen Gastronomie, Hotel, Handel und Tankstellen als auch an Lehrkräfte in Berufsschulen und anderen betrieblichen Ausbildungsinstitutionen. Neben Informationsmaterialien wie diversen Schulungsunterlagen und Broschüren ist die „Alterskontrollscheibe“ ein weiterer Bestandteil der Initiative. Mit ihr können Mitarbeiter in Handel, Gastronomie und Tankstellen leicht überprüfen, ob der Kunde die gesetzliche Altersgrenze für den Verkauf von Bier, Wein, Sekt (16 Jahre) oder Spirituosen (18 Jahre) bereits erreicht hat.

Auf der Internetseite [www.schu-ju.de](http://www.schu-ju.de) wird zudem ein 10- bis 15-minütiger Trainingskurs (WBT I) angeboten, der die wichtigsten Inhalte des Jugendschutzgesetzes in Bezug auf alkoholhaltige Getränke behandelt. Bei erfolgreichem Abschluss des zugehörigen Wissenstest können die Teilnehmer ein Zertifikat erlangen. Seit dem 1. Juni 2012 ist zudem ein Aufbaukurs (WBT II) online, der die Inhalte der Einstiegschulung wiederholt und gleichzeitig vertiefende Praxisbeispiele vermittelt. Das internetgestützte Jugendschutztraining (WBT) ist Bestandteil des „Aktionsplans Jugendschutz der Tankstellen“, den die Branchenvertreter im Beisein der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bis 2013 verlängert haben. Die Initiative ist außerdem seit 2011 auf dem Server „Jugendschutz aktiv“ des BMFSFJ vernetzt. Bis Ende 2012 wurden über 124.000 Mitarbeiter aus Handel, Gastronomie und Tankstellen geschult.

[www.schu-ju.de](http://www.schu-ju.de)

### 1.2.1.9 Alkohol und Drogen im Straßenverkehr

Das Fahren unter Alkoholeinfluss ist eine der gefährlichsten Erscheinungen im öffentlichen Straßenverkehr. Die Bundesregierung und der Gesetzgeber bemühen sich daher seit Langem um eine wirksame Bekämpfung dieses Problems – mit Erfolg: Die Entwicklung der Alkoholunfälle im Straßenverkehr ist seit Jahrzehnten rückläufig. Seit 1975 liegen für Deutschland Daten zu Alkoholunfällen mit Personenschaden vor. Mit gewissen Schwankungen ist die Zahl der Unfälle mit Personenschaden bis zum Jahr 2010 kontinuierlich gesunken. Insgesamt verringerte sich die Anzahl seit 1975 von 51.593 auf weniger als 15.000 im Jahr 2010. Die Zahl der bei Alkoholunfällen getöteten Personen sank zwischen 1975 und 2010 von 3.641 auf 342.

Im Jahr 2011 erfolgte im Vergleich zu 2010 ein Anstieg von Unfällen und Getöteten. Dies steht im Zusammenhang mit den extremen und sehr unterschiedlichen Witterungsverhältnissen in den jeweiligen Jahren. Während 2010 vor dem Hintergrund der sehr winterlichen Witterung am Jahresanfang und -ende die Anzahl der Getöteten und Verunglückten sehr niedrig war, zogen die sommerlich trockene Witterung im Frühjahr 2011 und vor allem der trockene Dezember 2011 eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Getöteten und Verunglückten nach sich. Das Jahr 2012 verlief diesbezüglich eher durchschnittlich und zeigte daher wieder zurückgehende Werte. Im Jahr 2012 hat sich der langfristige positive Trend in der Entwicklung des Unfallgeschehens im Straßenverkehr in Deutschland wieder fortgesetzt. So ist auch bei den Alkoholunfällen nach dem Anstieg im Jahr 2011 (2010: -14 Prozent, 2011: +5 Prozent) im Jahr 2012 wieder mit einem leichten Rückgang um etwa 5 Prozent bzw. um ca. 800 Unfälle und damit mit insgesamt ca. 15.000 Alkoholunfällen zu rechnen (Stand: Februar 2013; die tatsächliche Zahl wird erst im Jahr 2013 ermittelt).

Die Entwicklung der Unfallzahlen zeigt, dass sich das gesetzliche Instrumentarium sowie die ergänzenden Bußgeldregelungen bewährt haben. Dies gilt auch für den Bereich der Drogen im Straßenverkehr. Die Normierung eines absoluten Drogenverbots im Straßenverkehrsgesetz war erforderlich und ist derzeit ohne

Alternative. Die Einführung von Gefahrengrenzwerten für illegale Drogen im Straßenverkehr, wie sie für Alkohol bestehen, ist auf absehbare Zeit nicht möglich, weil die „Dosis-/Konzentrations-Wirkungsbeziehungen“ weitgehend unbekannt sind. Nicht allein die festgestellte Substanzmenge im Blut, sondern beispielsweise auch Konsumgewohnheiten und Konsumform haben Einfluss auf die Fahrleistung. Vor diesem Hintergrund wurde mit § 24a Abs. 2 des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) ein umfassendes bußgeldbewehrtes Drogenverbot eingeführt, das auf die Bestimmung von Gefahrengrenzwerten verzichtet.

### Projekt „Plakataktion gegen Alkohol“

Die Landesverkehrswacht Düsseldorf startet auch 2013 das vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) geförderte Projekt „Plakataktion gegen Alkohol“. Hierbei werden für den Herbst/Winter 2013/2014 bundesweit 12.000 Großflächenplakate verteilt. Ziel ist es, eine Vielzahl von Kraftfahrern zu erreichen und daran zu erinnern, vor und beim Führen eines Kraftfahrzeugs nur alkoholfreie Getränke zu sich zu nehmen. Das Projekt soll dazu beitragen, die Alkoholunfälle sowie die Anzahl der damit verbundenen Verletzten und Verkehrstoten zu reduzieren.

### 1.2.1.10 Beispielprojekte aus den Ländern zu Alkohol im Straßenverkehr

#### Hamburg:

##### „Mobil? Aber sicher!“ – Peer-Einsätze an Fahrschulen

„Mobil? Aber sicher!“ ist ein peergestütztes Suchtpräventionsprojekt an Hamburger Fahrschulen. Geschulte Peers führen in den Fahrschulen aufklärende Gespräche über Wirkungen, Motive und Folgen des Alkohol- und Drogenkonsums und verdeutlichen, dass der Konsum mit einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr unvereinbar ist. Die Peer-Erzieher schaffen eine Gesprächsatmosphäre, die einen offenen Austausch über die Erfahrungen und Einstellungen der Fahranwärter ermöglicht. Durch den Peer-Einsatz sollen die Fahranfänger erkennen, welche Auswirkungen Drogen- oder Alkoholfahrten haben können (Unfall, Bußgeld, Führerscheinentzug usw.), und diese mit ihren eigenen Interessen abwägen. Jeden Monat werden ca. 300 Fahranfänger mit der Botschaft der „Punktnüchternheit“ erreicht. Die Einsätze werden systematisch evaluiert. Die Rückmeldungen zeigen, dass das Projekt und seine Botschaften großen Zuspruch finden. Diese Ergebnisse wiederum bestätigen, dass die Bereitschaft zur selbstkritischen Reflexion aktueller Konsummuster und die Offenheit gegenüber möglichen Verhaltensänderungen vor allem dann sehr groß sind, wenn wichtige Ereignisse wie beispielsweise der Erwerb des Führerscheins eintreten. Die Lizenz zum Fahren belegt eine zunehmende Verantwortung für das eigene Handeln, wobei neue Regeln und Fähigkeiten erlernt und angewendet werden müssen, um sich sicher und rücksichtsvoll im Straßenverkehr zu bewegen. Gemeinsam mit den Peer-Erziehern werden Strategien erarbeitet, mit denen eigene, aber auch Rauschfahrten von Freunden vermieden werden können.

Im Rahmen des Projekts finden mit zahlreichen Kooperationspartnern regelmäßig Aktionstage statt, bei denen die Öffentlichkeit für die Themen Verkehrssicherheit, Suchtprävention und Peer-Support sensibilisiert wird.



[www.mobilabersicher.de](http://www.mobilabersicher.de)

[www.facebook.de/mobilabersicher](https://www.facebook.de/mobilabersicher)

#### BSI:

##### „DON'T DRINK AND DRIVE“

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

Die Initiative umfasst einen Internetauftritt, Mitmach-Pakete für Gastronomiebetriebe (bestehend aus Plakaten, Barschürzen, Aufklebern und Bierdeckeln) und als Event-Komponente die „DON'T DRINK AND DRIVE“-Party Patrol. Seit April 2011 ist die Initiative auch auf Facebook vertreten.

2011 wurden neun Einsätze der Party Patrol in Hessen durchgeführt und auf Basis einer Online-Nachbefragung der jungen Fahrer evaluiert. Die Ergebnisse sind im Internet veröffentlicht. 2012 folgten acht bundesweite sowie vier Einsätze allein in Sachsen.

[www.ddad.de](http://www.ddad.de)

[www.facebook.com/DDAD](https://www.facebook.com/DDAD)

### 1.2.1.11 Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkoholprävention bei älteren Migranten

#### Caritas:

#### „Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrant(inn)en – Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes“

Der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV) und der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. haben mit dem Universitätsklinikum Freiburg als Antragsteller das mehrjährige Projekt „Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrant(inn)en – Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes“ durchgeführt. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Das Anliegen des Projekts war es, die gesundheitsfördernden Verhaltensweisen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Hinblick auf ihren Alkoholkonsum zu stärken sowie riskanten Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch zu verhindern bzw. zu reduzieren.

Im Rahmen des Projekts kooperierten die Suchtberatungsstellen mit den Migrationsdiensten an den acht Projektstandorten. Zentrale Arbeitsschritte des Projekts waren eine Querschnittstudie zur gesundheitlichen Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die Entwicklung eines transkulturellen Präventionskonzeptes im Rahmen von Fokusgruppen und eines internationalen Expertenworkshops, die Fortbildung von Multiplikatoren sowie die Durchführung und Evaluation des Präventionskonzeptes. Die Ergebnisse zeigen, dass Akzeptanz, Bewertung und selbst angegebene Reduktion des Alkoholkonsums in der Interventionsgruppe signifikant höher waren.

Das entwickelte Präventionskonzept wurde in Form eines Praxismanuals einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Die entwickelte Broschüre „Gesund bleiben, Lebensqualität erhalten – Wissenswertes zum Thema Alkohol“ steht in den Sprachen Deutsch, Türkisch, Russisch, Italienisch und Spanisch zur Verfügung. Alle Materialien können unter folgen-

dem Link heruntergeladen werden:

[www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/forschung/research-groups/ag-hoelzel/material/Praxismanual.pdf](http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/forschung/research-groups/ag-hoelzel/material/Praxismanual.pdf)

Nähere Informationen sind über den AWO Bundesverband und den DCV zu beziehen.

### 1.2.1.12 Alkohol und Gewalt

Alkoholmissbrauch schadet nicht nur den trinkenden Personen, sondern häufig auch Dritten. Zudem sind Kosten für die Allgemeinheit damit verbunden. Neben Unfällen ist vor allem die mit Alkohol in Zusammenhang stehende Gewalt gegen Personen oder Sachen von Bedeutung. Alkohol und andere Suchtmittel sind zwar nicht die alleinige Ursache für Gewalt, wirken aber wie Katalysatoren: Sie steigern Aggressionen und mindern die Selbstkontrolle.

Auch wenn der Gewalt komplexe Mechanismen zugrunde liegen, zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse einen linearen Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Alkoholkonsum und dem Risiko, in Gewaltauseinandersetzungen verwickelt zu werden. Laut Polizeilicher Kriminalstatistik wurden im Jahr 2011 von insgesamt 148.266 aufgeklärten Fällen im Bereich der Gewaltkriminalität 47.165 Fälle, also knapp jeder dritte Fall, unter Alkoholeinfluss verübt. Insbesondere bei den schweren und gefährlichen Körperverletzungsdelikten (40.253 Fälle), deren Anteil im Vergleich zum Vorjahr leicht von 35,5 auf 35,2 Prozent zurückging, prägt Alkoholeinfluss weiterhin in erheblichem Umfang die Tatbegehung. Eine Schweizer Studie legt den Umstand nahe, dass bei rund 40 Prozent der Gewalthandlungen, die der Polizei bekannt sind, Alkohol im Spiel ist. Zwischen Sucht- und Gewaltopferhilfe fehlen derzeit effektive Kooperationsstrukturen, um möglichen Sucht-, Missbrauchs- und Gewaltproblemen wirksam entgegenzutreten zu können. Vor diesem Hintergrund hat das BMG im Jahr 2011 das Projekt „Gewaltreduktion durch Prävention“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gefördert. In diesem Projekt wurde ein Überblick über bereits existierende Ansätze gewalt- und alkoholpräventiver Arbeit in



Deutschland zusammengestellt. Hierfür wurden bundesweit Erfolgskonzepte, Projekte und Maßnahmen recherchiert, die auf unterschiedlichen regionalen und sozialstrukturellen Ebenen Gewalttaten unter Alkoholeinfluss – besonders in der Öffentlichkeit – entgegenreten und entsprechend präventive Arbeit leisten. Schwerpunkte hierbei sind die Gewalt unter Jugendlichen und die Gewalt in der Öffentlichkeit. Die so identifizierten Projekte wurden in einer Datenbank zusammengefasst und auf den Seiten der DHS veröffentlicht. [www.dhs.de/nc/alkohol-und-gewalt.html](http://www.dhs.de/nc/alkohol-und-gewalt.html)

#### 1.2.1.13 Beispielprojekte aus den Ländern zu Alkohol und Gewalt

##### Baden-Württemberg:

##### Förderprogramm „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PAJ)

Der Zusammenhang von Jugend, Alkohol und Gewalt ist eine polizeilich gut bekannte Konstellation. Daher erschien es der Polizei Baden-Württemberg passend, die anschlussfähigen Präventionsansätze Salutogenese (Gesundheitsentstehung) und Resilienzförderung als Ausgangspunkt für ein Förderprogramm zu wählen, das zudem von der Baden-Württemberg Stiftung unterstützt wird. In der Vergangenheit wurden bereits drei Förderprogramme durchgeführt, sodass auf den bisherigen Erfahrungen aufgebaut werden konnte.

Das Programm „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PAJ) zielt darauf ab, Jugendliche für ein gewaltfreies Miteinander und den bewussten Umgang mit Alkohol zu gewinnen. Dazu sollen lokale Präventionsteams der Suchthilfe, der Gewaltprävention, der Sozialen Arbeit und der Polizei kooperieren, um einerseits umfassende Hilfe leisten zu können und sich andererseits dabei zu vernetzen. Das Programm ist eng an die Wissenschaft angebunden und wird durch ein externes Evaluationsinstitut begleitet, um die Wirkungsorientierung und Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu gewährleisten.

Nach einer vierfach wiederholten zweitägigen Schulung mit 200 Teilnehmern bewarben sich 61 lokale Bündnisse um einen Zuschuss; die 26 besten Projektansätze werden seit 2011 mit bis zu 40.000 Euro über zwei Jahre gefördert. Die lokalen Projekte bestehen aus kombinierten Aufklärungsangeboten und Verhaltenstrainings. Sie sind zumeist jugendkulturell und gendersensitiv ausgerichtet, wobei vereinzelte Projekte auch unkonventionelle Wege erproben.



##### Hessen:

##### Ausstellung „Zum Kotzen“ mit Gewinnspiel für Gruppen und Schulklassen

Im Rahmen einer Kooperation des Projekts „Gewalt, Scherben und Alkohol“ (Jugendsozialarbeit der Stadt Erbach und Schulsozialarbeit der Schule am Sportpark Erbach) und der DRK-Fachstelle für Suchtprävention in Erbach wurde aus der Region Konstanz die Ausstellung „Diese Ausstellung ist zum Kotzen ... wenn man über ihre Notwendigkeit nachdenkt“ ausgeliehen, durch von Odenwälder Schulklassen gebaute Exponate ergänzt und in einer ehemaligen Spielothek in der Innenstadt von Erbach eine Woche lang im März 2012 ausgestellt.

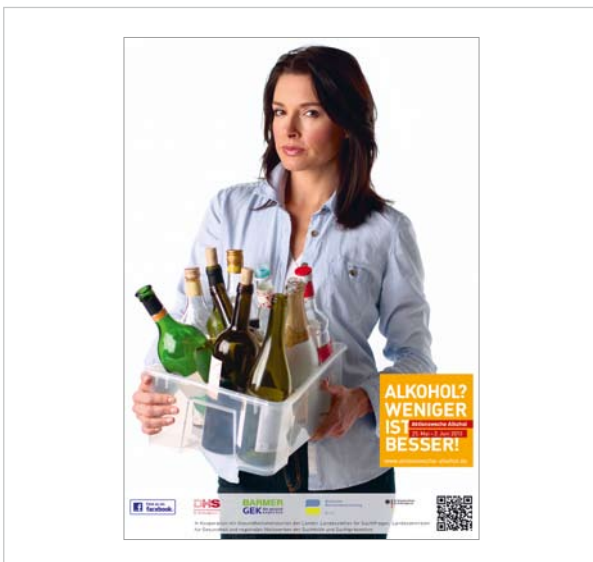
Für Gruppen und Schulklassen wurde unmittelbar im Anschluss an den Ausstellungsbesuch ein eigens entwickeltes Begleitprogramm durchgeführt. Es beinhaltete beispielsweise den Kurzfilm „Oma-Saufen“, weitere Spots zum Thema Alkoholprävention sowie eine Diskussion zur Ausstellung und zum Thema Alkohol. Außerdem erhielten die begleitenden Lehrkräfte zusätzliche Materialien und Vorschläge zur weiteren Vertiefung der Thematik in der Schule.



Zur Erhöhung der Nachhaltigkeit erhielt jede teilnehmende Klasse bzw. Gruppe die Möglichkeit, an einem Gewinnspiel mit knapp 20 Fragen teilzunehmen. Die Fragen bezogen sich einerseits unmittelbar auf die Ausstellung und ihre Exponate, andererseits auf Alkohol allgemein (zum Beispiel: „Wie viele Kalorien hat ein 0,3-l-Glas Bier/Pils?“). Zu gewinnen gab es einen exklusiven Kinoabend im Freischwimmbad in Erbach.

#### 1.2.1.14 Aktionswoche Alkohol 2013: „Alkohol? Weniger ist besser!“

Die Aktionswoche Alkohol findet vom 25. Mai bis 2. Juni 2013 bereits zum vierten Mal statt. Schirmherrin der Aktionswoche ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Ziel ist es, die Menschen durch eine persönliche Ansprache in ihren unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen zu erreichen. Die Aktionswoche ist nach wie vor eine einzigartige Präventionskampagne, die für Freiwilligkeit und Ehrenamt, Bürgerbeteiligung und Selbsthilfe steht.



Neun Tage lang veranstalten Tausende Engagierte zahlreiche Aktionen, um möglichst viele Menschen an möglichst vielen Orten zu erreichen. Ob am Arbeitsplatz, in der Kirche, in der Arztpraxis oder in der Apotheke, auf dem Sportplatz oder in Einkaufspassagen: Mitglie-

der von Selbsthilfegruppen, Mitarbeiter aus Beratungsstellen und Fachkliniken sowie Fachkräfte für Suchtprävention geben Impulse für Gespräche, informieren, argumentieren und erzeugen Aufmerksamkeit. Alle, die Alkohol trinken – also 90 Prozent der erwachsenen Bevölkerung – sollen angeregt werden, ihr Trinkverhalten einzuschätzen und zu prüfen, ob der eigene Konsum von Bier, Wein und Schnaps gesundheitsverträglich ist.

Die DHS unterstützt federführend die Veranstalter in den Regionen, indem sie den organisatorischen Rahmen der Veranstaltungen setzt und ihnen Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stellt. Breiten Zuspruch findet die Aktionswoche Alkohol auch in der Schweiz und in Liechtenstein, in denen ebenfalls viele Aktionen stattfinden werden.

Über die Homepage [www.aktionswoche-alkohol.de](http://www.aktionswoche-alkohol.de) werden alle wichtigen Informationen bereitgestellt: Veranstaltungsformate und Materialien für die Veranstalter (Logo, Plakate, Z-Card, Flyer) ebenso wie Hinweise zur Anmeldung und Durchführung von Veranstaltungen – und viel Wissenswertes zum Thema Alkoholkonsum. Erstmals ist die Aktionswoche Alkohol auch auf Facebook vertreten.

[www.dhs.de](http://www.dhs.de)

[www.aktionswoche-alkohol.de](http://www.aktionswoche-alkohol.de)

[www.facebook.com/aktionswochealkohol](https://www.facebook.com/aktionswochealkohol)

#### 1.2.1.15 Präventionsforschung

##### Genetik der Alkoholsucht

Genetische Ursachen spielen bei der Entwicklung von Alkoholismus eine entscheidende Rolle. Die komplexe Interaktion von Alkohol, Genen und Umwelt führt zu einer großen klinischen Heterogenität sowohl der Symptomatik und der Schwere der Störung als auch der Wirksamkeit ihrer Behandlung. Im Nationalen Genomforschungsnetz (NGFN-Plus) wird mit Förderung durch das BMBF die Genetik der Alkoholsucht untersucht.

Dabei werden Genexpressionsanalysen und genomweite Assoziationsstudien zur Identifizierung von Kandidatengenen durchgeführt. Therapie- und Diagnosemöglichkeiten bei Alkoholismus und Sucht sollen so verbessert werden.

### **Alkoholprävention im Jugendalter**

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

### **1.2.2 Tabak**

#### **1.2.2.1 Förderschwerpunkt Schwangerschaft: Rauchen in der Schwangerschaft**

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ (siehe C 1.1.1.1) fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit März 2011 ein Modellvorhaben zur Entwicklung und Umsetzung eines praxisnahen Curriculums zum Thema Rauchfreiberatung für die Weiterbildung von Hebammen zu Familienhebammen in Niedersachsen. Das Projekt wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG) durchgeführt. Ziel ist es, ein Modul „Rauchfreiberatung“ zu entwickeln und in die Qualifizierung zur Familienhebamme zu integrieren. Familienhebammen betreuen schwangere Frauen, Mütter sowie Kinder bis zu ihrem ersten Geburtstag, die durch gesundheitliche oder psychosoziale Belastungen gefährdet sind und daher einen erhöhten Betreuungsbedarf haben. Sie sollen dabei Frauen zum Rauchstopp motivieren und Rückfälle verhindern. Das Modul richtet sich sowohl an die in Ausbildung befindlichen als auch an bereits fortgebildete Familienhebammen, die sich weiterqualifizieren möchten.

Während der ersten einjährigen Projektphase wurde das Curriculum entwickelt und auf die Arbeitssituation von Familienhebammen zugeschnitten. Es wurde

in Form eines dreiteiligen Seminarkonzeptes umgesetzt. Jeweils eine Expertin aus dem Hebammenbereich und aus dem Tabakentwöhnungsbereich führen die Seminare durch. Wesentlicher Bestandteil der niedrigschwelligen Herangehensweise ist, dass bereits eine Reduktion des Rauchens als Erfolg angesehen wird. Dies trägt dazu bei, dass sich bei den Seminarteilnehmerinnen eine Motivation entwickeln kann, zunächst weniger zu rauchen, um später vielleicht sogar ganz mit dem Rauchen aufzuhören.

Da sich die Seminarkonzeption bewährt hat, soll die Maßnahme in einer zweiten Förderphase bis Sommer 2014 überregional verbreitet und eingesetzt werden. Hierfür besteht eine Kooperation mit dem Deutschen Hebammenverband (DHV). Bei interessierten Landesverbänden des DHV in verschiedenen Bundesländern (ohne Niedersachsen) werden zudem acht Seminare durchgeführt. Des Weiteren können rauchende Familienhebammen, die daran interessiert sind, ihren eigenen Konsum zu reduzieren oder aufzugeben, drei motivierende Kurzberatungen in Anspruch nehmen.

#### **1.2.2.2 „rauchfrei“-Kampagnen der BZgA**

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

Die Jugendkampagne hat das Ziel, die Anzahl der jugendlichen Nichtraucher kontinuierlich zu erhöhen. Außerdem sollen der Rauchstopp bei bereits rauchenden Jugendlichen gefördert und Jugendliche vor dem Passivrauchen besser geschützt werden. Zentrales Element der Kampagne ist die Internetplattform [www.rauch-frei.info](http://www.rauch-frei.info), die umfangreiche Informationen zum Thema (Nicht-)Rauchen, interaktive Ele-

mente und ein Online-Ausstiegsprogramm bietet. Auf der Internetseite wurden im Jahr 2012 mehr als 62.000 Besuche verzeichnet. Am Online-Ausstiegsprogramm nahmen etwa 500 junge Menschen teil.

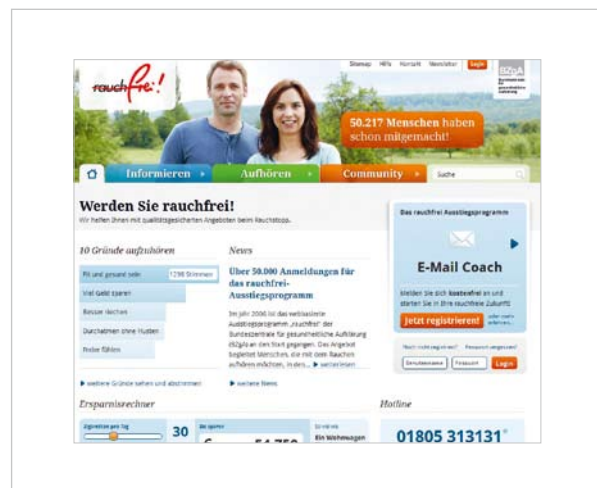


Im Rahmen der Kampagne wurde auch der speziell an Jugendliche gerichtete Rauchstopp-Gruppenkurs „los-gelöst“ (siehe C 2.2.2.2) konzipiert und evaluiert. Des Weiteren stellt die Jugendkampagne eine breite Palette an Informationsmedien bereit, die u. a. bei den BZgA-Jugendfilmtagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und beim BZgA-Mitmach-Parcours „Klar-Sicht“ in Schulen eingesetzt werden. Im Jahr 2012 wurden drei neue Postermotive der Kampagne entwickelt, die Jugendliche im Nichtrauchen stärken sollen.

Die Erwachsenenkampagne hat zum Ziel, das Nicht-rauchen in der erwachsenen Bevölkerung zu fördern. Hierzu werden Informationen über die Gesundheitsrisiken des Rauchens und Passivrauchens bereitgestellt. Außerdem informiert die Kampagne umfassend über die vielfältigen Unterstützungsangebote und fördert die Qualifizierung von Beschäftigten in Gesundheitsberufen im Hinblick auf eine Beratung zum Rauchverzicht.

Die Kampagne stellt hierzu zahlreiche Multiplikatorenmedien für Ärzte und Fachärzte bereit. Zur Förderung des Rauchstopps bietet die Kampagne außerdem vielfältiges kostenloses Informationsmaterial an, darunter die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“. Das „rauchfrei“-Startpaket enthält neben dieser Broschüre auch einen „Kalender für die ersten 100 Tage nach dem „Rauchstopp“ und einen „Relax-Ball“. Im Jahr 2012 wurde es mehr als 50.000 Mal bestellt. Auch die anderen Medien der Kampagne finden weite Verbreitung: Die Selbsthilfebroschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ wurde mehr als 110.000 Mal abgerufen, die Broschüre „Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr“ mehr als 23.000 Mal und der „Kalender für die ersten 100 Tage“ mehr als 85.000 Mal.

Neben den Printmedien ist die Internetplattform [www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de) ein zentrales Element der Erwachsenenkampagne. Das Portal wurde 2012 inhaltlich und gestalterisch aktualisiert und bietet nun neben umfassenden Informationen zum Rauchstopp und zu den Gesundheitsrisiken des Rauchens und Passivrauchens viele neue interaktive Elemente. Insbesondere das Forum wird von den Nutzern sehr gut angenommen; hier können sie sich beim Rauchstopp persönlich unterstützen. Das Internetportal bietet ein speziell für Erwachsene konzipiertes Online-Ausstiegsprogramm, das allein im Jahr 2012 fast 6.500 Anmeldungen verzeichnen konnte. Die Internetplattform wurde im Jahr 2012 von insgesamt etwa 175.000 Besuchern rund 270.000 Mal aufgerufen.



Ebenfalls 2012 wurde das Modellprojekt „Fax to Quit“ erfolgreich abgeschlossen. Im Rahmen dieses Projekts wird rauchenden Patienten während eines Krankenhausaufenthalts und durch niedergelassene Ärzte die Möglichkeit geboten, sich für die Telefonberatung der BZgA anzumelden. Das Projekt wurde in Kooperation mit „rauchfrei PLUS“, dem Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK), durchgeführt. Auf der Basis des Evaluationsberichts werden derzeit Strategien für die weitere Implementierung erarbeitet.

Jugendkampagne: [www.rauch-frei.info](http://www.rauch-frei.info)

Erwachsenenkampagne: [www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de)

#### Förderung des Nichtrauchens in der Schule

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

Im Jahr 2012 erschien zudem der BZgA-Leitfaden „Förderung des Nichtrauchens in Berufsbildenden Schulen“. Der Leitfaden berücksichtigt die Besonderheiten dieser Schulform, darunter das höhere Durchschnittsalter der Schüler, die höhere Raucherquote und stabilere Konsummuster. Ein weiterer BZgA-Leitfaden mit dem Titel „Schülermentoren zur Förderung der rauchfreien Schule“ ist für 2013 geplant.

Die zielgruppenspezifischen Aufklärungsmaterialien der BZgA für Jugendliche im Schulalter und ihre Eltern wurden auch im Jahr 2012 stark nachgefragt: Die Jugendbroschüre „Let’s talk about smoking“ wurde mehr als 60.000 Mal bestellt, die Broschüren „Stop smoking girls“ und „Stop smoking boys“ zusammen etwa 90.000 Mal. Der Elternratgeber „Raucht mein Kind?“ wurde mehr als 30.000 Mal abgerufen.

Darüber hinaus fördert die BZgA das Nichtrauchen an Schulen durch besondere personalkommunikative Projekte wie die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und den Mitmach-Parcours

„KlarSicht“. Auch den bundesweiten Schulklassenwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ unterstützt die BZgA maßgeblich.



#### 1.2.2.3 „Be Smart – Don’t Start“

Im Jahr 2012 feierte „Be Smart – Don’t Start“ Jubiläum: Der Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen aller Schulformen motiviert seit 15 Jahren Jugendliche dazu, rauchfrei zu bleiben. Klassen der Stufe 6 bis 8 vereinbaren bei dem Wettbewerb, dass sie für den Wettbewerbszeitraum von einem halben Jahr rauchfrei bleiben. Regelmäßig dokumentieren die Klassen ihre Rauchfreiheit und sichern sich so die Chance, in einer abschließenden Lotterie Preise zu gewinnen. Zusätzlich führen viele Klassen im Rahmen des Wettbewerbs begleitende Aktionen zum Thema Nichtrauchen und zur Gesundheitsförderung durch, die gesondert ausgezeichnet werden.



Im Jubiläumsjahr, dem Schuljahr 2011/12, wurden aus insgesamt rund 10.000 teilnehmenden Klassen mit rund 250.000 Schülern Hauptgewinner ausgelost. Ausgezeichnet wurden sie im Rahmen der Jubiläumsveranstaltung, die eine Fachtagung zum Thema „Erfolgreiche Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen“ umfasste. An der Fachtagung in Berlin nahmen mehr als 60 Akteure der Tabakprävention auf Bundes- und Länderebene teil.



Der Wettbewerb wird vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) koordiniert und mit Kooperationspartnern in den Bundesländern umgesetzt. Seit seinem Start im Schuljahr 1997/98 haben rund 130.000 Schulklassen mit mehr als drei Millionen Schülern teilweise mehrfach am Wettbewerb teilgenommen. Lehrkräften und Schulen wird damit ein bewährtes und wenig aufwendiges Programm zur Rauchprävention angeboten. Der Wettbewerb wurde mehrfach wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit hin untersucht. Gefördert wird er u. a. von der Deutschen Krebshilfe, der BZgA und der Deutschen Herzstiftung.  
[www.besmart.info](http://www.besmart.info)

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

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e. V. (DNRfK) setzt das vom BMG geförderte Modellprojekt fort und entwickelt es weiter. Seit der Etablierung der Nichtraucherchutzgesetze nimmt das Interesse der Gesundheitseinrichtungen zu, über das DNRfK Gesundheitsberatung und Tabakentwöhnung zu etablieren und zertifizieren zu lassen. Unterstützt wird dies durch verschiedene Angebote zum Nichtrauchen und zur Tabakentwöhnung.

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

In Schulungen zum „ABC der Raucherberatung“, die mit einer kostenfreien proaktiven Telefonberatung wie „Fax to Quit“ der BZgA oder dem „RAUCHFREI-FAX“ der HelpLine Bayern kombiniert werden, wurden im Jahr 2012 weitere 68 Teilnehmer geschult. Das Programm wird durch eine kollegiale Beratung und motivierende Gesprächsführungen ergänzt.

Das Peer-Review-Verfahren wird von 24 Auditoren unterstützt. Etwa zwei Drittel der über 250 beteiligten Einrichtungen sind zertifiziert, davon 50 Prozent mit dem Silber-Zertifikat. Der „ENSH GOLD Process“ mit einer internationalen Jury wird vom Büro des DNRfK koordiniert.

Die konzeptionelle Entwicklung wird durch den Auditorenkreis, den Expertenkreis Qualifikation sowie den Arbeitskreis für Uniklinika und Großklinika unterstützt. Zudem ist eine Arbeitsgruppe qualifizierter Raucherberater in Planung.

[www.rauchfrei-plus.de](http://www.rauchfrei-plus.de)

### 1.2.2.5 Tabakprävention in Gefängnissen

Der Tabakkonsum in deutschen Gefängnissen ist bislang wenig erforscht. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass das Rauchen unter Gefangenen zwei- bis dreimal häufiger verbreitet ist als in der Allgemeinbevölkerung. Mit der Studie „Tabakprävention im Gefängnis“ wurde eine belastbare wissenschaftliche Basis erarbeitet mit dem Ziel, effektive und für alle Beteiligten akzeptable Konzepte des Nichtraucherschutzes in Gefängnissen zu entwickeln und umzusetzen. Im Rahmen der Studie wurde der Tabakkonsum bei Gefangenen und Bediensteten dokumentiert, die Passivrauchbelastung gemessen und eine Nichtraucherschutzstrategie im Strafvollzug entwickelt.

Die Befragung in den Haftanstalten ergab bei einer Rücklaufquote von 28 Prozent (N = 81) folgende Ergebnisse: In 30 Prozent der Gebäude für Bedienstete existieren Raucherzonen, 40 Prozent der Gefangenen haben rauchfreie Zellen. In 61 Prozent der Einrichtungen für Gefangene und in 43 Prozent der Einrichtungen für Bedienstete werden Rauchausstiegshilfen angeboten. Die Gefangenen müssen die Kosten für diese Hilfen in 71 Prozent der Fälle selbst übernehmen, die Bediensteten nur in 40 Prozent der Fälle. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde eine umfassende Nichtraucherschutzstrategie für Justizvollzugsanstalten erarbeitet, die allen interessierten Haftanstalten zur Verfügung steht, um die eigene Tabakprävention zu verbessern. Das Projekt wurde 2012 abgeschlossen.

## 1.2.3 Medikamente

### 1.2.3.1 Prävention der Medikamentenabhängigkeit

Schlaf- und Beruhigungsmittel sind die am häufigsten missbräuchlich konsumierten Medikamente. Sie werden vor allem von älteren Menschen eingenommen. Anders als bei Abhängigkeitsproblemen mit Nikotin, Alkohol oder illegalen Drogen ist die Anwendung von Arzneimitteln von Experten mitbestimmt: Ärzte verordnen, Apotheker empfehlen. Dies hat zur Folge, dass eine Abhängigkeit noch seltener als eben solche wahrgenommen wird.

Um dem Medikamentenmissbrauch vorzubeugen, müssen Ärzte und Apotheker für eine verantwortungsvolle Verschreibungspraxis sensibilisiert werden. Andererseits bedarf es auch einer Sensibilisierung der Patienten selbst. Mit der Zunahme an guten Arzneimitteln, die viele Krankheiten behandeln können, verliert man leicht die potenziellen Nebenwirkungen aus dem Blickfeld. Allzu oft erwartet der Patient, bei einem Arztbesuch ein Medikament verschrieben zu bekommen, das schnelle Linderung bringt. Deshalb ist eine gut durchdachte und angemessene Medikation, vom Arzt verschrieben sowie vom Patienten kritisch hinterfragt, die beste Prävention einer Medikamentenabhängigkeit.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) informiert die Bevölkerung mit Broschüren über das Suchtrisiko von Medikamenten. In Kooperation mit der BARMER GEK hat sie auf den Internetseiten [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de) umfangreiche Informationen zusammengestellt.

#### Vorgestellt:

#### Werner Schubert: Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche



Mit Kiffen fing es an. Da war Werner Schubert 16 Jahre alt. Später folgten LSD, Kokain und Heroin. Nach drei Jahren Heroinabhängigkeit – mit 23 Jahren – machte er eine Entzugstherapie. Er schaffte den Ausstieg.

Er lernte eine Frau kennen, heiratete und wurde Vater von zwei Töchtern. Sechs Jahre später, als seine Töchter gerade ein und zwei Jahre alt waren, starb seine Frau an Krebs. Der 29-Jährige betäubte seine Trauer mit Alkohol und Medikamenten und wurde wieder abhängig.

Insgesamt 20 Jahre brauchte er, bis er den endgültigen Ausstieg schaffte: nach über 20 Entgiftungen, zwei Wiederbelebungen und eineinhalb Jahren Obdachlosigkeit. 1989 machte er eine Entgiftung und ging zur Therapie in eine Tagesklinik. Er nahm die Hilfsangebote des Blauen Kreuzes in der Evangelischen Kirche an, ging in Selbsthilfegruppen und erhielt zum dritten Mal die Gelegenheit, seinen Führerschein zurückzubekommen. „Ich konnte wieder als Berufskraftfahrer arbeiten und fand einen neuen Job. Ich stehe heute wieder voll im Leben“, berichtet Schubert, der heute für eine Gleisbaufirma Schwertransporte durchführt.

Beim Blauen Kreuz merkte man, dass Schubert die besondere Fähigkeit besitzt, Menschen zu motivieren, aus der Sucht auszusteigen. Er machte eine Ausbildung zum Gruppenleiter und Suchtkrankenhelfer. 2000 wurde er Vorsitzender des Blauen Kreuzes Bochum-Werne mit inzwischen über 80 Mitgliedern. Bis heute führt er Gruppenarbeit und Info-Veranstaltungen in Entgiftungsstationen von Krankenhäusern und in Suchtkliniken durch. Mit Erfolg: Die Mitgliederzahl des Vereins ist in den letzten zehn Jahren um das Doppelte gewachsen. „Eine Herausforderung ist es jedes Jahr, Gelder für unsere Arbeit zu bekommen. Es wird immer schwieriger. Die Krankenkassen, die Stadt Bochum und andere Institutionen geben immer weniger oder überhaupt nichts mehr“, bedauert Schubert. Mehrere Tage im Jahr nimmt er sich Urlaub, geht in Schulen und berichtet dort über sein Leben.

Schubert wünscht sich noch mehr ehrenamtliche Mitstreiter für seine Arbeit, um mehr Menschen zu erreichen. In der Zukunft möchte er getreu dem Motto des Blauen Kreuzes „Nicht einsam, sondern gemeinsam“ eine Sportgruppe und eine Jugendgruppe gründen, um noch mehr für die Suchtprävention zu tun.

[www.blaues-kreuz-bochum-werne.de](http://www.blaues-kreuz-bochum-werne.de)

### 1.2.3.2 „Nationaler Dopingpräventionsplan“

Im Dezember 2012 hat die Evaluierung des „Nationalen Dopingpräventionsplans“ (NDPP) begonnen, der 2009 von Bund, Ländern, der Nationalen Anti-Doping-Agentur (NADA) und der Deutschen Sportjugend (dsj) verabschiedet wurde. Das Projekt wird von der Universität Potsdam durchgeführt und ist auf ein Jahr angelegt. Hierbei sollen die Strukturen und Verfahren des NDPP analysiert und in ein theoretisch-methodisches Rahmenkonzept eingeordnet werden. Es erfolgt des Weiteren eine Bestandsaufnahme der Dopingpräventionsmaßnahmen und es sollen Empfehlungen zur Fortentwicklung der Dopingprävention gegeben werden.

### 1.2.4 Illegale Drogen

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

Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis. Deswegen entstanden vor allem seit 2003 mit Förderung des Bundes zahlreiche Initiativen und Projekte, die sich insbesondere an jugendliche 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 Fachkreisen und unter Experten diskutiert.



Zu den vielfältigen Maßnahmen der Drogenprävention gehören u. a. die Aufklärung der Drogenabhängigen über Infektionsrisiken und Infektionsvermeidung sowie die Minimierung des intravenösen Gebrauchs von Drogen. Insbesondere der intravenöse Drogenkonsum, vorwiegend von Heroin, ist eine der wichtigsten Ursachen für Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten, darunter HIV/Aids, Hepatitis B und C. Infektionsrisiken gibt es beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, bei der gemeinsamen Nutzung anderer Spritz- und Drogenzubereitungsutensilien (Filter u. Ä.) sowie von Haushaltsgegenständen (Rasierer, Zahnbürsten, Nagelscheren u. Ä.). Bei der Übertragung von HIV/Aids sind zudem sexuelle Kontakte für die Weiterverbreitung unter Drogenabhängigen und ihren Partnern verantwortlich.

Zu den präventiven und schadensminimierenden Maßnahmen für Drogenkonsumenten zählen neben der opioidgestützten Substitutionstherapie u. a. eine (regelmäßige) Testung auf Infektionskrankheiten, die aktive Informationsvermittlung zu Safer Use und Safer Sex sowie das Angebot von Nadel- und Spritzentauschprogrammen, von Programmen zur Drogennotfallprophylaxe und von Drogenkonsumräumen. Insbesondere niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen leisten mit entsprechenden Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung für die betroffenen Menschen.

Eine aktuelle Herausforderung im Bereich der illegalen Drogen stellt das vermehrte Aufkommen von neuen psychoaktiven Substanzen dar. Dabei handelt es sich häufig um synthetische Drogen, die aufgrund geringer chemischer Veränderungen nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, gleichzeitig aber eine psychoaktive Wirkung haben. Die vorliegenden Ergebnisse zur Verbreitung solcher Substanzen zeigen, dass diese derzeit nicht sehr häufig konsumiert werden. Drogenprävention in der Gesellschaft hat deshalb unverändert die Aufgabe, mit selektiven und indizierten Ansätzen zielgerichtet die besonders gefährdeten Personen zu erreichen.

#### 1.2.4.1 Beispielprojekte aus den Ländern für Jugendliche und junge Erwachsene

##### Bayern:

##### Projekt „mindzone“: neue Infokampagne zu Crystal Meth

Das Projekt „mindzone“ ist seit 1996 bayernweit direkt im Partysetting aktiv und informiert mit einem niedrigschwelligen Ansatz über Partydrogen und Suchtrisiken. Bislang spielte die Substanz Crystal in der bayerischen Partyszene nur eine untergeordnete Rolle. Neuerdings macht sich hier jedoch ein besorgniserregender Trend bemerkbar: Auch unter Partygängern wird zunehmend Methamphetamin konsumiert, das in der Regel ein deutlich höheres Wirkpotenzial aufweist als herkömmliches, meist gestrecktes Amphetamin (Speed). Crystal ist zudem im bayerischen Raum leicht verfügbar, vergleichsweise billig und durch den hohen Reinheitsgrad sehr ergiebig.



Die fatalen körperlichen und psychischen Folgewirkungen von Crystal werden generell unterschätzt und verharmlost. Junge Partygänger blenden das extrem hohe Suchtpotenzial, die Neurotoxizität der Substanz sowie das Risiko für lebensbedrohliche Überdosierungen völlig aus. „mindzone“ sieht hier einen großen Informationsbedarf und hat in diesem Zusammenhang neue, jugendgerechte Infomaterialien speziell zu Crystal entwickelt, darunter eine Postkarten- und

Plakatserie sowie eine Infobroschüre. Die Infomaterialien vermitteln eine unmissverständliche Botschaft: Crystal bewirkt massive und insbesondere sichtbare Folgeschäden! Das Projekt setzt ganz bewusst auf Warnbotschaften. Ziel ist es, eine Anti-Crystal-Werbung zu erzeugen und der Droge damit ein Negativimage zu verpassen. Hierbei sollen auf emotionaler Ebene negative Assoziationen im Zusammenhang mit Crystal geweckt werden.

Auch auf der Internetseite [www.crystal.mindzone.info](http://www.crystal.mindzone.info) wird die Crystal-Thematik ausführlich behandelt. Darüber hinaus nutzt das Projekt soziale Online-Netzwerke wie Facebook, um Jugendliche zielgerichtet zu erreichen und sie für die Risiken dieser Droge zu sensibilisieren.

[www.crystal.mindzone.info](http://www.crystal.mindzone.info)

#### Sachsen:

##### Drug Scouts

*Drug Scouts* sind seit 16 Jahren u. a. mit selektiver Prävention in der Leipziger Partyszene aktiv. Das Projekt stellt Informationen, Materialien sowie Beratungsangebote zur Verfügung, die die Konsumenten zur Reflexion ihres Konsums anregen sollen. Ziel ist es, auf diese Weise die Risiken beim Drogenkonsum zu minimieren und einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen.

Bei allen Beratungsangeboten (Telefon, Infoladen, Web) dominieren Fragen zu Cannabis und Crystal. Themenschwerpunkte sind hierbei gesundheitliche Aspekte wie mögliche Langzeitschäden, Wechselwirkungen (vor allem mit Medikamenten) sowie Unterstützungsbedarf bei einer Konsumreduktion oder Abstinenz. Ein Infoblatt zu Räuchermischungen klärt über synthetische Cannabinoide auf.

2012 war ein enormes Interesse an Drug-Checking-Möglichkeiten und -Ergebnissen zu verzeichnen. Dies spiegelt sich sowohl in der Vor-Ort-Arbeit auf Partys als auch in den stark gestiegenen Zugriffszahlen auf die Pillenwarnungen (130.000 gegenüber 20.000 im

Jahr 2011) auf der Internetseite [www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de) wider. Wurden auf der Webseite vor allem Informationen zu Stimulanzien (Speed, Crystal, Ecstasy, Kokain) und Cannabis abgerufen, bestand auf den von den *Drug Scouts* besuchten Partys und Festivals Gesprächsbedarf zu MDMA, GBL, Ketamin und 2C-B. Zu Krisensituationen kam es vor allem im Zusammenhang mit ungewollten Überdosierungen mit MDMA, GBL und Ketamin sowie durch Mischkonsum mit Alkohol. Vor allem im Zusammenhang mit Partys hat das Interesse an Informationen zum Umgang mit Drogennotfällen stark zugenommen.

2013 sollen in der Vor-Ort-Arbeit der riskante Alkoholkonsum sowie der Mischkonsum mit anderen psychoaktiven Substanzen stärker fokussiert werden, um Konsumenten, aber auch Veranstalter und Clubpersonal für Risiken im Zusammenhang mit Alkoholkonsum zu sensibilisieren und darüber aufzuklären.



##### Ambulante Suchtkrankenhilfe der Stadtmission Chemnitz e.V

Seit fünf Jahren müssen sich die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in Chemnitz mit der dramatisch steigenden Anzahl (jährliche Steigerungsraten von über 25 Prozent) von Crystal konsumierenden Personen beschäftigen. Dabei fallen zwei Gruppen im Beratungsalltag besonders auf: junge Heranwachsende mit einer erhöhten Risikobereitschaft sowie Väter und Mütter mit jüngeren Kindern, die Crystal als „Alltagsdroge“ und leistungssteigernde Substanz regelmäßig konsumieren. Crystal ist aufgrund des hohen Suchtpotenzials und der sehr schnell auftretenden, gravierenden psychischen und physischen

Folgeerkrankungen in Chemnitz und Umland die am häufigsten diagnostizierte Hauptsubstanz im Bereich der illegalen Drogen. Vor diesem Hintergrund hat die ambulante Suchtkrankenhilfe der Stadtmission Chemnitz e. V. sachliche und fundierte Informationen zur Substanz zusammengestellt und den Austausch zwischen Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Ärzten und suchttherapeutischen Einrichtungen vorangetrieben.

In Zusammenarbeit mit den Städten Leipzig und Dresden wurde im Juli 2012 der Fachtag „Crystal in Sachsen“ und auf regionaler Ebene „Crystal Meth in Chemnitz – Erfahrungsberichte aus der Praxis“ organisiert. Viele zusätzliche kleinere Weiterbildungs- und Informationsangebote unterstützen die Professionalisierung der Suchtberatung und der Sozialarbeit vor Ort.

Mit der Postkartenaktion „KOPF-, GESICHTS-, DAUERFASCHING... REALITÄSTRANSFER MÖGLICH“ wurden zielgruppenorientiert Crystal-Konsumenten angesprochen und auf das Beratungsangebot hingewiesen. Die Broschüre „Crystal – Bestandsaufnahme EINS“, die seit 2004 existiert und von der Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. veröffentlicht wird, wurde 2012 grundlegend überarbeitet und in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Suchtprävention der Stadtmission Chemnitz e.V. unter dem Titel „Crystal Meth – Bestandsaufnahme DREI“ bundesweit zur Verfügung gestellt. Über 6.400 dieser Broschüren wurden bis Ende 2012 verteilt.

#### 1.2.4.2 Cannabis

##### Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“

Seit 2004 ist das Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ auf der Internetplattform [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) (siehe C 1.1.6.1) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) integriert. Nutzer können sich hier unkompliziert und anonym anmelden und werden 50 Tage lang von professionellen und geschulten Beratern bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum unterstützt. Seit Beginn des Programms haben bereits mehr als 5.000 Nutzer von diesem Angebot profitiert. Seit 2006 wird das Ausstiegsprogramm in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen in mittlerweile acht Bundesländern durchgeführt.

Eine Kontrollgruppenstudie zur Wirksamkeit von „Quit the Shit“ hat gezeigt, dass die Nutzer des Programms (Interventionsgruppe) sowohl die Konsumhäufigkeit als auch die Konsummenge im Durchschnitt um mehr als die Hälfte reduzieren. Gut ein Viertel der Nutzer verzichtet nach der Teilnahme am Programm komplett auf Cannabis. Damit erreichen die Teilnehmer des Programms im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einer sechsfach höheren Wahrscheinlichkeit Konsumabstrennung.

[www.quit-the-shit.net](http://www.quit-the-shit.net)

#### 1.2.4.3 Heroin und weitere illegale Drogen

##### 1.2.4.3.1 Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumierenden

Die Gruppe der intravenös Drogengebrauchenden (IVD) ist durch bestimmte Verhaltensmuster wie den gemeinsamen Drogenkonsum, den Tausch von Spritzen und anderen Utensilien zur Vorbereitung der Drogeninjektion sowie durch ungeschützte Sexualkontakte besonders gefährdet. Bei IVD sind Infektionen mit HIV, dem Hepatitis-C- (HCV) sowie dem Hepatitis-B-Virus (HBV) deutlich stärker verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. Regionale Studien in Deutschland zeigen insbesondere für Hepatitis C hohe Neuinfektionsraten und eine sehr hohe Verbreitung unter IVD. Repräsentative Daten für Deutschland fehlen bislang allerdings.

Um die Verbreitung von HBV, HCV und HIV bei der Zielgruppe sowie deren Verhalten, Einstellungen und Wissen über diese Infektionskrankheiten in Städten mit größerer Drogenszene besser kennenzulernen und zu erfassen, wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) die Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK) initiiert.

Nach einer erfolgreichen Pilotstudie in Berlin und Essen im Jahr 2011 lief 2012 die DRUCK-Hauptstudie an, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über einen Zeitraum von drei Jahren gefördert wird. Es handelt sich hierbei um eine multizentrische Querschnittstudie, die in sechs Städten mit größerer Drogenszene durchgeführt werden soll. Neben serologischen Parametern für HBV, HCV und HIV werden auch Verhaltensdaten erhoben. Die Studie wird vom RKI koordiniert und in Kooperation mit Ärzten und Einrichtungen der Drogenhilfe nach Möglichkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt. Die DRUCK-Hauptstudie wird voraussichtlich zwischen Herbst 2012 und Mitte 2014 in Leipzig, Frankfurt, Köln, Hannover, München und Hamburg durchgeführt werden. Die Ergebnisse sollen in gezielte Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und Hepatitiden bei IVD einfließen. Ergebnisse der Gesamtstudie werden für 2015 erwartet.

#### Vorgestellt:

#### Jürgen Heimchen: Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V.



„Wer kämpft, kann verlieren, wer nicht kämpft, hat schon verloren“  
(Bertolt Brecht)

Wie kann es einem Vater gelingen, die Drogensucht und den viel zu frühen Drogentod seines erst 22-jährigen Sohnes

zu bewältigen? Jürgen Heimchen entschied sich zu kämpfen. Mit dem Mut der Verzweiflung und dem festen Willen, etwas zu verändern, um anderen Menschen dieses Schicksal zu ersparen. Er ist überzeugt: „Unser Sohn war nicht Opfer der Droge, sondern Opfer der damaligen Drogenpolitik!“

Um das „ungeschriebene Vermächtnis“ seines Sohnes zu erfüllen, gründete Jürgen Heimchen 1993 gemeinsam mit 14 Müttern und Vätern die Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit und Drogenpolitik Wuppertal. „Durch die Selbsthilfegruppe lernten wir, wieder Mut zu fassen, den Alltag besser zu bewältigen und realisierten irgendwann: Wir wollten in den Gruppensitzungen nicht nur über unser Leid klagen. Wir wollten etwas bewegen, damit es unseren suchtkranken Kindern besser gehen kann“, berichtet Heimchen. „Unser oberstes Ziel war und ist für uns die Überlebenseicherung in Menschenwürde, ob mit oder ohne Drogen.“ Auf kommunaler Ebene arbeitet er als Vertreter der Elterngruppe in verschiedenen Gremien Wuppertals mit (u. a. Fachgruppe Sucht, Arbeitskreis AIDS). In der Untergruppe Substitution (Arbeitsgruppe der Fachgruppe Sucht) hat er den Vorsitz.

Seit 1998 ist er Vorsitzender des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V. „Unser Anliegen ist es“, so Heimchen,

„Abhilfe zu schaffen, auf drogenpolitische Missstände aufmerksam zu machen gemäß unserem Leitsatz:

„Wir können es uns nicht leisten, unkritisch zu sein. Wir können es uns nicht leisten, passiv zu sein. Wir können es uns nicht leisten, den Tod und das Elend unserer Kinder und Angehörigen in Schweigen und Demut hinzunehmen.“

Heimchen ist Begründer des Nationalen Gedenktags für verstorbene Drogenabhängige, der seit 1998 jedes Jahr am 21. Juli stattfindet.

Der Bundesverband setzt sich für eine niedrigschwellige, flächendeckende Substitution und niedrigschwellige Einrichtungen in der Drogenhilfe (Cafés, Schlafgelegenheiten und betreutes Wohnen) ein und betreibt viel Öffentlichkeitsarbeit. Außerdem kämpft der Verband für Konsumräume und für die „Beendigung der Diskriminierung der Abhängigen, ihrer Eltern und ihrer Behandler“.

In Zukunft möchte der 70-jährige Heimchen weiter für eine flächendeckende Originalstoffvergabe (Diamorphin) kämpfen und strebt eine Drogenlegalisierung durch Drogenkontrolle an: „Ich wünsche mir ein langes, gesundes Leben – denn es gibt noch viel zu tun!“

[www.akzeptierende-eltern.de](http://www.akzeptierende-eltern.de)

#### 1.2.4.3.2 Expertengespräch zur Prävention des Mischkonsums von Alkohol und illegalen Drogen im Nachtleben

Im Oktober fand auf Einladung des BMG ein Expertengespräch statt, bei dem aktuelle Möglichkeiten der Prävention des Mischkonsums von Alkohol und illegalen Drogen im Nachtleben diskutiert wurden. Dabei zeigte sich, dass eine verbesserte Vernetzung zwischen den bestehenden Partyprojekten, dem Frühwarnsystem der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) und der Wissenschaft im Hinblick auf aktuelles Wissen zu Partydrogen (inklusive der neuen psychoaktiven Substanzen) und deren Wechsel-

wirkungen mit Alkohol wünschenswert wäre. Auch ein Transfer des Know-hows aus einschlägigen EU-Projekten („Healthy Nightlife“, „NEWIP“, „RedNet“ etc.) in die Praxis in Deutschland sollte im Rahmen eines Netzwerkes ermöglicht werden. Das Konzept „Safer Clubbing“ soll in Form einer Handlungsleitlinie oder Charta propagiert werden. Als wesentliches Element eines solchen Konzeptes sollen Schulungen für die Beschäftigten von Diskotheken und Tanzbetrieben angeboten werden, damit sie Drogenkonsumierende zukünftig besser erkennen und mit Drogennotfällen adäquat umgehen können. Das BMG plant die Förderung eines Pilotprojekts auf Bundesebene mit dem Ziel, eine solche Schulung zu erproben. In diesem Rahmen sollen auch ein einheitliches Manual sowie nötige Materialien für die Fachkräfte von Clubs und Diskotheken erarbeitet werden.

#### 1.2.4.3.3 Spice und synthetische Cannabinoide

Neue psychoaktive Substanzen (npS) stellen ein wachsendes Problem dar (siehe B 4.3). Das BMG hat ein EU-Projekt kofinanziert, bei dem unter der Federführung des Rechtsmedizinischen Instituts des Universitätsklinikums Freiburg sowie mit Beteiligung des Bundeskriminalamts (BKA) und weiterer Akteure aus Deutschland Präventionsansätze für Konsumierende von synthetischen Cannabinoiden entwickelt werden sollten. Das Projekt wurde im Dezember 2012 beendet. Auch das Folgeprojekt, das Anfang 2013 unter der Beteiligung der bisherigen sowie weiterer deutscher Akteure gestartet wurde, wird vom BMG finanziell unterstützt.





Das Monitoring und die Bewertung des Gefährdungspotenzials der npS bilden eine wichtige Grundlage für die zugehörigen Präventions- und Strafverfolgungsmaßnahmen. Daher ist auch das BKA weiterhin an dem Projekt beteiligt. Für die Unterstellung von npS unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sowie für die Strafverfolgung sind fundierte Untersuchungen zu den Risiken unerlässlich. Schwerpunkte des Projekts sind neben der vertiefenden Evaluation toxischer Potenziale auch die subjektiv wahrgenommenen Risiken und Folgeprobleme, die Typisierung von Konsumierendengruppen sowie die Evaluation der erarbeiteten Präventionsansätze.

Die bisherigen Ergebnisse des EU-Projekts haben bereits einen substantziellen Beitrag zum Monitoring des Markts und zur Beurteilung des Gefährdungspotenzials synthetischer Cannabinoide geleistet. Sie bilden zudem eine wichtige Grundlage für wirksame Präventionsaktivitäten, die sich zielgerichtet an die Konsumierenden der npS wenden.

Neben Informationen für die Fachkräfte der Sucht- und Drogenhilfe entstand auch die Homepage [www.legal-high-inhaltsstoffe.de](http://www.legal-high-inhaltsstoffe.de). Die Internetpräsenz nutzt die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse zur Toxikologie der npS sowie weitere Hintergrundinformationen. Sie stellt für potenzielle Konsumenten Warnhinweise zur Verfügung, die mit einer wissenschaftlich begleiteten und evaluierten anonymisierten Online-Beratung gekoppelt sind. Darüber hinaus ist eine präventiv ausgerichtete Beteiligung in einschlägigen Nutzerforen vorgesehen. Im Jahr 2012 haben insgesamt 50.600 Besucher das Online-Angebot genutzt; dabei wurden 466.000 Seiten aufgerufen und 300 Beratungsanfragen beantwortet.

#### Vorgestellt:

#### Andreas Niedrig: Projekt „Traumwärts – Wohin führt Dein Weg?“



„Wer sagt, dass das Leben immer leicht sein muss?“ Andreas Niedrig hat es sich in seinem Leben nie leicht gemacht. „Ich hatte schon immer eine große Energie in mir. Aber ich brauchte viele Jahre, um zu erkennen, wie ich die Energie für –

und nicht gegen mich – einsetzen kann.“ Erst hatte es scheinbar „harmlos“ mit dem Rauchen von Zigaretten angefangen. Da war er 13 Jahre alt. Dann wurden Marihuana, Speed, Koks und LSD seine täglichen Begleiter. Mit 19 Jahren hing er an der Nadel und konsumierte täglich 3–4 Gramm Heroin.

Mit 23 Jahren wurde er straffällig und wollte daraufhin sein Leben ändern, auch seiner Frau und seinem ersten Kind zuliebe. Er ging in eine 14-monatige Langzeittherapie: „In und nach der Therapie wurde mir schnell klar, dass ich alles, was ich tue, in erster Linie auch für mich mache. Und dass ich die Vergangenheit nicht mehr verändern kann und jeden Tag im Hier und Jetzt leben muss. Das hört sich einfach an, ist es aber nicht.“

Nach seiner Therapie suchte er einen Weg, um wieder im Leben Fuß zu fassen. Seine Familie gab ihm Rückhalt. Er brauchte lange, um wieder eine Arbeitsstelle zu finden, denn er hatte „nichts“ vorzuweisen. „Tag für Tag ging ich in Unternehmen, bot mich als Arbeitskraft an und sagte, dass ich alles tun würde, egal was. Nach jeder Ablehnung entwickelte ich mehr Ehrgeiz, weil ich nicht glauben wollte, dass ich keine Chance erhalten sollte“, berichtet Niedrig.

Beindruckt von seiner Hartnäckigkeit, gab ihm schließlich ein Unternehmer einen Hilfsarbeiterjob.



Mit den Aufgaben im Job stieg auch sein Selbstwertgefühl. Er wollte mehr, erlernte den Beruf des Orthopädiemechanikers und holte seinen Realschulabschluss nach. Wenige Jahre nach seiner Therapie begann er intensiv Sport zu treiben – und wurde einer der besten Triathleten der Welt.

2000 erschien seine Biografie „Vom Junkie zum Ironman – Die zwei Leben des Andreas Niedrig“, 2007 erschien eine von ihm selbst überarbeitete Neuauflage und 2008 der Kinofilm „Lauf um Dein Leben“. Lehrer baten ihn, in der Schule über sein Leben zu berichten. Erst waren es kleine Veranstaltungen, inzwischen kommen mehr als 1.000 Menschen zu seinen Vorträgen. Heute ist die Nachfrage so groß, dass er nicht mehr allen Anfragen von Schulen, Sportvereinen, Gefängnissen und Therapiestätten nachkommen kann. Gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse hat er das Projekt „Traumwärts – Wohin führt Dein Weg?“ ins Leben gerufen, „ein bundesweites Projekt zur Unterstützung der Ziele und Träume aller Menschen in unserem Land.“ Das Projekt wird durch einen gleichnamigen Film, eine Online-Coaching-Plattform und durch seine Vorträge unterstützt.

„Ich begegne unglaublich vielen Menschen, die Träume, Hoffnungen und Ziele haben. Wir alle haben durch unsere schnelllebige Zeit einen unglaublichen Druck, dem wir standhalten müssen. Vor allem Jugendliche brauchen Orientierung, um nicht zu Alkohol, Medikamenten und Drogen zu greifen. Die Pubertät ist eine wichtige Zeit, Probleme und Druck sowie das Erkennen von Grenzen sind die wichtigste Erfahrung zur Persönlichkeitsbildung von uns Menschen“, sagt der 45-Jährige. „Genau weil ich diese Erfahrung gemacht habe, möchte ich nicht warnen oder gegen etwas kämpfen. Ich zeige lösungsorientiert Wege, wie wir diese Situationen positiv annehmen können, um eine Balance für unser Leben zu finden, die uns zufrieden und damit auch leistungsfähig macht.“

[www.andreas-niedrig.com](http://www.andreas-niedrig.com)

## 1.3 Prävention stoffungebundener Süchte

### 1.3.1 Pathologisches Glücksspiel

Glücksspielsucht, das sogenannte Pathologische Glücksspiel, ist eine ernste Suchterkrankung, die für die Betroffenen und ihre Familien eine große psychische Belastung bedeutet und sie häufig in den wirtschaftlichen Ruin treibt. Aufklärung über die Suchtgefahren von Glücksspielen ist neben gesetzlichen Regulierungen sehr wichtig. Präventionsmaßnahmen wie „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ (siehe C 1.3.1.2) oder die Maßnahmen der Suchtpräventionsfachstellen der Länder und anderer kommunaler Initiativen haben dazu beigetragen, dass die breite Öffentlichkeit dieses Thema mittlerweile aufmerksamer wahrnimmt. Inzwischen wird Pathologisches Glücksspiel als gesellschaftliches Problem anerkannt.

Neben diesen bewährten Präventionskampagnen tragen auch neue Präventionsmaßnahmen dazu bei, dass das Thema immer weiter in den Fokus rückt:

- Der bundesweite **Aktionstag gegen Glücksspielsucht** am 25. September trägt dazu bei, über die Risiken des Glücksspiels aufzuklären und auf das Leid der Betroffenen und ihrer Familien aufmerksam zu machen. 2012 gab es ein umfangreiches Angebot der Beratungsstellen und Suchtfachstellen vor Ort.
- Auch kleine, eher spielerische Initiativen wie der von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin herausgegebene **Adventskalender** mit dem Motto „Dann doch lieber an den Weihnachtsmann glauben ... Lass Dich nicht beim Glücksspiel abzocken!“ sind ein neuer, vielversprechender Ansatz.

#### 1.3.1.1 Anthologieprojekt „Bunte Lichter – Dunkle Schatten“

Einen ganz anderen Ansatz bietet das Projekt „Bunte Lichter – Dunkle Schatten“ des Arbeitskreises gegen Spielsucht e.V. und des Westfälischen Literaturbüros, für das die Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Schirmherrschaft übernommen hat. Dieses Projekt geht einen sehr interessanten Weg: Die Spielsucht wird literarisch behandelt.

Die Texte sollen helfen, einerseits die Faszination des Glücksspiels und andererseits die Probleme der Glücksspielsucht „begreifbar“ und für eine breite Öffentlichkeit erfahrbar zu machen. Dies ist durchaus gelungen: Die komplexe Thematik des Glücksspiels wird in allen Facetten beleuchtet. Die überwältigende Resonanz von 449 Einsendungen aus 18 Ländern mit kurzen literarischen Texten zum Thema Glücksspiel machen das Projekt zu einem sehr großen Erfolg. Die 21 besten, von einer Fachjury ausgewählten Kurzgeschichten werden in einem Buch zum Anthologieprojekt mit dem Titel „Bunte Lichter – Dunkle Schatten“ veröffentlicht. Im März 2013 fand in Unna die Preisverleihung der drei besten Kurzgeschichten im Rahmen eines Festakts statt. [www.akspielsucht.de](http://www.akspielsucht.de)

### 1.3.1.2 Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock

Im Jahr 2007 schlossen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutsche Lotto- und Totoblock (DLTB) eine Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, bundesweite Maßnahmen zur Glücksspielsuchtprävention umzusetzen. Auf dieser Basis wurde von der BZgA die nationale Kampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ mit verschiedenen Aufklärungsangeboten für unterschiedliche Zielgruppen entwickelt. Ein zentrales Element der Kampagne ist das Internetportal [www.spielen-mit-verantwortung.de](http://www.spielen-mit-verantwortung.de), das über einzelne Glücksspiele, über die Entstehung von Glücksspielsucht und über regionale Hilfeangebote bei problematischem oder süchtigem Spielverhalten informiert. Personen, die regelmäßig Glücksspiele nutzen, können zusätzlich auf dem BZgA-Internetportal [www.check-dein-spiel.de](http://www.check-dein-spiel.de) einen Online-Selbsttest machen. Sie erhalten auf der Basis der Auswertung eine individualisierte Rückmeldung zu ihrem Glücksspielverhalten und bei problematischem Spielverhalten auch eine Empfehlung zur Verhaltensänderung. Zwischen September 2007 und Ende 2012 nutzten rund 65.000 Personen den Online-Selbsttest.

Problematisch Spielende haben auf der Internetseite auch die Möglichkeit, bei einem vierwöchigen Online-Verhaltensänderungsprogramm mitzumachen.

Seit Programmstart im November 2007 nahmen bis Ende 2012 insgesamt 756 Personen am Ausstiegsprogramm teil. Die Evaluation des Programms zeigt, dass besonders Spieler, die sich in einem frühen Stadium der Problembelastung befinden, durch das Ausstiegsprogramm gut erreicht werden. Diese Art der Frühinterventionsansätze ist vielversprechend, da sie die Betroffenen niedrigschwellig über das Internet erreicht. Ein weiteres niedrigschwelliges Angebot für problematisch Spielende ist die BZgA-Telefonberatung zur Glücksspielsucht. Unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 137 27 00 erhalten Anrufer allgemeine Informationen und Aufklärung sowie eine Beratung bei konkreten Problemen oder sie werden direkt in das Hilfesystem für glücksspielassoziierte Suchtproblematiken weitervermittelt. Von Januar bis Dezember 2012 nutzten 8.125 Personen das Angebot der Telefonberatung. Zur nationalen Kampagne „Spielen mit Verantwortung“ gehören auch Informationsmedien wie Broschüren und Faltblätter, die zielgruppengerecht für die Risiken von Glücksspielen sensibilisieren.

Die BZgA-Präventionsstrategie wird durch kontinuierliche Forschung zur Glücksspielsucht ergänzt. Regelmäßige bundesweite Repräsentativbefragungen ermöglichen es, die Verbreitung von Glücksspielsuchgefährdung und Glücksspielsucht in der Bevölkerung abzubilden. Bislang wurden seit 2007 drei BZgA-Studien durchgeführt. Hierbei werden neue Spielangebote und ihr Suchtpotenzial ebenso erfasst wie die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Glücksspielsucht. Die Studien zeigen, dass die Bevölkerung sich zunehmend gut über die Risiken des Glücksspiels informiert fühlt.

[www.spielen-mit-verantwortung.de](http://www.spielen-mit-verantwortung.de)  
[www.check-dein-spiel.de](http://www.check-dein-spiel.de)

**Vorgestellt:****Thomas Patzelt: spielfrei24 e.V.**

Mit einem ersten kleinen Gewinn an einem Geldspielautomaten fing es an. Thomas Patzelt spielte weiter, auch als der Gewinn längst wieder verloren war. Die Verluste wurden größer, aber er hörte nicht auf. Er verlor immer mehr den Bezug

zur Realität, zum Geld und schließlich die Kontrolle – über das Spielen und über sein Leben.

„Ich habe im Laufe von vier Jahren 100.000 Euro in Automaten geworfen“, berichtet der gelernte Versicherungsfachwirt. „Ich habe alles verspielt: meine Ehe und meinen Arbeitsplatz. 2007 musste ich Insolvenz anmelden und erhielt ein Berufsverbot für den Finanzdienstleistungsbereich. Ich war bei null angekommen.“

Während einer achtwöchigen Vollzeittherapie lernte er, wieder bewusst am Leben teilzunehmen und sich auf das Wesentliche zu konzentrieren; nicht mehr vor den Problemen davonzulaufen, sondern den täglichen Aufgaben positiv ins Auge zu blicken. „Ich habe gelernt zu akzeptieren, dass die Krankheit Glücksspielsucht zu meinem Leben gehört, und wie ich damit umgehen muss. Heute bin ich wieder in der Lage, ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu führen. Es ist mir gelungen, meine Vergangenheit loszulassen und mein Leben wieder in die Hand zu nehmen. Ich lebe im Jetzt“, so Patzelt.

Schon während seiner Therapie wurde ihm klar, dass er sich mit anderen Betroffenen über seine Erfahrungen austauschen wollte. „Wenn du etwas wissen willst, dann frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten.“ Getreu dieser chinesischen Weisheit wollte Thomas Patzelt helfen, aufklären und

darüber reden. Unter dem Eindruck der immer weiter um sich greifenden Spielhallen, Spielautomaten und Glücksspielabhängigen gründete er im Jahr 2010 die erste Selbsthilfegruppe in einer Suchtberatungsstelle in Trier. Mittlerweile sind es drei in der Region, zwei weitere sind in Vorbereitung. Er entschloss sich, das Ganze überregional und professionell weiterzubetreiben. 2012 gründete er mit anderen Betroffenen den rheinland-pfälzischen Landesverband spielfrei24 e.V., um landesweit vernetzt Aufklärung und Information zu betreiben und offen und ehrlich über das Thema Glücksspielsucht zu reden.

Patzelt möchte sich in Rheinland-Pfalz für die Gründung neuer Selbsthilfegruppen einsetzen. Er will das Thema in die Öffentlichkeit tragen, um dadurch andere Betroffene und ihre Angehörigen zu motivieren, sich zu dieser Krankheit zu bekennen. Er wünscht sich, dass „Suchtprofis, Politiker und Behördenvertreter mit Betroffenen ins Gespräch kommen, damit die Angebote und Therapiekonzepte noch mehr auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet werden“. Außerdem sei es wichtig, dass die Betroffenen während ihrer stationären Therapie noch klarer auf die Bedeutung der Selbsthilfeangebote hingewiesen würden. „Haben Sie den Mut, auf uns zuzugehen, reden Sie nicht über uns, reden Sie mit uns!“

[www.spielfrei24.de](http://www.spielfrei24.de)

### 1.3.1.3 Beispielprojekt aus den Ländern zur Glücksspielsucht

#### Bayern:

##### „Spielfieber – Der Countdown läuft ...“

Obwohl Jugendliche laut § 6 des Jugendschutzgesetzes von Glücksspielen ausgeschlossen sind, finden sie dennoch Mittel und Wege, sich an diesen zu beteiligen. Daher muss neben gesetzlichen Regelungen und deren Vollzug auch ein Bewusstsein für die Gefahren von Glücksspiel gefördert werden. Aus diesem Grund hat das von der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern geförderte Referat gegen Glücksspielsucht der Aktion Jugendschutz Bayern e.V. ein Browserspiel für Jugendliche und für die Arbeit mit Jugendlichen entwickelt, bei dem die wesentliche Botschaft „Glücksspiele können süchtig machen“ mit viel Spielspaß vermittelt wird.

„Spielfieber“ ist vor allem für 14- bis 18-jährige Jungen gedacht. Ein hoher Bildungsstand wird nicht vorausgesetzt. Der Spieler kann durch die Identifikation mit seinem virtuellen Stellvertreter den Sog der Glücksspiele und die sich daraus ergebende Problematik nachvollziehen. „Spielfieber“ zeigt aber auch Alternativen auf. Der Held des Spiels hat vielfältige Handlungsmöglichkeiten und kann die damit verbundenen positiven Effekte (und Affekte) erleben. Das Browserspiel eignet sich als Medium für pädagogische Fachkräfte, um mit Jugendlichen auch zu problematischen Aspekten des Glücksspiels ins Gespräch zu kommen. Seit dem 26. November 2012 sind das Spiel, Hintergrundinformationen sowie weiterführende Links kostenfrei auf der Homepage [www.spielefieber.net](http://www.spielefieber.net) abrufbar. Um Jugendlichen auch einen eigenständigen Zugang zur Thematik zu ermöglichen, ist das Spiel auch auf Facebook vertreten.



[www.spielefieber.net](http://www.spielefieber.net)

[www.facebook.com/Spielfieber](https://www.facebook.com/Spielfieber)

### 1.3.1.4 Beispielprojekt aus den Verbänden zu Frauen und Glücksspielsucht

#### fdr Thüringen:

##### Informationsbroschüre „Hanna im Glück“

Obgleich mehr Männer von der Glücksspielsucht betroffen sind, gibt es immer mehr Frauen, die glücksspielsüchtig sind. Glücksspielangebote, die speziell für Frauen entwickelt und auf ihr Spielverhalten ausgerichtet sind, werben zunehmend um das weibliche Spielpublikum. Der erhöhte Konsum unter Frauen bedingt zugleich eine steigende Anzahl an Spielerinnen, die ein problematisches und pathologisches Spielverhalten aufweisen. Die Gefahr einer Glücksspielsucht wird damit auch bei Frauen größer.

Unter den glücksspielenden Personen, die in Thüringer Suchtberatungsstellen nach Hilfe suchen, ist fast jede sechste eine Frau. Auch sind Frauen im Falle eines glücksspielsüchtigen Partners eher von einer Co-Abhängigkeit betroffen als Männer. Die Ursachen und Ausprägungen einer Glücksspielsucht sind bei Frauen andere als bei Männern. So beginnen Frauen oftmals wesentlich später zu spielen, weisen aber eine schnellere Abhängigkeitsentwicklung als Männer auf. Zudem leiden sie oftmals gleichzeitig unter Angst- und depressiven Störungen. Bei ihrem Versuch, mit Trauer, Angst, Einsamkeit oder Überforde-

rungssituationen umzugehen, wird das Glücksspielen funktionalisiert. Die sozialschädlichen Folgen der Sucht wie Verschuldung, Entfremdung von Familie und Freunden, sozialer Rückzug und Isolation, Verlust des Arbeitsplatzes, Depressivität, Suizidgedanken und -versuche sowie Beschaffungskriminalität sind für die betroffenen Frauen und Männer sowie ihre Angehörigen gleichermaßen schwerwiegend. Glücksspielsüchtige Frauen nehmen dagegen häufiger Hilfe in Anspruch als die männlichen Spieler.

Um junge Mädchen und Frauen über die Risiken und Anhaltspunkte der Glücksspielsucht aufzuklären und sie möglichst noch vor der Ausprägung eines süchtigen Spielverhaltens zu erreichen, hat die Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht beim Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr) mit Unterstützung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit die Informationsbroschüre „Hanna im Glück“ veröffentlicht. Sie beinhaltet neben interessanten Hintergrundinformationen und Erfahrungsberichten auch einen Selbsttest und Kontaktadressen für Hilfen. Einzelexemplare können unter [www.gluecksspielsucht.info](http://www.gluecksspielsucht.info) kostenlos angefordert werden.

### 1.3.2 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

#### 1.3.2.1 Elternratgeber „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal

Alltagspraktische Informationen zu Computerspielen, sozialen Netzwerken und den damit verbundenen Risiken finden Eltern seit 2011 in der Broschüre „Online sein mit Maß und Spaß“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Broschüre wurde 2012 mehr als 130.000 Mal abgerufen. Sie richtet sich insbesondere an Eltern von Jugendlichen ab 12 Jahre. Im Durchschnitt verbringen Jugendliche heute mehr als zwei Stunden täglich im Internet. Die mit Abstand beliebteste Tätigkeit ist das Kommunizieren: 44 Prozent ihrer Online-Zeit verbringen Heranwachsende in sozialen Netzwerken, mit Chats oder E-Mails. Jeder dritte Jugendliche zwischen 12 und

19 Jahren spielt mehrmals wöchentlich Online-Spiele. Studienergebnisse zeigen auch, dass fast 14 Prozent der 14- bis 24-Jährigen einen problematischen und rund 2,5 Prozent dieser Altersgruppe einen abhängigen Internetgebrauch aufweisen.



Vor diesem Hintergrund hat die BZgA im Jahr 2012 ihr Angebot um Maßnahmen erweitert, die sich gezielt an Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren richten. So wurde speziell für Jugendliche unter [www.ins-netz-gehen.de](http://www.ins-netz-gehen.de) ein Internetportal mit interaktiv aufbereiteten Informationen zu den Risiken von Online-Angeboten wie Computerspielen, sozialen Netzwerken und Chats eingerichtet. Das Portal soll auf spielerische Art einen maßvollen Umgang mit Computer und Internet fördern. So klingelt ein Online-Wecker, sobald das zuvor eingestellte Zeitlimit überschritten ist, zahlreiche Videoclips informieren anschaulich über Suchtrisiken und zeigen Handlungsalternativen auf. Interessierte Jugendliche können auf dem Portal auch an einem Rätsel-Gewinnspiel teilnehmen und ein sogenanntes Botschafter-T-Shirt der Kampagne gewinnen. 2012 wurden zwei Auslosungen durchgeführt, bei denen insgesamt 118 Kampagnen-T-Shirts vergeben wurden.





Um die Selbstreflexion zu fördern, bietet das Internetportal auch einen Online-Selbsttest, der den Jugendlichen zeigt, ob ihre Computer- und Internetnutzung bereits mit Risiken verbunden ist. Im Jahr 2012 machten rund 120.000 Nutzer diesen Test. Das Internetportal an sich wurde etwa 145.000 Mal besucht. Ergänzend zum Internetportal wurde im Rahmen der BZgA-Kampagne „Ins Netz gehen“ auch ein Informationsfaltblatt entwickelt: „Computerspiele find ich toll! Wo ist das Problem?“ bietet Jugendlichen Tipps zum Umgang mit Computerspielen. Der Flyer wurde seit seiner Fertigstellung im August 2012 bereits mehr als 30.000 Mal abgerufen. Auch diverse Poster und Postkarten sollen den Jugendlichen vermitteln, wie wichtig die spiel- und computerfreie Zeit im Leben ist. Seit August 2012 wurden die Plakate jeweils etwa 2.000 Mal, die Postkarten 12.000 Mal bestellt.

[www.ins-netz-gehen.de](http://www.ins-netz-gehen.de)

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

Die Bundesregierung sieht in der Förderung der Medienkompetenz eine der zentralen Aufgaben der Medien-, Jugend-, Familien- und Bildungspolitik. Die Bundesregierung fördert daher eine Vielzahl entsprechender Projekte, die in ihren generellen Zielsetzungen sowie im Einzelnen im „Medien- und Kommunikationsbericht der Bundesregierung 2008“ unter Punkt D.IV.2 ausführlich dargestellt sind.

#### Initiative „Ein Netz für Kinder“

Damit Kinder lernen, mit dem Internet kompetent umzugehen, sind altersgerechte, interessante und qualitativ hochwertige Angebote erforderlich, die für Kin-

der ansprechend und verständlich gestaltet sind. Die im November 2007 durch die Bundesregierung gestartete Initiative „Ein Netz für Kinder“ hat das Ziel, einen attraktiven und sicheren Surfraum für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren zu schaffen. Seit 2008 ist es mit einem vom Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien (BKM) und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanzierten Förderprogramm gelungen, die Zahl, Qualität und Auffindbarkeit guter Internetangebote für Kinder deutlich zu erhöhen. Im Vordergrund steht dabei nicht, Kinder über längere Zeit an den Computer zu binden; vielmehr sollen sie lernen, selbstbestimmt mit diesem chancenreichen Medium umzugehen. Um dem Suchtpotenzial durch übermäßige Internetnutzung bewusst zu begegnen, werden gezielt Beschäftigungsanregungen in der Offline-Welt angeboten.

Der Surfraum „fragFINN.de“ bietet Kindern über die sogenannte *Whitelist* die Möglichkeit, gefahrlos zu surfen und den sinnvollen Einsatz von Suchmaschinen zu erlernen. Die *Whitelist* wächst täglich und besteht zurzeit aus 11.000 Domains mit über 30 Millionen Dokumenten. Dabei stehen die Vorschläge der Kinder im Mittelpunkt. Jede Domain wird vor ihrer Aufnahme in die *Whitelist* sowie danach kontinuierlich von unabhängigen Medienpädagogen auf ihre Unbedenklichkeit hin geprüft. Mithilfe einer kostenlosen Kinderschutzsoftware können Eltern und Lehrer den Surfraum auf die geprüften Seiten begrenzen. Die *Whitelist* kann auch in Betriebssysteme, auf Routern und in Handys eingebunden werden und wird allen Schulen in Deutschland kostenlos für ihre Schulcomputer zur Verfügung gestellt.

[www.ein-netz-fuer-kinder.de](http://www.ein-netz-fuer-kinder.de)

[www.fragfinn.de](http://www.fragfinn.de)

#### „SCHAU HIN! Was Deine Kinder machen.“

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



lichen zu erkennen und mit ihr entsprechend umzugehen. Die Thematik wird deshalb im Informations- und Beratungsangebot der Initiative aufgegriffen.

[www.schau-hin.info](http://www.schau-hin.info)

#### **Kindersuchmaschine „Blinde Kuh“**

„Blinde Kuh“ ist die erste deutschsprachige nichtkommerzielle Suchmaschine speziell für Kinder, die sich besonders als Startseite für das Internet eignet und deshalb von vielen Schulen als Zugangsportale genutzt wird. Sie findet nicht nur kindgerechte Texte zu gesuchten Begriffen, sondern vernetzt auch die Kinderseitenlandschaft und gewährleistet dabei, dass Kinder nicht auf problematische Seiten im Internet stoßen.

[www.blinde-kuh.de](http://www.blinde-kuh.de)

#### **„MB21 – Mediale Bildwelten“**

Der Deutsche Multimediapreis „MB21 – Mediale Bildwelten“ ist ein bundesweiter Multimediawettbewerb für Kinder und Jugendliche in den vier Alterskategorien „Vorschule“, „7–11 Jahre“, „12–15 Jahre“ und „16–21 Jahre“ sowie in den Sonderkategorien „Online vernetzt“, „Games“, „Creativ Mobile“, „Medienkunst“ und „Schule der Zukunft“. Der Wettbewerb motiviert Kinder und Jugendliche zu einem kreativen Umgang mit den neuen Medien und vermittelt ihnen auf spielerische Art und Weise Medienkompetenz. Er ist bundesweiter Impulsgeber für schulische sowie außerschulische medienpädagogische Projekte und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung von Medienerziehung.

[www.mb21.de](http://www.mb21.de)

#### **Kampagne „Dein Spiel. Dein Leben.“ – Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielwelten**

Bei der Kampagne „Dein Spiel. Dein Leben.“ handelt es sich um eine Initiative des „Dialog Internet“ des BMFSFJ. Ziel der Kampagne ist es, jugendliche Menschen für einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit virtuellen Spielwelten zu sensibilisieren und damit exzessivem Spielen entgegenzuwirken. Kern des Projekts ist eine Präventionskampagne, die von Jugendlichen für jugendliche Spieler entwickelt wird. Das Projekt kooperiert mit Unternehmen der Spieleindustrie, die unterstützend dafür sorgen, dass die Bot-

schaften der Kampagne im Netz eine Vielzahl von jungen Spielern erreichen.

[www.dialog-internet.de/web//initiativen\\_praevention-in-virtuellen-spielwelten](http://www.dialog-internet.de/web//initiativen_praevention-in-virtuellen-spielwelten)

#### **„peer<sup>3</sup>“ – Peer-to-Peer-Projekte in der medienpädagogischen Arbeit in Jugendarbeit, Jugendhilfe und Schule**

Ziel des Projekts ist es, neue Handlungskonzepte für medienpädagogische Peer-to-Peer-Projekte mit Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 20 Jahren sowie innovative, nachfrageorientierte Qualifizierungsangebote für pädagogische Fachkräfte zu entwickeln und zu erproben. Kern des Vorhabens ist die Förderung und fachliche Begleitung von medienpädagogischen Modellprojekten in Einrichtungen der Jugendarbeit und an Schulen. Die Projekte werden im Rahmen eines Ideenwettbewerbs zwischen 2012 und 2014 ausgewählt. Das Projekt greift maßgebliche Handlungsempfehlungen des „Dialog Internet“ auf.

[www.dialog-internet.de/web//initiativen\\_peer](http://www.dialog-internet.de/web//initiativen_peer)

#### **Studie „Exzessive Internetnutzung in Familien“ (EXIF)**

Die Studie „Exzessive Internetnutzung in Familien“ (EXIF) zeichnet den Verlauf der computerspielbezogenen Mediensozialisation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen am Beispiel ihrer Computerspielnutzung nach und analysiert den Zusammenhang zwischen familiärer Medienerziehung und problematischer Internetnutzung.

[www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=184996.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=184996.html)

#### **1.3.2.3 Modellprojekt „ESCapade“**

Das Phänomen der exzessiven Internet- und Computernutzung wirft die Frage auf, wie betroffenen Jugendlichen und deren Eltern ein fundiertes Hilfeangebot gemacht werden kann. Von Oktober 2010 bis Ende 2012 führte die Drogenhilfe Köln das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Bundesmodellprojekt „ESCapade – Hilfe bei Gefährdung durch problematische Computernutzung“ durch. An fünf Standorten in Deutschland – Köln, Lörrach, Freising, Schwerin und Berlin – wurde in jeweils drei Durchgängen (2010, 2011 und 2012) ein Präventionsansatz

erprobt, der pro Durchgang und Standort etwa sechs Familien mit jugendlichen Kindern erreichte, die einen exzessiven Computergebrauch aufwiesen. Die Evaluation von „ESCapade“ hat die Effektivität dieser präventiven Maßnahme nachgewiesen. So hat sich nach der Projektteilnahme beispielsweise das Rollenverhalten in den betroffenen Familien deutlich verbessert. Auch im Bereich der schulischen Leistungen, die sich nach Ansicht der Familie infolge der exzessiven Computernutzung verschlechtert hatten, zeigte sich die Wirksamkeit des Projekts: Der Umgang mit den schulischen Anforderungen verbesserte sich sichtbar. Neben der Evaluation zeigen auch die bisherigen Erfahrungen in der Praxis, dass mit dem Programm die angestrebten Ziele erreicht werden konnten. Damit ist „ESCapade“ nach aktuellem Stand das erste positiv evaluierte Programm zur Prävention von Online-Sucht. Weil viele Fachkräfte im sozialen und therapeutischen Bereich, die für Prävention und Behandlung exzessiver Computer- und Internetnutzung in Frage kommen, dafür bislang nicht ausreichend fortgebildet sind, wird „ESCapade“ seit dem Frühjahr 2013 bundesweit implementiert. Dazu wird in einem ersten Schritt das Konzept aktualisiert, im Hinblick auf kleinere Beratungsstellen modifiziert und darauf basierend eine standardisierte Fortbildung erstellt. Anschließend sollen innerhalb eines Jahres Berater aus mindestens acht Bundesländern auf der Basis des Fortbildungskonzeptes geschult werden.

#### Vorgestellt:

#### **Christine und Christoph Hirte: AKTIV GEGEN MEDIENSUCHT e.V.**

„Sie grölen, saufen, schlagen sich nicht – sie verschwinden nur einfach, ganz unmerklich.“

Als dies 2007 mit ihrem ältesten Sohn geschah, war das für Christine und Christoph Hirte ein Schock. „Was haben wir falsch gemacht?“, fragten sie sich, als ihnen klar wurde, dass ihr ältester, damals 22-jähriger Sohn süchtig nach dem Internetrollenspiel „World of Warcraft“ war. Er brach sämtliche sozialen Kontakte ab, lebte zurückgezogen und ausschließlich in der virtuellen Welt. Sie schämten sich, machten sich Vorwürfe und sprachen erst mit Niemandem darüber. „Unser Familienleben war völlig aus den Fugen geraten, auch unsere beiden jüngeren Söhne mussten erst mal mit der neuen Situation zurechtkommen“, so Christoph Hirte.



Dann beschlossen sie zu kämpfen. Nach längeren Recherchen über die damals noch unbekannte Sucht wurde ihnen klar, dass ihr Sohn kein Einzelfall war. Sie gingen mit ihrer persönlichen Geschichte an die Öffentlichkeit, um zu informieren und andere Familien vor diesem Schicksal zu bewahren.

2007 gründeten sie in München eine Selbsthilfegruppe für Angehörige, ein Jahr später eine für Betroffene. Sie riefen die Elterninitiative rollenspiel-sucht.de ins Leben, 2008 den Verein AKTIV GEGEN MEDIENSUCHT e.V. Ihre beiden Internetseiten bieten eine Vielzahl an Informationen zum Thema an,

auch Erfahrungsberichte ehemals Abhängiger. Der Aufklärungsbedarf ist groß: Täglich werden die Seiten zwischen 500 und 700 Mal angeklickt. Sie sind Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige, sowohl per E-Mail als auch telefonisch.

Vor drei Jahren begannen sie ein Netzwerk für Ratsuchende aufzubauen, in das Stellen, die helfen können, ihr Angebot eintragen können, damit sie von Hilfesuchenden schneller gefunden werden. Sie halten Informations- und Präventionsvorträge an Schulen, bei Firmen, Pfarrgemeinden, Vereinen, Beratungsstellen und großen Tagungen, bei denen sie über ihre praxisnahe Arbeit berichten und darüber, was in den Familien passiert.

„Wir sind der Meinung: Wissen schützt“, so Christine Hirte. „Je mehr man über die verheerenden Auswirkungen der Online-Sucht weiß, desto aufmerksamer kann man beobachten, desto früher kann man handeln und konsequent und klar eingreifen.“

Für ihre persönliche Zukunft wünschen sich die Hirtes, dass ihr Sohn endlich in eine Klinik geht, um sich helfen zu lassen. Er leidet an starken Depressionen – eine Nebenwirkung des exzessiven Spielens. „Wir werden uns weiter für unsere Projekte engagieren“, so Christoph Hirte. „Wir wünschen uns, dass endlich erkannt wird, wie gravierend der Missbrauch von elektronischen Medien unsere Familien und unsere Gesellschaft verändert. Dieser Missbrauch sollte auf die gleiche Stufe wie Alkohol- und Drogenmissbrauch gestellt werden.“

[www.rollenspielsucht.de](http://www.rollenspielsucht.de)

[www.aktiv-gegen-mediensucht.de](http://www.aktiv-gegen-mediensucht.de)

### 1.3.2.4 Präventionsprojekte der Stiftung Medien- und Onlinesucht

#### „Mädchen zwischen Medienkonsum und Medienkompetenz“

Jungen und Mädchen unterscheiden sich bereits im Grundschulalter in ihrem Nutzungsverhalten der neuen Medien. Dies verändert sich laut den jüngsten Studien auch im Jugendalter nicht. Das seit 2009 fortlaufend an Grundschulen im Raum Lüneburg umgesetzte geschlechtsspezifische Projekt „Mädchen zwischen Medienkonsum und Medienkompetenz“ wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit entwickelt und wird regelmäßig evaluiert. Zwei Sozialpädagoginnen oder Psychologinnen verbringen während eines Schulhalbjahres wöchentlich 17 Unterrichtseinheiten mit Mädchen der dritten und vierten Klasse.

Das Projekt wird in Form einer AG angeboten, was ihm einen freiwilligen Charakter verleiht. Die Gruppengröße liegt dabei bisher im Schnitt bei 12, was einem Betreuungsschlüssel von 1:6 entspricht. Auf Elternabenden werden die Themen aus dem Medienunterricht aufgegriffen. Im Unterschied zu gängigen Maßnahmen der Medienkompetenzförderung wird in der Arbeit mit den Mädchen weitgehend auf den Einsatz elektronischer Medien verzichtet, da nicht die anwendungsbezogenen, sondern die kritisch-reflektierenden Fähigkeiten im Vordergrund stehen. Die Teilnehmerinnen werden dabei über die Gefahren der Internetnutzung aufgeklärt, wobei das Social Networking einen besonderen Schwerpunkt bildet. Weitere Programminhalte sind Gespräche über Medienhelden, das Erlernen von Nutzungs- und Handlungskompetenzen der Bildschirmmedien sowie Gruppengespräche über Fernsehinhalte oder Situationen im Internet, die die Kinder als bedrohlich erlebt haben.

Im Zuge einer Prozessevaluation wurden inzwischen über 100 junge Mädchen vor und nach der Durchführung sowohl zu ihrem Wissensstand in mehreren medienbezogenen Bereichen also auch zu ihrer Frei-

zeitgestaltung und zu ihrer Selbsteinschätzung medienbezogener Selbstsicherheit befragt. Daraus haben sich erste Anhaltspunkte für eine Wirksamkeit des Programms ergeben. Eine Überprüfung der langfristigen Wirkung des Programms mithilfe einer Kontrollgruppe ist für die nächsten Projektdurchgänge geplant.

#### **„X-PEER“ – Jungen auf Identitätssuche zwischen realen und medialen Welten in der Latenzphase und Vorpubertät**

Jungen zeigen im Alter von 7 bis 11 Jahren häufig ein besonderes Interesse für Technik und Computer. Zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr verdoppelt sich ihr Wortschatz und auch ihre Merkfähigkeit nimmt erheblich zu. Im Miteinander Gleichaltriger bildet sich zudem die Geschlechterrolle heraus.

Das Projekt „X-PEER“ ist eine attraktive Möglichkeit, die Entwicklung der Jungen während der Latenzphase zu begleiten, Medienkompetenz zu vermitteln und so einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen. Im Rahmen des Projekts kommen die Jungen mit ihren Identifikationspersonen intensiver in Kontakt und lernen, ihren Platz zu finden. Hierfür setzen sie sich wöchentlich 2 x 3 Stunden über 10 Wochen in einem Bauwagen-Rundling inmitten der Natur mit eigenen Bildern und Vorbildern auseinander. Sie lernen, ein Medientagebuch zu führen, und entwickeln eine gesunde Medienbalance. Dabei nehmen sie eigene Grenzen und die der Gruppe wahr und erlernen Nutzungs- und Handlungskompetenzen der Bildschirmmedien. An zwei Nachmittagen geht es um Helden wie Luke Skywalker und Spiderman, aber auch um die eigene Identität. Hier gilt es, die eigene Wahrnehmung zu trainieren und soziale Werte zu fördern. Zum Abschluss und als Nachweis ihrer erlangten Kompetenz erhalten die Jungen eine „unducard“, die mit Vergünstigungen im Bereich Bewegung und Lesen ausgestattet ist. Seit 2011 haben, bei einer Gruppenstärke von ca. neun Teilnehmern, 97 Jungen an dem zehnwöchigen Projekt teilgenommen. Aufgrund der positiven Resonanz wird derzeit

an einer Fortsetzung in Form eines Mentoringprogramms gearbeitet.



#### **1.3.2.5 Beispielprojekte aus Ländern und Verbänden**

##### **Bayern:**

#### **„Surfguide – damit Spielen Spaß bleibt“: Leitfaden für den Umgang mit exzessiver Mediennutzung**

Der Leitfaden „Surfguide – damit Spielen Spaß bleibt“ der Aktion Jugendschutz Bayern e.V. befähigt pädagogische Fachkräfte dazu, Multiplikatoren in verschiedenen Settings zu schulen. Damit werden Kinder und Jugendliche befähigt, verantwortungsvoll und selbstbestimmt mit den Angeboten der neuen Medien umzugehen. Gleichzeitig werden die Eltern in ihrem Erziehungsauftrag unterstützt, sodass sie das Spiel- und Nutzungsverhalten ihrer Kinder besser einschätzen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten und Alternativen entwickeln können. Der „Surfguide“ liefert sowohl Hintergrundinformationen als auch viele praktische Methoden, um für unterschiedliche Zielgruppen suchtpreventive Angebote gestalten zu können. Neben dem Gespräch über digitale Medien und die persönliche Haltung dazu sind auch Spielwelten, soziale Medien sowie die exzessive Mediennutzung Inhalte des Leitfadens. Zielgruppe sind neben Kindern und Jugendlichen auch die Eltern. Informationen zum Jugendmedienschutz, zum Glücksspiel im Netz und zur thematischen Relevanz für die verschiedenen Arbeitsfelder der Fachkräfte ergänzen den Leitfaden. Das Projekt wird mit Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen finanziert.

Zur Überprüfung der Praxistauglichkeit wurden 2012 in Bayern für unterschiedliche Zielgruppen zahlreiche Fortbildungen durchgeführt.

Leitfaden:

[www.bayern.jugendschutz.de/ajbayern/Aktuelles1.aspx?ID=6549](http://www.bayern.jugendschutz.de/ajbayern/Aktuelles1.aspx?ID=6549)



#### Hessen:

##### „go onlife“ – Hilfe bei problematischem Medienkonsum

Um Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu helfen, einen kompetenten und gesunden Umgang mit den vielfältigen Medienangeboten zu entwickeln, startete die Suchtberatung des Diakonischen Werkes Oberhessen in Marburg und Stadtallendorf 2010 das Projekt „go onlife“. Ein wesentlicher Anspruch des Projekts besteht darin, aktuelle und kommende Trends, wie aktuell zum Beispiel den anhaltenden Bedeutungsgewinn des Smartphones als Plattform für Social-Network-Services, zu erkennen.

Das Projekt umfasst die Bereiche Prävention, Beratung und Behandlung. Im Bereich der universellen Prävention werden Schüler durch speziell zugeschnittene Workshops erreicht. Im Rahmen von Elternabenden wird versucht, den Eltern zu zeigen, welche Sogwirkung bestimmte Medienangebote auf ihre Kinder ausüben können. Hierauf aufbauend soll die Kompetenz vermittelt werden, unproblematischen von riskantem oder gar abhängigem Medienkonsum besser unterscheiden zu können. Das Kernelement der Präventionsarbeit ist jedoch die Qualifizierung von Multiplikatoren: Pädagogische und psychotherapeutische Fachkräfte sollen dabei unterstützt werden, exzessiven Medienkonsum besser zu verstehen, damit

sie den Betroffenen im Folgenden effektiver helfen können.

Der Bereich der indizierten Prävention umfasst ein Clearingangebot für Risikogruppen und Angehörige sowie das Angebot einer Kurzintervention bei offensichtlich riskantem bis missbräuchlichem Medienkonsum. Hier lernen Betroffene wieder einen verantwortungsvollen und kontrollierten Umgang mit dem Medium. Wird durch fundierte Diagnostik eine Medienabhängigkeit festgestellt, werden Betroffene und Angehörige im dritten Bereich des Projekts unterstützt. Im Bereich Beratung und Behandlung werden die Ursachen der Abhängigkeit aufgearbeitet und die Betroffenen bei dem Versuch begleitet, ihren Lebensmittelpunkt aus der virtuellen Welt wieder in die reale Welt zu verlagern. Ziel ist eine langfristige Abstinenz in Teilbereichen der Mediennutzung. Zum Angebot gehören u. a. die Vermittlung in stationäre Therapieeinrichtungen und die anschließende Nachsorgebehandlung zur Sicherung der Abstinenz.



#### Caritas Niedersachsen:

##### „Space Limit“ – Prävention und Beratung bei riskantem und missbräuchlichem Internetgebrauch

Die Medienkompetenzwerkstatt „Space Limit“ des Caritasverbandes für Stadt und Landkreis Osnabrück betreibt ein innovatives Projekt, das proaktiv, präventiv und beratend passgenaue Hilfen anbietet. Sie wird durch die Aktion Mensch gefördert. Neben der aufsuchenden Präventionsarbeit bietet „Space Limit“ jungen Menschen sowie deren Eltern und Bezugspersonen auch ein niedrigschwelliges Beratungs- und Behandlungsangebot. Wer durch eine übermäßige Nutzung von Computer-, Konsolen- und Online-Spie-

len, Chats etc. aufgefallen ist, soll hier zu einem sensibilisierten, selbstständigen Umgang mit den Medien geführt werden. Die Werkstatt vermittelt hierfür gezielte Informationen und stellt spezifische Angebote bereit, um der exzessiven Computer- und Internetnutzung angemessen zu begegnen. Zum Angebot gehören Selbstkontrolltrainings sowie Freizeitaktivitäten außerhalb und innerhalb der virtuellen Welt – so zum Beispiel Sportangebote, Geocaching, Wii-Turniere oder die Filmproduktion mit der „TRICKBOX“.



Im „Space-Café“ in der Osnabrücker Innenstadt stehen zwei erfahrene Sozialarbeiterinnen bzw. Suchttherapeutinnen für Gespräche zur Verfügung. Außerdem koordinieren sie Angebote und schulen Eltern, Lehrkräfte, Erwachsene aus Vereinen sowie Multiplikatoren in Schulen und berufsbildenden Maßnahmen. Durch das enge Netzwerk in der präventiven Jugendarbeit schaffen und entwickeln die Partnerinstitutionen ein Frühwarnsystem weiter, das eine schnelle Kontaktaufnahme sowie frühe Intervention ermöglicht, um dem „Abdriften“ junger Menschen in Parallel- und Fantasiewelten Grenzen zu setzen.



## 2 Behandlung, Versorgung, Schadensminimierung

### 2.1 Suchtstoffübergreifend

#### 2.1.1 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

##### 2.1.1.1 Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2012

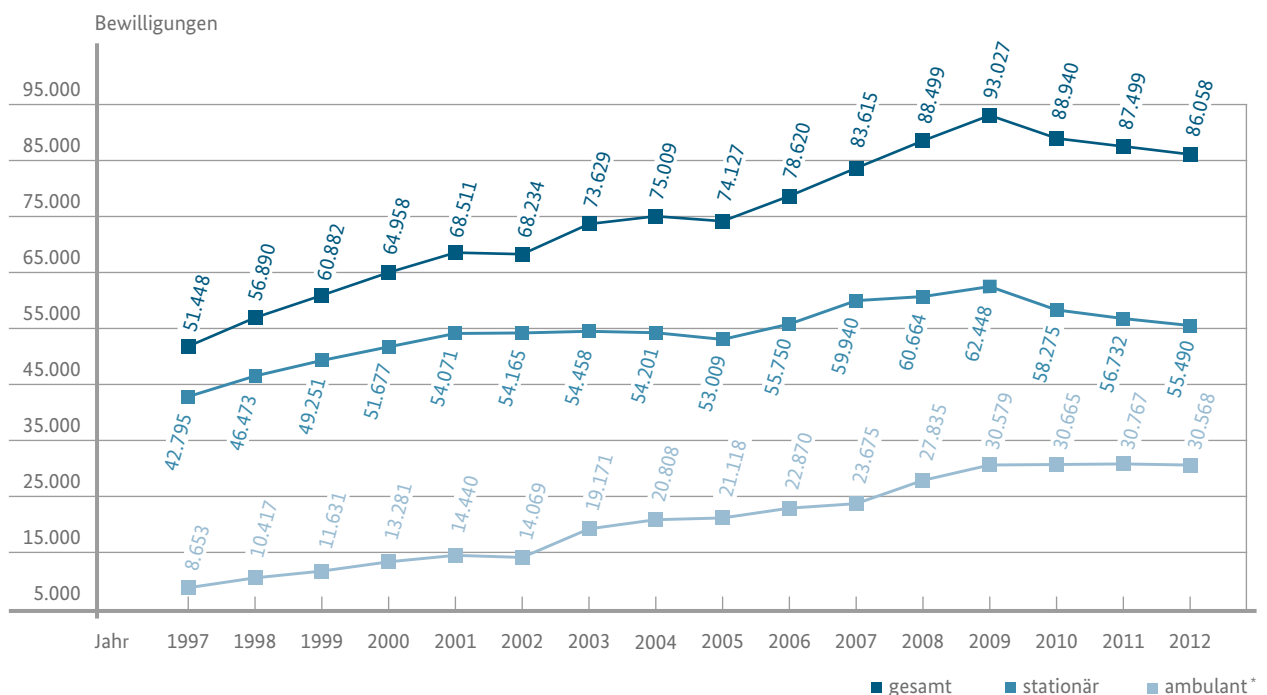
Grundsätzlich ist in den Jahren 1997 bis 2009 einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung auch die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kontinuierlich gestiegen. Seit 2010 ist als Folge eines allgemeinen Antragsrückgangs auch ein Rückgang der Bewilligungszahlen bei Entwöhnungsbehandlungen zu

verzeichnen (Abbildung 57). Eine Ausnahme von dieser Entwicklung bilden die ambulanten Leistungen.

#### 2.1.1.2 Qualitätssicherung

Seit vielen Jahren entwickelt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als größter deutscher Träger medizinischer Rehabilitation u. a. für die Suchtrehabilitation ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm. Insbesondere für den stationären Bereich wurden differenzierte Erhebungsinstrumente und Qualitätssicherungsverfahren entwickelt, darunter Strukturhebung, Rehabilitandenbefragung, Peer Review des Reha-Prozesses, Auswertungen zur Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL) und evidenzbasierte Reha-Therapiestandards. Dieses Instrumentarium wird, mit Ausnahme der Rehabilitandenbefragung, auch im Bereich der ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation eingesetzt.

**Abbildung 57:**  
Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2012



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

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013

Erstmalig liegen nun Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitanden vor, die eine berufsbegleitende ambulante Suchtrehabilitation absolviert haben. Die Auswertungen basieren auf Angaben von 4.233 Befragten, die ihre Rehabilitation zwischen August 2009 und Juli 2011 abgeschlossen haben. Sie wurden 8 bis 12 Wochen nach dem Reha-Ende mit einem speziell für diesen Versorgungsbereich entwickelten Rehabilitandenbefragungsbogen untersucht. Der Rücklauf betrug 40 Prozent. In beiden untersuchten Qualitätsindikatoren – patientenseitige Urteile zur Zufriedenheit und subjektive Einschätzungen des wahrgenommenen Rehabilitationserfolgs – wird deutlich, dass die ambulante Suchtrehabilitation von den Betroffenen gut bis sehr gut beurteilt wird. Dabei ist jedoch eine positive Selektion der Fälle in der ambulanten Suchtrehabilitation anzunehmen. So ist bei den Befragten beispielsweise von einer geringeren Erkrankungsschwere und einer besseren sozialen Integration als bei stationären Suchtrehabilitanden auszugehen.

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) >  
[Fachbereiche > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung](#)

### 2.1.1.3 Haft und Entwöhnungsbehandlungen

Laut § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI können Versicherte, die sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126 a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind, von der Rentenversicherung keine Leistungen zur Teilhabe bekommen. Damit ein Versicherter dennoch nahtlos eine Entwöhnungsbehandlung nach der Haft beginnen kann, haben sich die Rentenversicherungsträger auf eine einheitliche Regelung geeinigt. Danach berufen sie sich im Interesse der Nahtlosigkeit nicht auf den Ausschlussgrund, wenn der Antrag auf Entwöhnungsbehandlung vier Wochen vor der regulären Haftentlassung gestellt wurde und eine Bestätigung des Haftendes vorliegt. Seit Beginn des Jahres 2012 wird diese Regelung bundesweit angewandt.

Eine andere rechtliche Situation liegt bei der Anwendung von § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) vor.

Hier findet der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ Anwendung und die Kostenzusage der Rentenversicherung kann während der Haftzeit erfolgen.

Darüber hinaus haben die Träger der DRV zu diesem Sachverhalt das bundesweit einheitliche Formular G435 entwickelt. Auf diesem Formular kann die Justizvollzugsanstalt oder Jugendstrafanstalt bei Anträgen auf Entwöhnungsbehandlungen aus der Haft heraus die verschiedenen rechtlichen Fallgestaltungen bescheinigen. Das Formular soll die einheitliche Anwendung seitens der Rentenversicherungsträger und den nahtlosen Übergang in die Rehabilitation fördern.

Formular:

[www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/04\\_formulare\\_und\\_antraege/\\_pdf/G0435.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/_pdf/G0435.html)

### 2.1.1.4 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Suchtnachsorge

Die DRV und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben sich auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 31. Oktober 2012 verständigt. Es definiert die erforderlichen Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung und grenzt sie von anderen Rehabilitationsleistungen ab. Das Rahmenkonzept beschreibt die Inhalte und Themen der Nachsorge. Ferner enthält es qualitative Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen und beschreibt die Einleitung und Durchführung der Nachsorge. Die DRV und die GKV wollen soweit wie möglich gemeinsame Formulare zur Beantragung, Dokumentation und Abrechnung nutzen. Mit dem Rahmenkonzept unterstreichen die Rehabilitationsträger die Bedeutung der Nachsorge zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Entwöhnungsbehandlungen. Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen eingebunden.

Bei einer gemeinsamen Erörterung wurden Anregungen der Verbände aufgegriffen und führten zu sinn-

vollen Ergänzungen des Konzeptes. Das „Gemeinsame Rahmenkonzept“ ist am 1. März 2013 in Kraft getreten. [www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Fachbereiche/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/gem\\_rahmenkonzept\\_nachsorge\\_abhaengigkeitskranker\\_2012.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_nachsorge_abhaengigkeitskranker_2012.html)

#### **2.1.1.5 Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung**

##### **2.1.1.5.1 Projekt „Integrationsbezogenes Fallmanagement Sucht“ (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover)**

Das Projekt „Integrationsbezogenes Fallmanagement Sucht“ hat Mitte des Jahres 2012 mit zunächst zwei Entwöhnungseinrichtungen begonnen. Das Fallmanagement richtet sich an arbeitslose Versicherte, die eine stationäre bzw. ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in Anspruch genommen haben.

Die Entwöhnungseinrichtung bereitet die Versicherten auf das Fallmanagement vor und stellt noch während der medizinischen Rehabilitation den Kontakt zum externen Fallmanager her. Der Fallmanager ist am Wohnort der Versicherten ansässig und unterstützt sie individuell bei der beruflichen Wiedereingliederung. Durch die berufliche Reintegration und die damit verbundene Tagesstruktur soll das Gefährdungspotenzial eines Rückfalles erheblich gemindert und damit das Rehabilitationsergebnis nachhaltig gesichert werden. Sollte sich das Projekt als effektiv und effizient erweisen, soll das Fallmanagement auf weitere suchtspezifische Indikationen ausgeweitet werden.

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

Ziel des von der DRV Baden-Württemberg durchgeführten Modellprojekts „BISS“ ist es, ehemalige Drogenabhängige beim Einstieg in den Arbeitsmarkt zu

unterstützen. Bisher haben insgesamt knapp 70 Versicherte an dem Projekt teilgenommen.

Ein vorläufiges Ergebnis ist, dass der Anteil der Personen in Arbeit, vielfach mit einem regulären Arbeits- oder Ausbildungsvertrag, bei 93 Prozent liegt. Die Resultate der Vergleichsgruppe sind signifikant niedriger. Der Bericht der wissenschaftlichen Evaluation steht noch aus. Das Projekt im Integrationszentrum Lahr lief zum Jahresende 2012 aus und soll aufgrund der positiven Ergebnisse im Rahmen einer Kombinationsbehandlung in den Regelbetrieb überführt werden. Dabei wird jenen Rehabilitanden, die nach der stationären Phase weitere Betreuung benötigen, eine ambulante Rehabilitation angeboten, bei der arbeitsbezogene und berufsorientierte Leistungen im Mittelpunkt stehen.

##### **2.1.1.5.3 Modellprojekt „SURE“ (Substitutionsgestützte Rehabilitation) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)**

Das Projekt „SURE“ soll substituierten Drogenabhängigen über die Rehabilitation einen Weg zur Drogenfreiheit ermöglichen und läuft noch bis Ende 2013. Initiiert wurde es von der DRV Baden-Württemberg, dem Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation, der Drogenberatungsstelle Release und dem Caritasverband für Stuttgart e.V. Die ersten Zwischenberichte liegen vor. Bei der Hälfte aller abgeschlossenen Rehabilitationen gelang über eine schrittweise Reduzierung des Substituts eine Abstinenz von Suchtmitteln. Dieses Ergebnis zeigt, dass es sich bei dem Projekt um eine gute Alternative zur Substitutionsbehandlung auf Dauer handelt.

##### **2.1.1.5.4 Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungslangzeitbehandlung bei Patienten mit Suchterkrankungen (HELPS) (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)**

Dem Hausarzt kommt eine besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, suchtmittelabhängige Menschen auf eine Entwöhnungsbehandlung vorzubereiten. Seit November 2011 können in Mitteldeutschland Entwöhnungsbehandlungen grundsätzlich ohne Sozialbericht

und auf der Grundlage anderweitiger ärztlicher Befunde eingeleitet und durchgeführt werden.

Die DRV Mitteldeutschland und die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg führen mit Hausärzten eine zweiarmige Interventionsstudie mit Cluster-Randomisierung auf Praxisebene durch. Dabei soll untersucht werden, inwieweit durch HELPS die Antrittsquote bei Entwöhnungsbehandlungen merklich gesteigert werden kann. Im Rahmen der Studie werden die teilnehmenden Praxen über die Screening-Instrumente CHAT zum Hilfebedarf bezüglich einer Suchterkrankung und CAGE/AUDIT zur Unterstützung der Differenzialdiagnose Alkoholabhängigkeit/schädlicher Alkoholgebrauch informiert. Zudem werden regionale Behandlungsangebote bei Suchterkrankungen bzw. zur berufsbegleitenden Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch vorgestellt.

Im Rahmen der Studie wird u. a. betrachtet, ob HELPS zu einer Erhöhung der Antrittsquote, der Abstinenzquote sowie der Veränderungsmotivation führt und inwieweit sich im Rahmen der Intervention die Einstellung der Hausärzte zur Versorgung von Patienten mit einer Suchterkrankung ändert.

#### 2.1.1.5.5 Reha-Fallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)

Die Reha-Fallbegleitung richtet sich an Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige mit erwerbsbezogenen Problemen und dabei insbesondere an diejenigen, die in den letzten fünf Jahren bereits eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt oder nicht angetreten haben. Dabei werden die Versicherten von einem persönlichen Begleiter unterstützt, der von der Rehabilitationseinrichtung gestellt wird. Damit soll es den Versicherten erleichtert werden, alle Hilfen bis zur beruflichen Wiedereingliederung zu nutzen.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgte durch die Universitäten Freiburg und Koblenz-Landau. Seit Anfang des Jahres 2012 liegt ein Abschlussbericht vor, der u. a. die hohe Inanspruchnahme und die Zufriedenheit der Teilnehmer belegt. Daher bietet die

DRV Rheinland-Pfalz seit 2012 die Reha-Fallbegleitung als Regelangebot an. Ferner wird 2013 ein Manual zu den Prozessen der Reha-Fallbegleitung erstellt.

### 2.1.2 Beispiele aus Ländern und Verbänden

#### Fachverband Sucht:

##### Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010

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

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

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

Nach DGSS 4 ergibt sich für den Entlassjahrgang 2010 eine katamnestiche Erfolgsquote von 41,3 Prozent. 32 Prozent des Entlassjahrgangs lebten im Katamnesezeitraum durchgehend abstinent, 9,3 Prozent waren

mindestens seit 30 Tagen wieder abstinent. 12,2 Prozent gaben an, dauerhaft rückfällig zu sein, und insgesamt 46,5 Prozent haben die Ein-Jahres-Katamnese nicht beantwortet.

Dabei stellt DGSS 1 eine Überschätzung und die konservativste Berechnungsform, DGSS 4 eine Unterschätzung der tatsächlichen Ergebnisse dar, da alle Nicht-Antworte als rückfällig gewertet werden. Die Ergebnisse insgesamt sprechen für eine hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in der stationären medizinischen Rehabilitation.

#### Rheinland-Pfalz:

##### **AHG Kliniken Daun: Forschungsprojekt zur webbasierten Tele-Nachsorge bei Alkoholabhängigen**

Nachsorgekonzepte mithilfe neuer Medien im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitation haben sich bewährt. Daher richtet sich das vorliegende Forschungsprojekt, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) gefördert wird, auf die Erprobung einer webbasierten Tele-Nachsorge im Hinblick auf Abhängigkeitserkrankungen.

Im Rahmen einer prospektiv randomisierten Längsschnittstudie nehmen die Patienten entweder an einer wöchentlichen therapeutisch geleiteten Chatgruppe oder an einem monatlichen telefonischen Kurzkontakt mit einem Therapeuten teil. Beide Gruppen erstrecken sich über einen Zeitraum von sechs Monaten nach der Entlassung aus der stationären Entwöhnungsbehandlung.

Als Datengrundlage dienen zum einen die standardisierte Basisdokumentation und Katamnese sowie psychometrische Fragebögen. Zum anderen werden spezifische Instrumente, beispielsweise zur Erhebung von Rückfällen und zur Interventionsevaluation, eingesetzt.

Erste Auswertungen geben Hinweise auf die Wirksamkeit einer therapeutisch geleiteten Chat-Nachsorge.

Sollte sich dieser Trend in weiteren Analysen bestätigen, stellt die webbasierte Tele-Nachsorge eine effiziente Möglichkeit dar, alkoholabhängige Rehabilitanden poststationär bei der Verfolgung ihrer Therapieziele im Alltag zu unterstützen.

[www.ahg.de/AHG/Standorte/Daun\\_Rosenberg/index.html](http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Daun_Rosenberg/index.html)

### 2.1.3 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen Beispiel aus den Ländern

#### Baden-Württemberg:

##### **Suchtpsychiatrische Versorgung am ZfP Südwürttemberg 2012**

Das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg ist für die suchtpsychiatrische Versorgung der Landkreise Bodenseekreis, Ravensburg, Biberach, Alb-Donau, Reutlingen, Esslingen und des Stadtkreises Ulm zuständig. Es bietet vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung an. Eine Besonderheit sind die speziellen Suchttherapiezentren in Ulm und Reutlingen, die gemeinsam mit anderen Leistungserbringern (Suchtberatungsstellen, Rehabilitationsanbietern) betrieben werden.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 9.124 Patienten im ZfP vollstationär behandelt, davon 2.493 Patienten (27 Prozent) suchtpsychiatrisch. Teilstationär wurden insgesamt 1.340 Patienten behandelt, davon 477 Patienten (36 Prozent) suchtpsychiatrisch. Hinzu kommen über 2.300 ambulant behandelte Patienten (Abbildung 60).

Wie die Abbildungen zeigen, finden immer mehr Behandlungen im tagesklinischen und ambulanten Setting statt. Insbesondere im ambulanten Bereich ist ein rasanter Anstieg zu verzeichnen. 80 Prozent aller am ZfP stationär oder teilstationär behandelten Patienten werden in Weiterbehandlungen vermittelt, u. a. in andere stationäre Behandlungen, ambulante

Psychotherapien und Rehabilitationsbehandlungen. Die Behandlung findet dabei zunehmend gemeinde-nah statt, außerhalb der ursprünglichen ZfP-Gelände, an Satellitenstationen, in Suchttherapiezentren und aufsuchend in Heimen und betreuten Wohneinrichtungen. Außerdem leisten an vielen Allgemeinkranken-häusern des Versorgungsbereiches suchtpsychiatri-sche Fachärzte Konsil- und Liaisondienste. Damit ist zunehmend eine niedrigschwellige suchtpsychiatri-sche Versorgung möglich.

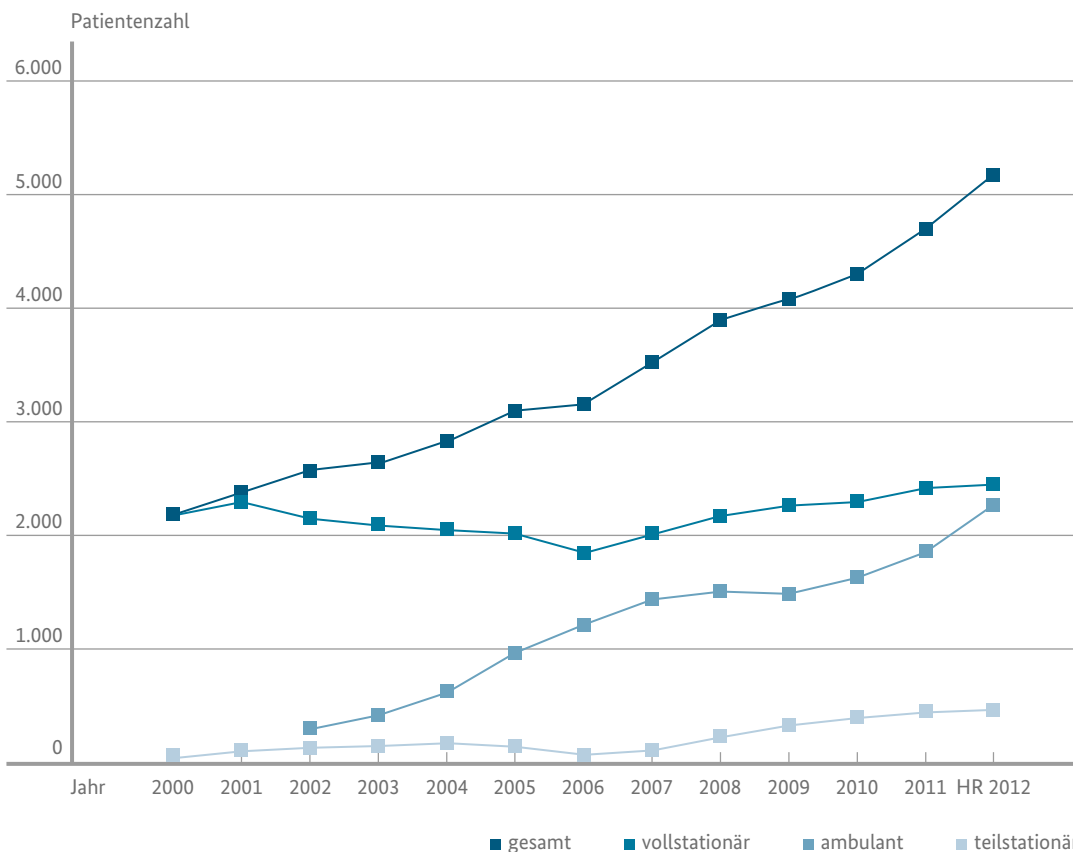
**2.1.4 Forschung**

**2.1.4.1 Sucht und Gewalt: CANSAS-Netzwerk**

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

Suchtprobleme gehören zu den häufigsten Folgen frü-her Gewalt, mindestens die Hälfte aller Personen in Suchtbehandlung hat frühe Misshandlung oder Ver-nachlässigung erlebt. Hierbei sind gerade Suchtpro-bleme der eigenen Eltern ein wichtiger Risikofaktor

**Abbildung 58:**  
**Ambulantisierung der Suchtbehandlung**



Quelle: Jahresstatistik 2000–2012, Medizincontrolling ZfP Südwürttemberg



für Gewalt und Vernachlässigung im Kindesalter. Ziel des CANSAS-Netzwerkes ist es daher, den Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Gewalt bzw. Vernachlässigung besser zu verstehen und Behandlungsansätze für Betroffene zur Verfügung zu stellen. In diesem Rahmen gilt es auch, die Gewalterlebnisse von Suchtkranken und das Risiko suchtkranker Eltern, Gewalt gegen ihre Kinder auszuüben, besser einschätzen zu lernen. Im Verbundprojekt „D-CPT“ sollen im Rahmen der klinischen Studie zudem Veränderungen relevanter Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel substanzbezogener Störungen, erfasst werden. Im Jahr 2012 haben vier der insgesamt sechs Projekte begonnen.

[www.cansas-studie.de](http://www.cansas-studie.de)

#### 2.1.4.2 Beispiele aus den Ländern

##### Hamburg:

###### **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE): Emotionsregulation und Substanzkonsum**

Eine häufige Folge früher Gewalt ist eine veränderte Emotionsregulation. Substanzgebrauch kann dann oft als Strategie zur Bewältigung belastender Emotionen verstanden werden. Deshalb untersucht das Psychologische Institut der Universität Heidelberg gemeinsam mit der Katholischen Fachhochschule Köln die Bedeutung einer veränderten Emotionsregulation für Suchtverlangen und Rückfälle bei Betroffenen.

###### **Neuroendokrine Stressantwort bei Alkoholabhängigkeit**

Auch die hormonelle Stressantwort, die für Suchterkrankungen von Bedeutung ist, kann durch frühe Gewalt verändert werden. Das ZIS in Hamburg untersucht anhand verschiedener Methoden die Stressachsen-Aktivität bei alkoholabhängigen Patienten mit und ohne frühe Traumatisierungen und bei Vergleichspersonen ohne Suchterkrankungen.

###### **Therapie für Erwachsene mit posttraumatischen Störungen**

In einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft das ZIS in Hamburg gemeinsam mit der Universität Duisburg-Essen, den Kliniken Essen-Mitte, dem Evangelischen Krankenhaus Bielefeld und der LVR-Klinik Köln die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie „Sicherheit finden“ für Personen mit posttraumatischen Störungen und Suchtproblemen.

###### **Therapie für Jugendliche mit posttraumatischen Störungen**

Die Jugendversion der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie „Sicherheit finden“ wird durch das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Kooperation mit dem ZIS bei Jugendlichen mit Suchtproblemen und posttraumatischen Störungen erprobt.

#### 2.1.4.3 Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn

Wie Drogen auf das menschliche Gehirn wirken, wird mit finanzieller Unterstützung des BMBF im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung untersucht. So werden beispielsweise an der Technischen Universität Dresden anhand klinischer Bildgebungsstudien die Einflüsse des Drogenkonsums auf die Reifung des jugendlichen Gehirns erforscht. Auch das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim befasst sich im Rahmen des europäischen Forschungsnetzwerkes NEURON mit Methoden zur Bildgebung. Hier sollen alkoholismusbedingte Störungen in neuronalen Netzwerken zur Beurteilung pharmakologischer Therapieansätze erforscht werden.

### 2.1.5 Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtbehandlung

#### Sachsen:

##### **Akupunkturgestützte Suchtbehandlung: ein Angebot der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle „Känguruh“, Leipzig**

Die Methode der Ohrakupunktur für Abhängige von Suchtstoffen (NADA-Protokoll) wurde in der Drogenambulanz des staatlichen Lincoln Hospital in New York entwickelt. Aufgrund der bisherigen Erfolge wird diese Methode inzwischen weltweit in vielen Alkohol- und Drogenhilfeprojekten angewandt. Allein in Deutschland arbeiten bereits über 200 psychiatrische und Suchthilfeeinrichtungen nach dem NADA-Protokoll.

Diese besondere Art der Akupunktur wirkt bei allen bisher bekannten Suchtstoffen (u. a. bei Alkohol, illegalen Drogen und Nikotin), lindert Entzugssymptome und mindert das Suchtverlangen. Sie wirkt auf innere Selbstheilungskräfte und kann Störungen im Wohlbefinden regulieren.

Die Suchtberatungsstelle „Känguruh“ des Zentrums für Drogenhilfe am Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig ist eine von der NADA in Sachsen erstmals zertifizierte ambulante Suchteinrichtung. Seit Bestehen des Angebots 2009 gab es jährlich ca. 100 Inanspruchnahmen. Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll liegt hinsichtlich der Prüfung von Indikation und Kontraindikation in der Verantwortung der Beratungsstellenärztin. Die Akupunktur findet grundsätzlich im Gruppensetting statt und ist somit stärkend und wertschätzend. Die Klienten lernen bei diesem nonverbalen Angebot, sich selbst und andere (einschließlich Therapeuten) in entspannter Umgebung auszuhalten und ihre Selbstwahrnehmung und -fürsorge zu verbessern.

Die Suchtohrakupunktur ist ein einfaches, effektives und kostengünstiges Zusatzverfahren, das eine gute Grundlage für weiterführende Suchtbehandlungen

schaftt bzw. die Erfolge von Vorbehandlungen stabilisiert. Sie ist eine suchtmittelmedizinische Methode, die eine strikte Einbettung in das psychosoziale Spektrum der Suchtkrankenhilfe erfordert. Durch Spenden über den Förderverein des Zentrums für Drogenhilfe e.V. ist derzeit eine kostenlose Inanspruchnahme möglich.

#### Hessen:

##### **Tagesstätte für suchtmittelabhängige Frauen und Männer in Frankfurt**

In enger Abstimmung mit dem Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen hat der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (JJ) eine Tagesstätte für Menschen mit Suchterkrankung in Betrieb genommen, die 20 Plätze bereithält.

Der Aufbau von Tagesstätten im Suchthilfebereich und insbesondere für Drogenabhängige ist bisher noch Neuland, aber aufgrund der Problemlagen der Klientel eine Notwendigkeit. Die Tagesstätte richtet sich speziell an chronisch abhängigkeiterkrankte Menschen, die einer besonderen Unterstützung im Rahmen der psychosozialen Versorgung bedürfen und Leistungen nach SGB XII erhalten.



Das Angebot richtet sich an Personen zwischen 18 und 65 Jahren und damit auch an eine älter werdende Klientel, weshalb zukünftig ein hoher Bedarf und eine hohe Nachfrage zu erwarten sind. Die Tagesstätte stellt eine qualifizierte Ergänzung zum betreuten Wohnen dar. So gibt sie beispielsweise Hilfestellungen bei

alltäglichen Tätigkeiten wie Kochen, Einkaufen und Behördengängen und fördert u. a. durch gemeinsame Mahlzeiten soziale Kontakte. Des Weiteren bietet sie Trainings für die Verbesserung von Ausdauer und Konzentration an und organisiert Ausflüge und kulturelle Unternehmungen. Ziel ist es, die Gefahr von Rückfällen oder Beigebrauch zu reduzieren.

[www.jj-ev.de](http://www.jj-ev.de)

[www.jj-ev.de/index.php/tagesstaette-bahnweg](http://www.jj-ev.de/index.php/tagesstaette-bahnweg)

#### Bremen:

##### „[Esc]ape“ – Suchtambulanz für Jugendliche

Mit der Suchtambulanz „[Esc]ape“ wurde 2010 in Bremen ein Suchthilfeangebot geschaffen, das sich speziell an suchtgefährdete Jugendliche und ihre Angehörigen richtet. Zuvor waren Hilfesuchende auf eine Vielzahl unterschiedlicher Institutionen und Einrichtungen ohne spezifisches Angebotsprofil angewiesen (Jugendhilfe, Sucht- und Drogenhilfe, Beratungsdienste für Schüler). Das neue Angebot basiert auf den Ergebnissen einer Untersuchung von 300 Jugendlichen mit Suchtmittelproblemen, die 2008 vom Bremer Gesundheitsamt durchgeführt wurde.

Die Studie ermöglichte erstmals eine verlässliche Bedarfseinschätzung und ergab Hinweise auf Defizite des bestehenden Hilfesystems. Die Befunde führten schließlich zu der Entscheidung, die Beratungsangebote für suchtgefährdete Jugendliche in einer zentralen Suchtambulanz zusammenzuführen. Im Unterschied zu vergleichbaren Angeboten in anderen Städten ist die Bremer Jugendsuchtambulanz „[Esc]ape“ Bestandteil des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystems. Träger sind das Bremer Gesundheitsamt und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein wesentlicher Grund für diese Trägerkonstruktion war der Befund, dass deutlich mehr als die Hälfte der in der Studie untersuchten Jugendlichen neben dem Suchtmittelmissbrauch auch psychische Auffälligkeiten oder Störungen aufwiesen, die in der Mehrzahl der Fälle bereits vor Beginn des Suchtmittelmissbrauchs bestanden.

Die Befürchtung, dass die Anbindung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Hilfesuchende abschreckend wirken könnte, hat sich nach einer 2012 durchgeführten Evaluation nicht bestätigt. Bewährt hat sich auch die Entscheidung, auf die im Erwachsenenbereich verbreitete Trennung nach legalen und illegalen Suchtmitteln zu verzichten. So wurden auch stoffungebundene Auffälligkeiten wie der exzessive Computer- bzw. Mediengebrauch in das Hilfeangebot der Ambulanz integriert.

[www.gesundheitsamt.bremen.de](http://www.gesundheitsamt.bremen.de)

#### 2.1.6 Sucht im Alter

Suchterkrankungen können Menschen jeden Alters treffen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es in Deutschland zukünftig noch mehr Menschen mit Suchterkrankungen im fortgeschrittenen Alter geben. Wenn auch im Durchschnitt der Konsum von Alkohol und Tabak im höheren Alter zurückgeht, so sind Substanzmissbrauch und -abhängigkeit in dieser Altersgruppe inzwischen keine Seltenheit mehr. Bei über 60-Jährigen stehen der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol im Vordergrund. Schätzungen gehen davon aus, dass allein bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen sind. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die Substanzen riskant konsumieren, in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter zunehmen. Auslöser für einen Missbrauch bei älteren und alten Menschen kann ein einschneidendes persönliches Ereignis sein, beispielsweise die Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den Ruhestand oder der Verlust des Lebenspartners. Nicht selten bestanden Missbrauch und Abhängigkeit aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase.

##### 2.1.6.1 Expertengespräch zu Sucht im Alter

Lange wurde das Thema „Sucht im Alter“ von Politik, Forschung und Gesellschaft zu wenig beachtet. Mit steigender Problematik in Altenhilfeeinrichtungen, in der Suchthilfe und anderen Organisationen gewinnt

das Thema jedoch zunehmend an Bedeutung. Um einen Überblick über den aktuellen Wissensstand zu bekommen, lud die Drogenbeauftragte der Bundesregierung am 6. November 2012 Wissenschaftler, Fachverbände und Praktiker aus verschiedenen Einrichtungen zu einem Expertengespräch ein.

Schlaf- und Beruhigungsmedikamente werden häufig viel zu lange verabreicht, ohne dass die Notwendigkeit hierzu überprüft wird. Etwa 2 Prozent der Senioren nehmen dauerhaft Benzodiazepine ein, besonders in Pflegeeinrichtungen. Dabei werden Medikamente im Körper älterer Menschen langsamer abgebaut und die Wirkung hält länger unkontrolliert an. Selbst sieben Wochen nach dem Absetzen der Medikation können noch Auswirkungen auf die Aufmerksamkeitsfähigkeit (Vigilanz) und kognitive Leistungsfähigkeit auftreten, was wiederum ein erhöhtes Sturzrisiko und/oder antriebsarmes Verhalten zur Folge haben kann.

Nach Meinung der Experten bestehen bei den Fachkräften aktuell noch Wissensdefizite hinsichtlich psychoaktiver Medikamente. Ein bedenklicher Konsum oder eine bestehende Abhängigkeit werden von ihnen nur selten wahrgenommen. Das Angebot an Fortbildungen und Schulungen in Pflegeeinrichtungen zur Thematik ist bislang noch zu gering, obwohl ein großes Interesse daran besteht, die Wissenslücken zu schließen. Dabei können die Mitarbeiter schon mit ihrem eigenen Konsumverhalten und ihrer allgemeinen Einstellung zum Thema Sucht die zu betreuenden älteren Menschen erheblich beeinflussen. Die Sensibilität und die Wahrnehmung aller Fachkräfte gegenüber gesundheitsgefährdendem Konsum von psychoaktiven Medikamenten, Tabak, Drogen und anderen suchtiinduzierten Mitteln muss daher gefördert werden. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Netzwerke in der Suchthilfe. Durch Kooperationsvereinbarungen können strukturierte und systematische Maßnahmenpakete entstehen, etwa Schulungen für Schüler der Alten- und Krankenpflege sowie für angehende Ärzte oder Basisschulungen für das nichtmedizinische oder nichtpflegerische Personal. Ebenso müssen in der ambulanten und stationären Altenhilfe mehr niedrigschwellige Angebote geschaffen werden. Ziel ist es, nicht nur die

Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige zu erreichen, um ihnen Informations- und Unterstützungsangebote anzubieten.

Projekte, bei denen Menschen mit eigener Suchterfahrung miteinander und für andere Suchtkranke Hilfen erarbeiten, sehen die Experten als sehr überzeugendes und produktives Instrument bei der Suchtprävention und -therapie an. Das Tabu der Thematik „Sucht im Alter“ muss durch Kommunikation mit den Betroffenen und den an der Suchtarbeit beteiligten Berufsgruppen, aber auch durch den direkten Kontakt mit der Öffentlichkeit abgebaut werden.

Häufig führen kritische Lebensereignisse und Veränderungen in der Lebensplanung zu Sinnkrisen und erhöhen das Risiko für eine Suchterkrankung, so beispielsweise der Übergang vom Berufsleben zum Ruhestand oder der Verlust naher Angehöriger und Freunde. Es geht um die Würdigung der einzelnen Lebensleistungen und die allgemeine Wertschätzung. Die Betroffenen müssen dazu ermutigt werden, für die Bewältigung der Sucht Hilfe anzunehmen, beispielsweise indem man ihnen wieder Lebensqualität aufzeigt. Gesundheit und Lebensqualität sind in jedem Alter wichtig. Das häufig vorgebrachte Gegenargument „Lasst doch den Alten ihre (letzte) Freude“ ignoriert das Bedürfnis nach Gesundheit und leugnet den berechtigten Anspruch des Menschen auf eine gute Gesundheit und eine hohe Lebensqualität in dieser Lebensphase.

#### **2.1.6.2 Modellprojekte „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“**

Damit Suchtberatung, Suchthilfe und Altenhilfe sich frühzeitig auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Suchterkrankungen einstellen können, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits 2009 mit der Förderung von acht Modellprojekten zum Thema „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ begonnen.

Ziel ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen in der Alten-

und Suchthilfe zu steigern. Hierfür soll in den Modellprojekten eine strukturierte Zusammenarbeit beider Bereiche gefördert werden, bei der es zu einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften kommt. So werden zum einen bedarfsgerechte gemeinsame Fortbildungen für die Fachkräfte, zum anderen Curricula für die Ausbildung konzipiert und erprobt. Für die tägliche Arbeit ist vorgesehen, Strukturen zur gegenseitigen Beratung zu schaffen und gemeinsame Fallbesprechungen durchzuführen. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Projekten sind unter [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de) einsehbar.

Nach einem erfolgreichen Verlauf werden sieben Projekte ein weiteres Jahr gefördert. Ziel dieser Verlängerung ist eine dauerhafte Verankerung in den vorhandenen Strukturen.

#### **Beispiel 1: Modellprojekt „WATCH“ der Diakonie Löbau-Zittau gGmbH**

Das Projekt „WATCH“ mit Sitz im Landkreis Görlitz (Sachsen) konzentriert sich stark auf die Konzeption und Etablierung eines flächendeckenden Weiterbildungsangebots im mitteldeutschen Raum. Fachkräfte der Sucht- und Altenhilfe erarbeiten in gemeinsamen Seminaren zum Tabuthema „Sucht im Alter“ Lösungsansätze, die vor allem in regionalen Netzwerken umsetzbar sind. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf den Pflegealltag in der stationären Altenhilfe und die Beratungs- und Interventionsmöglichkeiten. Es wurden dafür drei Seminartypen konzipiert, die unterschiedliche Zielgruppen für das Thema sensibilisieren:

1. Das Führungskräfteseminar spricht vor allem Leitungskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an, geht auf strukturelle und organisatorische Probleme ein und vermittelt Qualifizierungsmaßnahmen.
2. Das Basisseminar kann grundsätzlich für alle Mitarbeiter einer Einrichtung (inkl. Haus- und Reinigungspersonal) angeboten werden und vermittelt grundlegendes Wissen zum Thema.
3. Das Aufbauseminar ist eine inhaltliche Weiterführung des Basisseminars und spricht Mitarbeiter an,

die sich intensiver mit akuten Problemsituationen und deren Bewältigung beschäftigen.

Alle Seminarkonzepte werden im Rahmen des Projekts mehrfach durchgeführt und evaluiert, um die Seminarinhalte kontinuierlich verbessern und anpassen zu können. Zudem sollen handlungskonkrete Unterstützungsangebote zur Problemlage „Sucht im Alter“ in den Qualitätsmanagementsystemen der Einrichtungen etabliert werden, um sie für die Mitarbeiter in ihrem Arbeitsalltag nutzbar zu machen. Fachtage, Diskussionsrunden, Hospitationen und Beratungsgespräche ermöglichen auch einen fachübergreifenden Informationsaustausch.

#### **Beispiel 2: Modellprojekt „HAMAB“**

Das Projekt „HAMAB“ (Hilfe für ältere Frauen und Männer mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – Altkreis Brilon) des Caritasverbandes Brilon e.V. sollte im nordrhein-westfälischen Altkreis Brilon die beteiligten Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe (AH) und der ambulanten und stationären Suchthilfe (SH) nachhaltig vernetzen. Projektteilnehmer waren die Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, die Fachklinik Fredeburg und das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

Mithilfe einer Ausstellung zur Thematik in verschiedenen öffentlichen Räumen sollte die Bevölkerung über die Bedeutung eines altersangepassten, risikoarmen Alkoholkonsums und eines zurückhaltenden Gebrauchs von Sedativa und Hypnotika informiert werden. Alle Mitarbeiter wurden umfangreich geschult, jede beteiligte Einrichtung der AH benannte einen Suchtbeauftragten und die beteiligten Einrichtungen der SH jeweils einen Altersbeauftragten, die gemeinsame Fach- und Fallkonferenzen durchführten.

Die Projektergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter der AH am Wissens- und Kompetenzerwerb zum Thema Suchtstörungen sehr interessiert sind. Dieser lässt sich durch Schulungen erfolgreich vermitteln. Rollenspiele erleichtern dabei den tabufreien Umgang mit der Pro-



blematik. Gemeinsame Fallbesprechungen der AH und SH sind wiederum geeignet, Gefahrenanalysen vorzunehmen, Interventionen vorzubereiten und den Verlauf zu beobachten.

Für eine funktionierende Regelversorgung müssen Strukturen klar, einfach und wenig zeitaufwendig sein. Das Thema Sucht ist Bestandteil des Qualitätsmanagementprozesses „Einarbeitung neuer Mitarbeiter“, wobei die Einarbeitung durch damit beauftragte und geschulte Mitarbeiter zu erfolgen hat. Die Einrichtungen der AH benötigen eine spezielle „Alkoholpolitik“. Während sich alkoholbezogene Interventionen in der ambulanten und stationären AH gut implementieren lassen, sind medikamentenbezogene Interventionen sehr viel schwieriger zu entwickeln. Grund hierfür ist die fehlende geregelte Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzten, die auch systematisch kaum herzustellen ist. Es bleibt daher fraglich, ob vor allem in der stationären AH der „Suchtansatz“ geeignet ist, die Problematik der zu häufigen und zu langen Verordnung von Benzodiazepinen und „Z-Drugs“ (Wirkstoffe: Zolpidem, Zopiclon u. a.) zu senken. Ein verbessertes Medikamentenmanagement könnte hierbei hilfreich sein.

### 2.1.6.3 Beispielprojekt aus den Ländern zu Sucht im Alter

#### Niedersachsen:

##### Infomappe „Aktives Altern: selbstbestimmt und unabhängig bleiben!“ – Basisinformationen zu Suchtmitteln im Alter

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) hat mit Unterstützung des Niedersächsischen Sozialministeriums eine umfangreiche Infomappe zur Thematik „Umgang mit Suchtmitteln im Alter“ entwickelt und veröffentlicht (Auflage: 5.000 Exemplare). Die Mappe enthält zahlreiche Informations- und Aufklärungsmaterialien, darunter auch Selbstkontrollbögen für Senioren zum persönlichen Alkoholkonsum und Medikamentengebrauch.

Die Infomappe dient den Multiplikatoren aus den Seniorenservicebüros (SSB) sowie den Angehörigen und Pflegekräften von älteren Menschen als Einführung in die Thematik, als Praxishilfe sowie als Informationsgrundlage. Sie soll Senioren für mögliche Suchtgefährdungen durch den Gebrauch von Alkohol und Medikamenten sensibilisieren, sie zur Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Konsumverhalten anregen und dazu motivieren, Beratungsangebote und ggf. Hilfen anzunehmen.

Die Materialien liegen in Niedersachsen in den SSB, den Mehrgenerationenhäusern und den kommunalen Pflegestützpunkten aus und sind dort zur Ab- und Weitergabe bestimmt. Auch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention wurden mit den Materialien ausgestattet. Sie sollen dazu beitragen, das Thema „Suchterkrankungen im Alter“ zu enttabuisieren, und hierfür eine höhere Sensibilität in der Öffentlichkeit erreichen. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Einsatz der Mappe und den Materialien sind außerordentlich positiv.

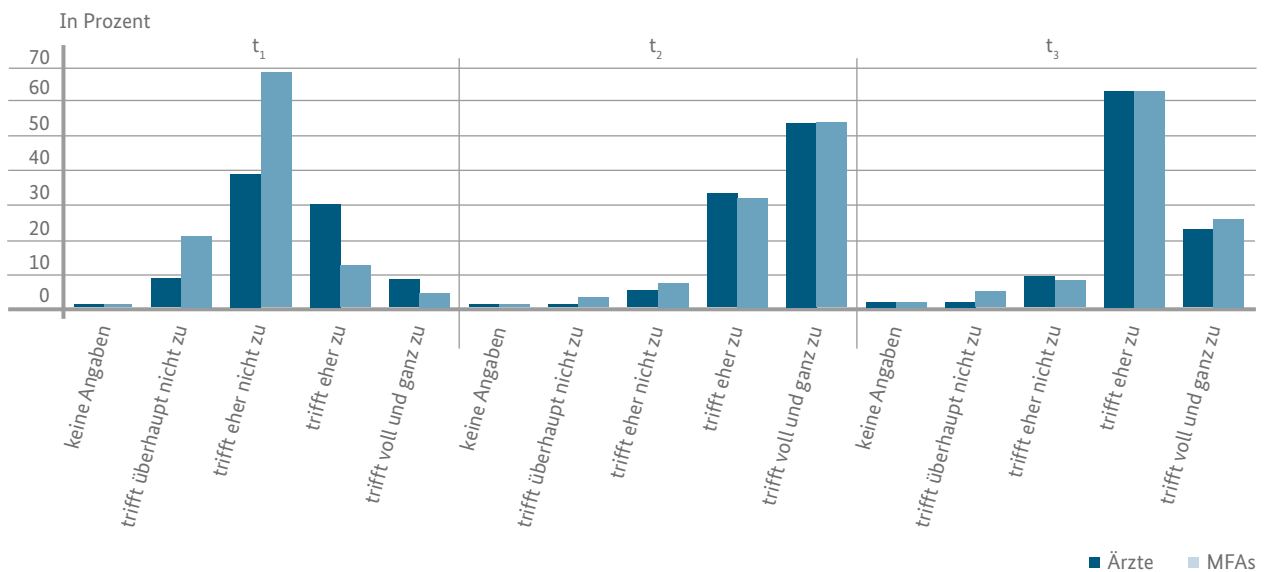
### 2.1.6.4 Projekt „Sucht im Alter“: Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen, Baden-Württemberg

Im Projekt „Sucht im Alter“ des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwestfalen wurden 101 Mitarbeiter (27 Ärzte, 74 Fachangestellte) aus 28 Hausarztpraxen und 45 Ärzte in sechs hausärztlichen Qualitätszirkeln praxisorientiert fortgebildet. Im Mittelpunkt standen dabei die Früherkennung und -intervention bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Tabak) von über 60-Jährigen sowie die frühzeitige und zielgerichtete Inanspruchnahme des sucht- und alterspsychiatrischen Hilfesystems durch Ältere. Zur Förderung der Handlungssicherheit wurde ein modulares Curriculum entwickelt. Alle Hausärzte (N = 182) und Moderatoren der Qualitätszirkel (N = 11) wurden schriftlich und telefonisch kontaktiert. Zur Evaluation der Praxischulungen wurden Fragebögen entwickelt und an



**Abbildung 60:**  
**Subjektive Selbsteinschätzung, Kenntnis des Hilfesystems bei Ärzten und medizinischen Fachangestellten (MFAs)**

„Ich weiß, welche Hilfeangebote es für ältere Menschen bei Suchtproblemen gibt“



Quelle: Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

drei Messzeitpunkten ( $t_1 - t_3$ ) anonymisiert eingesetzt. Anhand der Fragebögen wurde ermittelt, wie viele ältere Abhängigkeitskranke in den Zeiträumen 2007 bis 2009 und 2010 bis 2012 zentrale Versorgungseinrichtungen in Anspruch genommen haben. Die Gesprächsprotokolle wurden bedarfsorientiert und qualitativ ausgewertet.

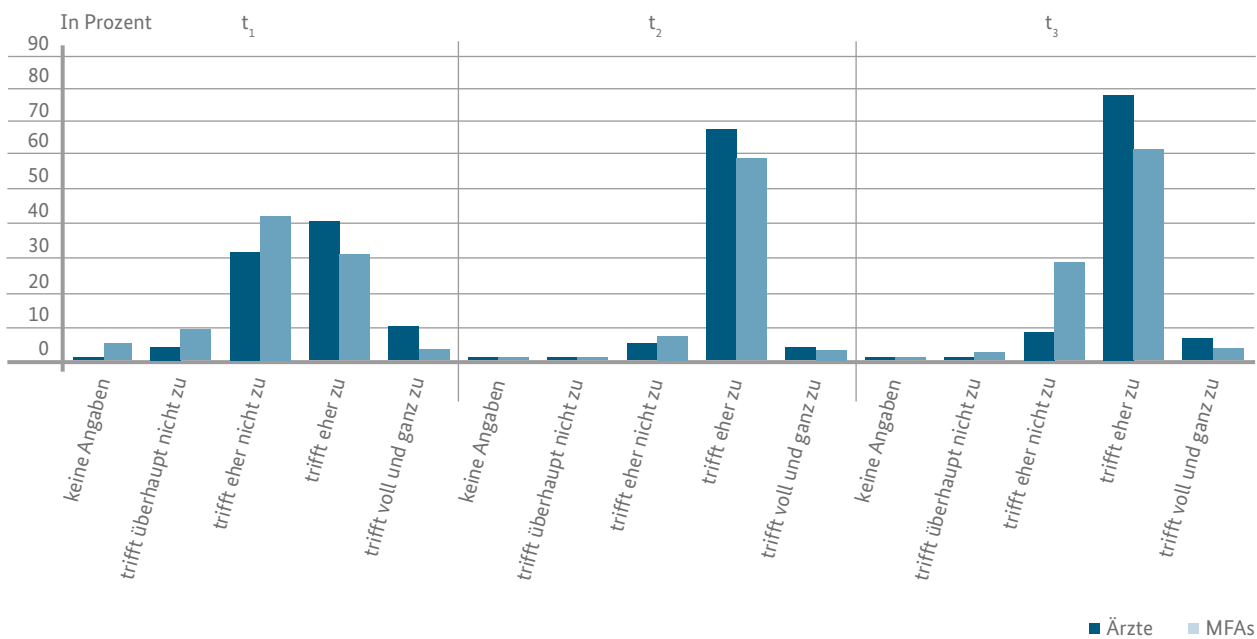
Mit den Fortbildungen der Praxen und Qualitätszirkel wurden insgesamt 51 Prozent der Hausarztpraxen ( $N = 135$ ) und 40 Prozent der Hausärzte ( $N = 182$ ) der Region erreicht. Auf der Basis eigener Schätzwahlen ( $N = 99$ ) wurden pro Quartal und Praxis durchschnittlich 63 ältere abhängigkeitskranke Patienten behandelt. In nahezu allen Kategorien erfolgte ein Wissens- und Kompetenzzuwachs (Wissen: +44 Prozent, Kommunikation/Selbstwirksamkeit: +30 Prozent, Kenntnis des alterspsychiatrischen und des Suchthilfesystems: +66 Prozent, Kenntnis fachlicher Ansprechpartner: +28 Prozent) (siehe Abbildung 60 und 61). Die Auswertung der statistischen Routineda-

ten von Beratungsstellen und Kliniken zeigt eine tendenziell erhöhte Inanspruchnahme durch Ältere. In den Gesprächsprotokollen wurde deutlich, dass die Hausärzte für das Thema sensibilisiert sind und die Verordnung von Benzodiazepinen durchaus kritisch reflektieren. Zudem zeigten die Hausärzte eine hohe Bereitschaft, auch ältere Abhängige persönlich weiter zu versorgen. Eine weiterführende Vernetzung des Sucht- und Altenhilfesystems ist hilfreich.

Die Ergebnisse belegen die Bedeutsamkeit und Versorgungsrelevanz des Themas. Vor dem Hintergrund des soziodemografischen Wandels wird sich das Problem verschärfen. Die Träger des kommunalen Suchthilfenetzwerkes müssen ihre Angebote dem regionalen Bedarf anpassen und durch die Kooperation der medizinischen, beratenden und pflegenden Dienstleister des Sucht- und Altenhilfesystems die „naturgemäß“ zeitaufwendige und intensive Versorgung älterer Abhängigkeitskranker gewährleisten.

**Abbildung 61:**  
**Subjektive Selbsteinschätzung, Selbstwirksamkeitserwartung bei Ärzten und medizinischen Fachangestellten (MFAs) zu drei Messzeitpunkten (t<sub>1</sub>–t<sub>3</sub>)**

„Meine Sicherheit bei Suchtproblemen von unseren Patienten schätze ich als gut ein“



Quelle: Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

**2.1.7 Migration und Sucht**

**2.1.7.1 Förderschwerpunkt Migration und Sucht**

Von 2009 bis Ende 2012 förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Modellschwerpunkt „transVer“ mit dem Ziel, eine kultursensible Suchthilfe zu entwickeln, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zum Suchthilfesystem zu erleichtern. Neben sechs regionalen Modellprojekten, in denen exemplarisch eine zielgruppengerechte Ansprache und Maßnahmengestaltung erprobt und evaluiert wurde, beinhaltete die Förderinitiative auch ein wissenschaftliches Begleitvorhaben, das von der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) in Zusammenarbeit mit FTK – Fortbildung transkulturell in Freudenstadt durchgeführt wurde. Das Modellvorhaben wurde zudem von einem Beirat unterstützt.

Die geförderten Projekte in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein setzten unter sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen ein breites Angebotsspektrum für verschiedene Zielgruppen um: für junge und ältere Menschen, Konsumierende von Alkohol und Drogen, Männer und Frauen, russisch- und türkischstämmige Personen, arabisch- und persischsprachige Asylsuchende, Hilferfahrene und Hilfeferne. Trotz grundlegender Erfahrungen in der Arbeit mit Migranten war es notwendig, im Modellverlauf (nochmals) Bedarfsermittlungen durchzuführen. Basierend darauf wurden erfolgreich heimat-sprachliche und zum Teil aufsuchende Beratungsangebote entwickelt, darunter auch neue Zugangswege wie Internetstreetwork, sprachenspezifische Hotlines und Familienbesuche. Mit Vertretern von Migrantenorganisationen wurden Kooperationen aufgebaut und Schlüsselpersonen als Multiplikatoren gewonnen. Die Team-

und Organisationsprozesse im Rahmen des Projekts führten zu einer (weiteren) transkulturellen Öffnung; gewohnte professionelle Standards wurden systematisch überprüft und weiterentwickelt.

Durch die Maßnahmen konnte an allen sechs Modellstandorten der Zugang zum Suchthilfesystem für Menschen mit Migrationshintergrund verbessert werden. Die Zielgruppe wurde häufiger erreicht und erhielt wirksamere Hilfe, beispielsweise durch höhere Verweildauern und bessere Anbindungen an Folgebehandlungen.

Die Modellerfahrungen haben gezeigt, dass bedarfsgerechte und lebensweltorientierte Versorgungsstrukturen die Voraussetzung dafür sind, dass Migranten einen gleichberechtigten Zugang zu Hilfen und Dienstleistungen erhalten.

Um diese Strukturen zu erreichen, braucht es neben einem entschiedenen Willen auch Handlungsbereitschaft und Bemühungen auf verschiedenen Ebenen. Über alle Ebenen der Versorgungssysteme hinweg – von Trägern, Einrichtungen und jedem einzelnen Teammitglied – muss garantiert werden, was für Interaktionen in sozialer und therapeutischer Arbeit generell wesentlich ist, darunter Empathie, Offenheit, Respekt, Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit. Insofern ist transkulturelles Arbeiten nichts anderes als die Weiterentwicklung einer Haltung und die Vertiefung bekannter Anforderungen an eine gute soziale oder therapeutische Arbeit, die einen personenzentrierten und partnerschaftlichen Ansatz verfolgt. Mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung, aber auch zur Verbesserung der Versorgung „Einheimischer“, stellen eine transkulturelle Öffnung und die dazugehörigen Kompetenzentwicklungen Qualitätsmerkmale dar, die grundsätzlich in jedem Bereich von Humandienstleistungen zu fordern sind.

In einer Handreichung für die Praxis wurden die wirksamen Innovationen sowie die Erfahrungen aller sechs Modellstandorte beschrieben und zusammengefasst.

Nähere Informationen zu den einzelnen Modellstandorten:

[www.transver-sucht.de/fileadmin/transver/downloads/Informationen\\_zu\\_den\\_transVer-Projekten.pdf](http://www.transver-sucht.de/fileadmin/transver/downloads/Informationen_zu_den_transVer-Projekten.pdf)  
[www.transVer-sucht.de](http://www.transVer-sucht.de)

### 2.1.7.2 Beispielprojekt aus den Ländern zu Migration und Sucht

#### Hamburg:

##### Projekt „Herkunft-Ankunft-Zukunft“

Rund 513.000 Menschen und damit 29 Prozent der in Hamburg lebenden Personen haben einen Migrationshintergrund, bei den unter 18-Jährigen sind es 46 Prozent. Oft verhindern sprachliche und kulturelle Hürden den Kontakt zu Hilfeangeboten. Die Suchtprävention in Hamburg begegnet den Menschen mit Migrationshintergrund daher in Form einer kultursensiblen Ansprache durch das Projekt „Herkunft-Ankunft-Zukunft“. Hierbei ermöglichen ehrenamtliche „Keypersons“ den Zugang zu Migrantengruppen und fördern zugleich ihre Integration.

Sie informieren die Mitbürger im Rahmen von Informationsveranstaltungen, zum Beispiel in Kulturvereinen, Sprachcafés, Migrationsdiensten und Jugendclubs, über Hilfe- und Unterstützungsangebote des Suchthilfesystems.

Die Schulung zur zertifizierten Keyperson umfasst rund 40 Theoriestunden, gefolgt von einer eigenständig organisierten muttersprachlichen Informationsveranstaltung. Im Jahr 2012 konnten bis November rund 450 Endadressaten über die Informationsveranstaltungen erreicht werden. Seit 2013 steht das Angebot in 16 Sprachen zur Verfügung. Es wird durch ein breites Angebot an verschiedensprachigen Flyern ergänzt. Mithilfe regelmäßiger Evaluationen wird die Qualität der Projektarbeit gesichert.

[www.sucht-hamburg.de/projekte/her-an-zukunft](http://www.sucht-hamburg.de/projekte/her-an-zukunft)

## 2.1.8 Suchtselbsthilfe

### 2.1.8.1 Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) vereinigt als Dachorganisation die bundesweiten Suchtselbsthilfeverbände 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 (IOGT), den Kreuzbund und die Wohlfahrtsverbände mit ihren Suchtarbeitsbereichen. Die DHS vertritt in verschiedenen Gremien die Interessen der Suchtselbsthilfe und übernimmt Koordinierungsaufgaben.

Die Arbeit der Selbsthilfe ist ein unverzichtbarer Beitrag im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe. Die unbürokratischen Hilfsangebote der Verbände richten sich unmittelbar an Suchtkranke sowie deren Angehörige. Darüber hinaus sind sie Ansprechpartner für professionelle Dienstleister (u. a. Betriebe, Ärzte, Beratungsdienste). Ihre Vielfältigkeit zeigt sich nicht nur in den unterschiedlichen Organisationsformen, sondern auch in ihrem Angebot für Menschen mit einer stoffgebundenen oder nicht stoffgebundenen Form der Abhängigkeit. Sie motivieren und unterstützen die Betroffenen, begleiten und stärken die Angehörigen und leisten zudem allgemeine Aufklärung über Suchterkrankungen in der Öffentlichkeit.

Die Verbände, aber auch engagierte freie Gruppen sind deutschlandweit vertreten und gesellschaftlich anerkannt. Der Erfolg der Suchtselbsthilfe zeichnet sich u. a. durch ihre Kontinuität und ihre gute Vernetzung aus. Fünf große Suchtselbsthilfeverbände der DHS haben 2012 im Rahmen des Projekts „Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk“ (CNN) (siehe C 2.1.8.2) eng zusammengearbeitet. Durch große Projekte wie dieses wird die Kooperation gestärkt; die DHS unterstützt die Verbände in der Umsetzung ihrer Ziele.

2012 griff die Zehnte Sucht-Selbsthilfe-Konferenz der DHS das Thema „Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit“ auf. Ziel war es, stärker über das Thema aufzuklären und Aufmerksamkeit für diese weitverbreitete „heimliche“ Sucht zu wecken.

### Förderung durch die Sozialversicherungsträger

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und die regionalen Rentenversicherungsträger unterstützen die Suchtselbsthilfe durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI (siehe C 2.1.8.4). Des Weiteren wird die Arbeit von 29 Suchtreferenten der Selbsthilfe gefördert. Die DHS koordiniert die Zusammenarbeit der Suchtreferenten. Zu deren Aufgaben gehört die Unterstützung, Koordinierung und Erweiterung der Selbsthilfenetzwerke. Sie fördern den konstruktiven Austausch von verschiedenen Selbsthilfegruppen, stoßen Initiativen und Projekte an und leisten Bildungsarbeit und Beratung für Gruppen und freiwillige Helfer. Sie beteiligen sich außerdem an der Weiterentwicklung der Arbeit der Suchtselbsthilfeverbände. Das regelmäßige Fortbildungstreffen der Suchtreferenten fand 2012 zum Thema „Angehörigenarbeit in der Selbsthilfe jenseits des Co-Abhängigkeitsmodells“ statt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fördert die Suchtselbsthilfe nach § 20 c SGB V. Sie unterstützt Selbsthilfegruppen sowie die landes- und bundesweit tätigen Selbsthilfeverbände in ihrer Arbeit. Dabei fördert sie sowohl pauschal als auch projektbezogen. Die DHS hat bei der Entwicklung der Richtlinien zur GKV-Förderung mitgewirkt.

### 2.1.8.2 „Chancen nahtlos nutzen“

Die fünf großen Suchtselbsthilfeverbände – BKE, BKD, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, IOGT und Kreuzbund – vertreten bundesweit ca. 80.000 Menschen in Tausenden Gruppen. Mit dem Projekt „Chancen nahtlos nutzen“ (CNN), das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde, führten die Selbsthilfeverbände zum dritten Mal über die Verbandsgrenzen hinweg ein gemeinsames Projekt durch.

Die Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe ist in Deutschland ein tragendes Element im Suchthilfesystem. Allerdings kennen und respektieren beide Seiten die Kompetenzen und Leistungen des jeweils anderen häufig noch zu wenig und tauschen sich bislang nicht intensiv genug aus. Hier setzte das Projekt an: Es sollten förderliche und hemmende Bedingungen der Kooperation und Vermittlung ermittelt sowie Beispiele „guter Praxis“ gefunden werden; sogenannte Schnittstellenprobleme galt es zu beseitigen. Ziel des Projekts war es zudem, die Suchtselbsthilfe und die berufliche Suchthilfe stärker miteinander zu verzahnen und Vernetzungsstrukturen aufzubauen bzw. zu verbessern.

In der einjährigen Explorationsphase wurden grundlegende Strukturen der Zusammenarbeit in verschiedenen Regionen Deutschlands untersucht. Dabei wurden im Wesentlichen drei Problembereiche festgestellt:

- ein mangelnder Zustrom in der Suchtselbsthilfe, beispielsweise durch Lücken in der Angebotspalette, mangelnde Transparenz der Angebotsvielfalt, strukturelle Hemmnisse und ein negatives Image;
- eine mangelnde Integrationsfähigkeit von Suchtselbsthilfeangeboten (vor allem die langfristige Einbindung neuer Angebote), zum Beispiel durch eine ungenügende Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der Süchtigen, durch eine mangelnde Integrationsfähigkeit der Gruppen und mangelnde Qualität einzelner Angebote;
- Probleme von Ehrenamtlichen, beispielsweise der Widerspruch zwischen Anforderungen und Ressourcen.

Für die Problembereiche wurden entsprechende Handlungsempfehlungen aufgestellt, darunter eine Bedarfsabstimmung der Angebotspalette, die Anbindung der Suchtselbsthilfe an professionelle Nachsorgeangebote, die Kommunikation nach außen, die Trennung von Anfänger- und Beständigengruppen sowie die Praxisreflexion bezüglich Anforderungen und Ressourcen.

Die Ergebnisse sollen eine anschließende Praxisphase anstoßen: In einer zweiten Förderphase ab Mitte 2013 könnte eine Umsetzung der Erkenntnisse in die Arbeit der Verbände der Suchtselbsthilfe und in die regionalen Strukturen erfolgen. Ein entsprechendes Praxisprojekt ist derzeit in Planung.

### 2.1.8.3 Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr

Die „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.“ (SSHS) steht allen Soldaten und Zivilbeschäftigten sowie deren Angehörigen bei Abhängigkeitserkrankungen unter dem Motto „Beraten, Begleiten und Betreuen“ zur Seite. Die SSHS hat bundesweit über 220 Mitglieder: aktive und ehemalige Soldaten sowie Zivilpersonen. Der Verein arbeitet eng mit dem Psychosozialen Netzwerk (PSN) der Bundeswehr zusammen. Die Mitglieder verfügen über Erfahrung aufgrund einer eigenen Abhängigkeitserkrankung oder über Fachwissen durch eine Ausbildung zum betrieblichen Suchtkrankenhelfer. Sie sind vertraulich handelnde Ansprechpartner, die den Betroffenen und Hilfesuchenden „auf Augenhöhe“ den Weg in ein abstinentes Leben erleichtern können. Ebenso unterstützen sie mit ihrem Wissen die Suchtprävention innerhalb der Bundeswehr. Die Mitglieder bilden sich halbjährlich weiter – u. a. durch Besichtigungen von Therapieeinrichtungen zu verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen. Die SSHS gehört zu den Teilnehmern des Runden Tisches „Solidarität mit Soldaten“ in Berlin.

[www.soldatenselbsthilfe.de](http://www.soldatenselbsthilfe.de)

### 2.1.8.4 Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund

Die DRV Bund unterstützt durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI sowohl die regionale Suchtselbsthilfe als auch die Arbeit der Nachsorgereferenten von Suchtverbänden, die in der DHS organisiert sind.

Ziel der Förderung ist es, suchtkranke Menschen langfristig bei einer abstinenten Lebensweise zu unterstützen, um so Rückfälle zu vermeiden. Im Interesse der betroffenen Menschen und der Versicherungsgemein-

schaft muss die Rehabilitation abhängiger Menschen auf einen langfristigen Erfolg ausgerichtet sein. Die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen kann die Nachhaltigkeit der Suchtrehabilitation fördern, da diese einen Beitrag zur Stabilisierung der erreichten Rehabilitationsziele leisten. Suchtreferenten unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie den Kontakt untereinander pflegen und verbessern sowie die freiwilligen Helfer fachlich unterstützen und fortbilden. Des Weiteren initiieren sie neue Projekte und beteiligen sich aktiv an Weiterentwicklungen in allen Bereichen der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

Die Zuwendungsmittel für die regionale Selbsthilfe kommen überwiegend den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Sie erhalten zum Beispiel Pauschalen bis zu 200 Euro zur Deckung von Ausgaben wie Fahrgeld, Porto und Literatur. Auch für Gruppenleiterschulungen, Seminare für Betroffene oder Öffentlichkeitsarbeit wurden Zuwendungsmittel eingesetzt. Die DRV Bund stellte dafür im Jahr 2012 846.187,19 Euro (Stand: 20. November 2012) zur Verfügung. Die Arbeit der Suchtreferenten im Jahr 2012 wurde mit 1.404.883,35 Euro (Stand: 20. November 2012) gefördert.

#### 2.1.8.5 Beispielprojekt aus den Ländern zur Suchtselbsthilfe

##### Thüringen:

###### Lotsennetzwerk macht mobil

Allein in Thüringen sind derzeit 73 Lotsen als freiwillige und ehrenamtliche Unterstützer im Lotsennetzwerk tätig. Aber auch in anderen Bundesländern gibt es mittlerweile Lotsennetzwerke. Im Landkreis Biberach in Baden-Württemberg entstand das Sucht-Helfer-Netzwerk und in München gibt es nun ebenfalls ein Lotsennetzwerk nach Thüringer Vorbild. Die Idee zu diesem Projekt stammt aus Brandenburg, und auch hier werden wieder Lotsen mobilisiert, nachdem eine Zeit lang keine Koordinierung stattfand.

Lotsen sind suchterfahrene Menschen, die die Höhen und Tiefen des Lebens während der Suchtmittelabhängigkeit selbst kennengelernt haben. Diese Erfahrungen geben sie an andere suchtkranke Menschen und deren Angehörige weiter, indem sie diese für eine bestimmte Zeit auf dem Weg aus der Sucht begleiten und ihnen dabei helfen, das „rettende Ufer“ zu erreichen.

Ziel des Projekts ist es, durch persönliche Ansprache einen Zugang zu den suchtkranken Menschen zu erhalten, um sie in eines der zahlreichen Hilfeangebote zu vermitteln. Auf diese Weise können Folgekrankheiten, Unfälle und Arbeitsausfälle vermieden werden, die für die Betroffenen und deren Angehörige viel Leid und für die Gesellschaft hohe Kosten verursachen.

Die Lotsen arbeiten mit professionellen Fachkräften der Kliniken und Suchtberatungsstellen zusammen und beraten die Hilfe suchenden Patienten vor allem in der kritischen Anfangsphase unmittelbar nach einer Entgiftungsbehandlung, denn gerade in dieser Phase kommen Rückfälle besonders oft vor. Zwei Drittel der Menschen, die von einem Lotsen in Thüringen begleitet wurden, konnten bisher in das Hilfesystem bzw. in die Selbsthilfe vermittelt und in die Gesellschaft integriert werden.

[www.lotsennetzwerk.de](http://www.lotsennetzwerk.de)



### 2.1.9 Deutscher Suchtkongress vom 3. bis 6. Oktober 2012 in Berlin

Seit 2008 veranstalten die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) und die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (dg sps) gemeinsam mit zahlreichen weiteren Fachgesellschaften jährlich den Deutschen Suchtkongress, der Wissenschaft und Praxis besser verbinden soll. Im Jahr 2012 nahm in Berlin erstmals auch die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) am Suchtkongress teil, auf dem sie durch Herrn Prof. Preuss mit einem eigenen Symposium vertreten wurde. Damit vereinigt der Deutsche Suchtkongress auf hohem Niveau fast alle auf diesem Gebiet forschenden Gruppierungen und Einzelpersonen in Deutschland. Zu den Schwerpunkten des Kongresses zählten 2012 die stoffgebundenen, aber auch die nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Die versorgungsnahen Auswirkungen in Bezug auf die Drogen- und Suchtpolitik der öffentlichen Hand wurden erörtert.

Zudem fand im Rahmen des Kongresses die Mitgliederversammlung der EUFAS (European Federation of Addiction Societies), der Dachgesellschaft aller Suchtgesellschaften in Europa, statt. Hierfür organisierte die EUFAS zwei international hochrangig besetzte Symposien.

Um sowohl die örtliche Kontinuität als auch die Vielfalt der Suchtlandschaft zu berücksichtigen, soll der Deutsche Suchtkongress zukünftig abwechselnd in Berlin und an einem regelmäßig wechselnden Veranstaltungsort stattfinden.

### 2.1.10 Beispiel aus den Verbänden

#### Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS)

##### „Elternschaft und Suchterkrankung“ – ein Projekt zur Optimierung der Hilfen für suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung

Mit der im Frühjahr 2011 veröffentlichten Broschüre „Suchtberatung bei suchtkranken Eltern zur Förderung des Kindeswohls“ startete der GVS im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. eine umfangreiche Kampagne rund um die Thematik „Elternschaft und Suchterkrankung“. Der Leitfaden berücksichtigt dabei Kinder und Eltern und gibt konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Situation, besonders im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. Die Broschüre dient nicht nur als alltägliche Arbeitshilfe, sondern auch als Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit. Sie ist über den GVS zu beziehen.

Beim zugehörigen GVS-Projekt „Elternschaft und Suchterkrankung“ steht die fachliche Arbeit mit Menschen im Mittelpunkt, die sich in einer Elternrolle befinden. Das Projekt möchte Suchthilfeeinrichtungen für die Probleme und Fragestellungen suchtkranker Eltern sensibilisieren und damit zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien beitragen. Die Projektmaßnahmen sollen als Grundlage für die weitere, optimierte Arbeit im Rahmen dieser Thematik dienen. Fachliche Impulse zum Thema bietet auch das GVS-Verbandsmagazin „PARTNERSchaftlich“ in der Ausgabe 03/12.

Am 11. Juni 2012 fand in Berlin der GVS-Fachtag „Von der Hilflosigkeit zur Handlungskultur – Elternschaft als Thema der Suchthilfe“ statt, der auf ein großes Teilnehmerinteresse stieß. Anlässlich des Fachtages wurde das Online-Angebot [www.eltern-sucht.de](http://www.eltern-sucht.de) entwickelt. Hier erhalten Nutzer Informationen und Kontaktdaten zu Hilfeangeboten, Hinweise auf Konzepte und Materialien zum Thema sowie Darstellungen beispielhafter Projekte. Fachkräfte der betroffenen Hilfesysteme, Engagierte der Selbsthilfe sowie

die Betroffenen selbst können zudem eigene Aktivitäten, Termine und Meinungen bekannt machen. Der aktive Austausch wird u. a. durch die Einrichtung eines Blogs gefördert.

Unter Beteiligung des GVS wurde auch die Handlungsempfehlung „Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen“ entwickelt. Ziel dieses Papiers ist es, darauf hinzuwirken, dass künftig die Elternschaft von Klienten stärker berücksichtigt und die Situation ihrer minderjährigen Kinder systematisch in den Blick genommen wird. Es kann über die Seite [www.eltern-sucht.de](http://www.eltern-sucht.de) aufgerufen werden.

Verbandsbroschüre „PARTNERSchaftlich“ 03/12 und weitere Informationen über den GVS-Fachtag: [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

**Elternschaft und Sucht**  
Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte



## 2.2 Suchtstoffspezifische Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung

### 2.2.1 Alkohol

#### 2.2.1.1 Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) und Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

##### 2.2.1.1.1 Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die neue Leitlinie (S3)

Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist auch in Deutschland eine häufige, obwohl vollständig vermeidbare Erkrankung. Das FAS hat besonders gravierende und lebenslange Konsequenzen für das betroffene Kind, seine Familie und die Gesamtheit der Gesundheits-, Hilfe- und Sozialsysteme in Deutschland.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten 2010 das Leitlinienprojekt zum FAS. Es wurde der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) übertragen und inhaltlich der Gesellschaft für Neuropädiatrie zugewiesen. Die Leitlinienkoordination und Autorenschaft übernahmen Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf und Prof. Dr. med. Florian Heinen vom Klinikum der Universität München, Dr. von Hauerndes Kinderspital mit seinem integrierten Sozialpädiatrischen Zentrum (iSPZ). Das Ziel der Leitlinie war die Entwicklung von evidenzbasierten, klinisch relevanten und praktisch anwendbaren diagnostischen Kriterien für Kinder und Jugendliche mit FAS.

Die Leitliniengruppe bestand aus Vertretern des BMG, der relevanten Fachgesellschaften und Berufsverbände, der Patientenvertretung FASD Deutschland e. V. und namhaften weiteren FAS-Experten. Es wurde eine systematische, umfangreiche Literaturrecherche der letzten zehn Jahre durchgeführt. Zusätzliche Informationen wurden aus internationalen Leitlinien und durch sogenannte Handsuche weiterer Publikationen gesammelt. Die systematische Literaturrecherche und Evidenzbewertung wurde durch Dr. med. Monika Nothacker vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durchgeführt. Prof. Dr. med. Ina Kopp von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften am Institut für Medizinisches Wis-

sensmanagement (AWMF-IMWi) machte das Leitlinienprojekt durch ihre kontinuierliche Unterstützung als Moderatorin und Methodikerin möglich.

Basierend auf der evidenzbewerteten Literatur entwickelte eine multidisziplinär zusammengesetzte Expertengruppe in mehreren Konferenzen (in Berlin und Bonn) die diagnostischen Kriterien und handlungsleitenden Empfehlungen für Leitlinien zum FAS bei Kindern und Jugendlichen. Alle Empfehlungen (bis auf den Cut-off der Kopfumfangs-Perzentile) wurden mit „starkem Konsens“ (Zustimmung von mehr als 95 Prozent der Teilnehmer) oder mit „Konsens“ (Zustimmung von über 75 Prozent der Teilnehmer) verabschiedet. Die Kurz- und die Langfassung der Leitlinie wurden im Dezember 2012 veröffentlicht und sind frei verfügbar.

Begleitend wurde ein „Pocket Guide FAS“ entwickelt, der allen Interessierten der verschiedenen Berufs- und Interessengruppen eine praktische und rasche diagnostische Orientierung ermöglicht.

Im internationalen Vergleich sind die existierenden amerikanischen und kanadischen Leitlinien für die Diagnose des FAS konsens-, aber nicht evidenzbasiert. Die vorliegende deutsche Leitlinie – mit der höchsten Qualitätsstufe (S3) – erlaubt damit erstmalig eine evidenzbasierte und zugleich praktikable Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit FAS. Ein wichtiger, wenn auch nur erster Schritt zur notwendigen Hilfe für Menschen mit FAS ist damit getan.

Leitlinien: [www.awmf.org](http://www.awmf.org)

#### 2.2.1.1.2 Gutachten: Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) in der sozialrechtlichen Praxis

FASD-Betroffene sind in vielfältigen Lebensbereichen beeinträchtigt sowie auf Hilfe, Unterstützung und ausreichendes Verständnis seitens der beteiligten Stellen und Institutionen angewiesen. Dabei gilt: Je früher und qualifizierter Hilfen und Leistungen einsetzen, desto größer ist die Chance, den Lebensweg der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Das Gutachten von Rechtsanwältin Gila Schindler unter Beteiligung von Dr. med. Heike Hoff-Emden widmet dem Bereich der Sozialleis-

tungen besondere Aufmerksamkeit, denn im Sozialleistungsrecht und seiner Umsetzung finden sich die Grundlagen für eine erfolgreiche Hilfe und Unterstützung der Betroffenen.

Das Gutachten stellt dar, welche Sozialleistungen Menschen in Anspruch nehmen können, die von FASD betroffen sind, und welche Probleme bei der Umsetzung und Einlösung der Ansprüche auftreten. [www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/11-11-30\\_Rechtsgutachten\\_FASD.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/11-11-30_Rechtsgutachten_FASD.pdf)

#### 2.2.1.1.3 Beratungs- und Behandlungsangebote

##### Beispiele aus den Ländern

###### Nordrhein-Westfalen:

###### FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde bei Münster

Seit August 2011 versorgt die FAS-Ambulanz in Walstedde bei Münster Patienten und ihre Familien in neuen Räumen und mit einem vergrößerten Fachteam. Das Team wurde Anfang 2013 nochmals vergrößert.

Die Ambulanz für FAS-Patienten und Kinder opioidabhängiger Mütter betreut betroffene Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und ihre Familien. Die Patientenversorgung umfasst eine medizinische und psychologische Diagnostik, eine familiäre, schulische und sozialrechtliche Beratung sowie die Begleitung der Patienten und ihrer Familien bis ins Erwachsenenalter. In Zusammenarbeit mit einer großen kirchlichen Einrichtung der Behindertenhilfe konnten spezielle Formen des betreuten Wohnens und Arbeitens auf die Belange und Probleme junger Erwachsener mit FAS ausgerichtet und weiter ausgebaut werden.

Darüber hinaus werden in der Universitätskinderklinik Münster die breite Problematik des FAS und seine Auswirkungen auf die betroffenen Kinder in wissen-

schaftlichen Studien begleitend untersucht. Aktuell laufende Studien sind „Ökonomische Folgen des FAS“, „Differenzialdiagnostik bei FAS“, „Differenzierung zwischen Traumafolgen und FAS“, „Nikotin und Alkohol in der Schwangerschaft“ sowie „Kieferorthopädische Veränderungen bei Kindern mit FAS“. Die sozialen Konsequenzen der pränatalen Alkoholexposition werden in Kooperation mit der Universität Bielefeld erforscht. FAS ist ein international bisher weitgehend unerforschtes Thema der Versorgungsforschung. Unterstützt durch die Kroschke-Stiftung für Kinder und in Zusammenarbeit mit der Stadt Braunschweig erfasst die Tagesklinik in Walstedde die Kenntnisse zum FAS bei allen städtischen Einrichtungen, die präventiv oder auch betreuend mit dem Thema zu tun haben können. Zudem werden Informations- und Arbeitsmaterialien für die lokale Prävention und Beratung erarbeitet und evaluiert. Fortgeführt wird auch die Präventionsarbeit zu Alkohol und Schwangerschaft (Aufklärung für Schwangere, Hilfen für Familien mit FAS-Kind, Aufklärung in Schulen).

[www.fetales-alkoholsyndrom.de](http://www.fetales-alkoholsyndrom.de)

[www.fasq.eu](http://www.fasq.eu)

[www.verantwortung-von-anfang-an.de](http://www.verantwortung-von-anfang-an.de)

### Thüringen:

#### KMG Rehabilitationszentrum in Sülzhayn

Im KMG Rehabilitationszentrum in Sülzhayn werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit FASD im Kontext einer neurologischen Klinik behandelt. Das ärztlich geleitete, interdisziplinäre Team ist mit den Professionen Neuropsychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Neuropädagogik, Musiktherapie, Ernährungsberatung, Förderunterricht und Berufstherapie gut auf die Rehabilitanden eingestellt.

Die Klinikärzte erstellen ein sozialmedizinisches Gutachten, führen die leitliniengetreue Diagnostik bezüglich der FASD durch, diagnostizieren und gewichten Begleiterkrankungen (Komorbiditäten). Außerdem erfolgt eine differenzierte neuropsychologische Testung. Für die häufig traumatisierten FASD-Betroffene

nen ist eine Traumatherapie mittels EMDR (Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung) möglich.

Für die Rehabilitanden und ihre Bezugspersonen, bei denen es sich überwiegend um Pflege- und Adoptiveltern handelt, ist die Teilnahme am multimodalen Programm wichtig. Die jahrelangen Erfahrungen des Behandlerteams geben den Bezugspersonen Sicherheit und das Gefühl, verstanden zu werden. Die Ressourcen der FASD-Betroffenen werden ermittelt, Netzwerkkontakte hergestellt sowie die sozialmedizinische Prognose bezüglich der schulischen Ausbildung und späterer beruflicher Eignung und Neigung erhoben.

Wichtig ist auch das Zusammensein mit anderen Menschen mit Behinderung. Hier können gerade die FASD-Betroffenen ihre sozialen Kompetenzen zeigen. Die Bezugspersonen erhalten eine umfangreiche Beratung und können sich mit anderen Bezugspersonen über die Problematik austauschen. Hier können sie Abstand gewinnen und ihre Kinder aus einer neuen Perspektive wahrnehmen. Die Rehabilitationsmaßnahme ist als „Weichenstellung“ im lebenslangen Behandlungs- und Betreuungsprozess für FASD-Betroffene und deren Umfeld zu sehen. Die Möglichkeiten der telefonischen Vor- und Nachbetreuung werden rege in Anspruch genommen.

Zum Aufbau des Netzwerkes in Thüringen bietet die Chefärztin, Dr. Heike Hoff-Emden, regelmäßig Fortbildungen für Ärzte, Juristen, Mitarbeiter der Jugendhilfe und Pflege sowie für Adoptiveltern an.

**KMG** Kliniken  
Akutversorgung  
Rehabilitation  
Seniorenpflege

### 2.2.1.2 Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

#### Ein bedarfs- und leistungsbezogenes Patientenklassifikationssystem für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger

An der Charité Berlin wurde ein softwaregestütztes RMK-Assessment entwickelt, mit dem alkoholabhängige Rehabilitanden entsprechend ihrer substanzbezogenen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung und ihrem sich daraus ergebenden Therapiebedarf klassifiziert werden können. Das Projekt wird gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), den Unternehmen AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG, dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, der salus klinik Lindow, der Haus Saaletal GmbH sowie der Klinik Eschenburg KG.

Für die ermittelten Bedarfsgruppen wurden sogenannte Therapieorientierungswerte (TOW) festgelegt, indem Quantitäten von therapeutischen Leistungen empfohlen wurden, die inhaltlich mit den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) des „Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ der DRV Bund kompatibel sind. Auch die Assessment-Ergebnisse des jeweiligen Patienten wurden für die individuelle Therapieempfehlung berücksichtigt. Praktikabilität und Nutzen der TOW wurden seit 2011 im Rahmen einer Implementationsstudie an rund 900 Rehabilitanden aus zwölf Suchtfachkliniken untersucht. Vorläufige Auswertungsergebnisse weisen darauf hin, dass die RMK von den Klinikern überwiegend als plausibel bewertet werden und sie den TOW bei der Therapieplanung folgen.

Ein kurzes RMK-Screening-Assessment wurde im Antragsverfahren der DRV Bund auf seine Eignung zur Vorabschätzung der Beeinträchtigungslage getestet. Es zeigte sich, dass für einen möglichen Routineeinsatz weitere Entwicklungsarbeiten erforderlich sind.

[www.reha-vqs.charite.de](http://www.reha-vqs.charite.de)

### 2.2.1.3 Forschung

#### Beispiele aus den Ländern

##### Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen:

#### Ursachen für geringe Inanspruchnahme von Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen

Zwischen 2009 und 2012 wurde am Institut für Sucht- und Abhängigkeitsfragen an der Theologischen Hochschule Friedensau eine empirische Studie durchgeführt, die sich mit der Frage auseinandersetzte, warum nur 2 bis 5 Prozent der Alkoholkranken an einer zwölfwöchigen Entwöhnungstherapie teilnehmen. Statt eine Entwöhnungstherapie anzutreten, gehen viele Betroffene immer wieder in den Entzug. Damit lindern sie ihre Beschwerden kurzzeitig, ohne jedoch entscheidende Schritte zur Bekämpfung der Abhängigkeit zu unternehmen. Die Ergebnisse der Studie liegen seit Juli 2012 vor. Finanziert wurde die Forschung von der DRV Mitteldeutschland.

Die Studie umfasste Interviews mit 39 Betroffenen sowie eine Fragebogenerhebung mit knapp 400 Alkoholabhängigen in mitteldeutschen Suchtkliniken. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen, dass Erwerbstätigkeit der stärkste Einflussfaktor bei der Entscheidung ist, eine Entwöhnungstherapie nicht anzutreten. Erwerbslose Alkoholranke nehmen mit 9,4-mal so hoher Wahrscheinlichkeit eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch wie Alkoholranke, die eine Arbeit haben. Erwerbstätige haben oft das Empfinden, ihre beruflichen Verpflichtungen nicht für zwölf Wochen oder gar länger vernachlässigen zu können. Für sie sind Selbsthilfegruppen und andere Angebote der Suchthilfelandtschaft attraktiver, da sie sich flexibler mit ihrem bisherigen Tagesablauf vereinbaren lassen. Weitere Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme einer Entwöhnungstherapie verringern, sind eine geringe Schulbildung und die Einstellung, dass eine kurze Entgiftungstherapie hilft, um das Alkoholproblem zu lösen.

Nahezu alle Befragten waren sich ihres Alkoholproblems bewusst und hätten ihren Alkoholkonsum gern reduziert. Allerdings fällt es alles andere als leicht, diesen Weg erfolgreich und konsequent zu gehen. Soziale Faktoren wie Familienmitglieder, Suchtberater oder Ärzte spielen eine zentrale Rolle dabei, Wege aus der Abhängigkeit zu finden. Für viele Betroffene ist die Entwöhnungstherapie eine Art „letzte Hoffnung“. Sie versprechen sich von ihr die Lösung von Beziehungsproblemen, Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche und Linderung ihrer gesundheitlichen Probleme. Alkoholabhängige, die schon einmal eine Entwöhnungstherapie absolviert haben und anschließend rückfällig geworden sind, sind dagegen weniger bereit, erneut eine Entwöhnungstherapie zu machen.

Auf den Ergebnissen der Studie aufbauend wurden Handlungsempfehlungen entwickelt. Sie schlagen eine frühere Intervention seitens der Familie, der Freunde, aber auch des Suchtkrankenhilfesystems vor. Mithilfe von flexiblen Rehabilitationsmaßnahmen könnte auch Erwerbstätigen der Zugang zu Entwöhnungsmodellen erleichtert werden. Auch die Zukunftsperspektiven jener Alkoholkranken, die eine Entwöhnung ablehnen, gilt es zu mobilisieren. Zudem sollte ermittelt werden, was die Betroffenen selbst als Erfolgsfaktoren der Entwöhnungstherapie ansehen und welche Erwartungen sie an die Therapie haben.

### Hamburg:

**Forschungsprojekt des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS): Evaluation der qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung im Klinikum Nord – eine naturalistische Beobachtungsstudie**  
Die medikamentöse Strategie, die in Deutschland in der qualifizierten Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger seit vielen Jahren praktiziert wird, basiert vornehmlich auf einem Abdosierungsschema mit Clomethiazol. Seit einigen Jahren wird in vielen Behandlungszentren, so auch in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des Asklepios Klinikum

Nord in Hamburg, alternativ das Medikament Oxazepam zur Behandlung der Entzugssymptomatik eingesetzt. Dabei haben die Ärzte hinsichtlich der Unterdrückung der Entzugssymptome durch Oxazepam überwiegend positive Wirkungen beobachtet.

Ziel der vorliegenden prospektiven Verlaufsstudie ist es, die im Klinikum Nord routinemäßig durchgeführte qualifizierte Entzugsbehandlung hinsichtlich ihrer Wirkungen zu evaluieren. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, ob sich die Entzugssymptomatik, die subjektive Befindlichkeit sowie die psychischen Symptome der mit Oxazepam behandelten Patienten von jenen der mit Clomethiazol behandelten Patienten unterscheiden. Es handelt sich um eine ergebnisoffene Beobachtungsstudie, der jedoch die Hypothese zugrunde liegt, dass die Summe an Entzugssymptomen anhand der im Klinikum Nord verwendeten AWS-Skala unter Oxazepam nicht statistisch signifikant höher ist als unter Clomethiazol. Untersucht werden Patienten, die nach einem Abdosierungsschema über fünf Tage bzw. über zehn Tage medikamentös behandelt werden.



## 2.2.2 Tabak

### 2.2.2.1 Tabakentwöhnung

Artikel 14 des von Deutschland ratifizierten WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs („Framework Convention on Tobacco Control“ – FCTC) sieht vor, dass jede Vertragspartei geeignete, umfassende und integrierte Maßnahmen ergreift, um die Tabakentwöhnung zu fördern bzw. um Tabakabhängige angemessen zu behandeln. Dies soll auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter Praktiken erfolgen. Laut FCTC soll die Therapie leicht zugänglich und erschwinglich sein sowie gesellschaftliche, kulturelle, geschlechtsspezifische und wirtschaftliche Faktoren ebenso wie die Bedürfnisse von Gruppen mit hohem Raucheranteil berücksichtigen.

In Deutschland gibt es verschiedene Programme zur Tabakentwöhnung, deren Wirksamkeit belegt ist. Hierzu gehören Selbsthilfematerialien, Kurzinterventionen, Telefonberatung, Verhaltens- und Pharmakotherapie.

Viele Raucher sind motiviert aufzuhören. Im Jahr 2009 versuchten 25 Prozent der deutschen Raucher, mit dem Rauchen aufzuhören. Damit liegt Deutschland laut dem Spezial-Eurobarometer 332 von 2010 etwas unter dem europäischen Durchschnitt von 28 Prozent. Die Motivation zum Rauchstopp beruht vor allem auf der Sorge um die eigene Gesundheit (75 Prozent), auf dem Wunsch der Familie oder des Partners (57 Prozent) und dem Preis der Tabakprodukte (55 Prozent). Nur bei 17 Prozent waren der ärztliche Ratschlag und bei 7 Prozent Medienkampagnen der Auslöser, das Rauchen aufgeben zu wollen.

Nicht allen aufhörwilligen Rauchern gelingt der Ausstieg ohne Unterstützung. Die überwiegende Zahl der Raucher (87 Prozent) hört ohne die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen auf. Allerdings ist die Erfolgsquote bei denjenigen, die mit Hilfestellung einen Aufhörversuch unternehmen, deutlich höher. Die langfristige Abstinenzquote für ungestützte Aufhörversuche liegt bei lediglich 3 bis 5 Prozent. Sie kann durch die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen vervielfacht werden.

So liegt die Abstinenzquote von Gruppeninterventionen nach zwölf Monaten bei über 30 Prozent. Daher ist es wichtig, Rauchern Unterstützung anzubieten.

### 2.2.2.2 „rauchfrei“: Angebote der BZgA zur Tabakentwöhnung

#### Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne seit 2005 ein kostenloses, interaktives Online-Ausstiegsprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene an. Das Programm ist unter [www.rauch-frei.info](http://www.rauch-frei.info) abrufbar und bietet Teilnehmern vier Wochen lang Unterstützung beim Rauchstopp mit individualisierten Tipps, interaktiven Elementen wie dem Ersparnisrechner oder der Community, die beim Durchhalten motiviert. Im Jahr 2012 wurde das Programm inhaltlich und gestalterisch weiterentwickelt. Bereits 2011 wurde die Internetvideoreihe „Rauchfrei werden mit Marco“ integriert, die anhand von Beispielen die Nutzung des Online-Ausstiegsprogramms zeigt. Im Juni 2012 wurde die Videoreihe mit der EduMedia-Medaille für besonders wertvolle didaktische Multimediale Produkte ausgezeichnet.

Insgesamt nutzten das Online-Ausstiegsprogramm bereits mehr als 11.000 Teilnehmer, die im Durchschnitt 24 Jahre alt waren. Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie zur Wirksamkeit des Programms zeigte, dass die Raucherausstiegsquote der Nutzer bei 31 Prozent lag, während sie in der Kontrollgruppe lediglich 16 Prozent betrug.

[www.rauch-frei.info](http://www.rauch-frei.info)

#### Online-Rauchstopp für Erwachsene

Für erwachsene Raucher stellt die BZgA unter [www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de) ein kostenloses Online-Ausstiegsprogramm bereit. Im Zuge der Aktualisierung der Internetplattform wurde 2012 auch das Online-Ausstiegsprogramm umfassend überarbeitet und um interaktive Elemente erweitert. Teilnehmer werden mit dem Programm insgesamt bis zu 31 Tage lang mit täglichen, individualisierten E-Mails bei ihrem Rauchstopp

unterstützt. Dabei werden auch persönliche Merkmale der Teilnehmer, etwa ihr Abhängigkeitsgrad und ihre Konsumdauer, berücksichtigt. In ein Erfolgsdiagramm werden die nicht gerauchten Zigaretten eingetragen. Auch der „Eurozähler“, der die eingesparten Ausgaben addiert, übt eine motivierende Funktion auf die Teilnehmer aus. Stark genutzt werden das Forum, in dem sich Teilnehmer gegenseitig unterstützen können, und der wöchentliche Live-Chat, der von einem Experten der BZgA begleitet wird. Im Jahr 2012 beteiligten sich mehr als 6.000 Teilnehmer am Online-Ausstiegsprogramm.

Nutzerbefragungen zur Wirksamkeit des Rauchstopp-Programms haben gezeigt, dass rund 14 Prozent der Teilnehmenden sechs Monate nach Beendigung des Programms noch rauchfrei waren. Bei der Berechnung dieser Abstinenzquote wurden alle Personen, die sich nicht an der Befragung beteiligten, als „noch rauchend“ eingestuft.

[www.rauchfrei-info.de/aufhoeren](http://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren)

#### **Gruppenprogramm „losgelöst“ für Jugendliche**

Das Gruppenprogramm „losgelöst“ ist für 14- bis 17-jährige Raucher konzipiert und richtet sich vor allem an Haupt- und Realschulen, da hier besonders hohe Raucherquoten zu verzeichnen sind. Das Programm arbeitet nach einem motivationsbasierten, kognitiv-behavioralen Ansatz. Insgesamt finden sechs Kurstreffen statt. Im Anschluss erfolgt eine vierwöchige Nachbetreuung per Telefon und SMS.

Im Jahr 2012 wurde eine Wirksamkeitsstudie für das Programm abgeschlossen. Die Studie zeigt, dass „losgelöst“ jugendliche Raucher gut erreicht und anspricht. Unmittelbar nach Kursende waren 36 Prozent der Teilnehmer rauchfrei, am Ende der Nachbetreuungsphase waren es 24 Prozent und sechs Monate nach Ende der Intervention noch 14 Prozent. Damit waren nach sechs Monaten nahezu dreimal so viele Schüler rauchfrei wie in der Interventionsgruppe.

#### **„rauchfrei“-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene**

Das „rauchfrei“-Programm ist ein kognitiv-verhaltens-

therapeutisches Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung. Der Gruppenkurs wurde 2007 vom Institut für Therapieforschung München (IFT) mit Unterstützung der BZgA entwickelt. Die Kurse werden von den deutschen Krankenkassen auf Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes als erstattungsfähiges Präventionsprogramm anerkannt. Das Kursprogramm wird in einer Basisversion mit sieben 90-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen sowie in einer Kompaktversion mit drei 180-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen angeboten. Für Betriebe eignet sich vor allem die Kompaktversion, da sie sich besser in die internen betrieblichen Abläufe integrieren lässt. Eine Studie zur Wirksamkeit des Programms zeigte, dass nach Kursende 60,9 Prozent der Teilnehmer rauchfrei waren. Ein Jahr nach Kursende waren es noch 31,8 Prozent.

Um aufhörwilligen Rauchern eine schnelle Suche nach Kursen vor Ort zu ermöglichen, bietet die Internetseite [www.rauchfrei-programm.de](http://www.rauchfrei-programm.de) eine Datenbank mit Adressen regionaler Kursangebote. Die Datenbank ist auch auf der BZgA-Internetseite [www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de) abrufbar. Im Jahr 2011 wurden bundesweit mehr als 450 Kurse durchgeführt. Rund 4.000 aufhörwillige Raucher nahmen 2011 am „rauchfrei“-Programm teil.

[www.rauchfrei-programm.de](http://www.rauchfrei-programm.de)  
[www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de)

#### **Telefonische Beratung zum Nichtrauchen**

Die BZgA bietet unter der Rufnummer 0180 5 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. dt. Festnetz, max. 0,42 €/Min. a. d. Mobilfunknetzen).

Neben der Beantwortung allgemeiner Fragen zum Rauchen und insbesondere zum Rauchstopp erhalten Interessierte auch eine individuelle Beratung und persönliche Tipps, die ihnen beim Rauchstopp helfen können. Sie können zudem BZgA-Medien zum Rauchstopp anfragen und sich über Kursangebote in der Nähe informieren.

Interessierte, die mit dem Rauchen aufhören möchten, haben auch die Möglichkeit, eine proaktive Telefonberatung in Anspruch zu nehmen. Hierbei werden sie auf Wunsch im ersten Monat nach ihrem Rauchstopp bis zu fünfmal kostenfrei von den Beratern zurückgerufen. Die proaktive Beratung ermöglicht eine noch intensivere und persönlichere Unterstützung und ist daher noch effektiver als eine einfache Telefonberatung: Jeder dritte Anrufer mit mindestens drei proaktiven Folgekontakten schafft es, langfristig mit dem Rauchen aufzuhören. Die BZgA-Telefonberatung wird kontinuierlich evaluiert und optimiert. Im Jahr 2012 wurden etwa 5.000 telefonische Beratungsgespräche geführt.

[www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de)

### 2.2.2.3 Weitere Beispiele für Angebote zur Tabakentwöhnung

#### Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

##### Tabakentwöhnung für werdende Mütter

Rauchen schädigt Mutter und Kind. Vielen Schwangeren fällt es dennoch schwer, mit dem Rauchen aufzuhören. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hat daher ein Faltblatt zur gesunden Schwangerschaft entwickelt, das werdenden Müttern Tipps und Kontaktadressen zu verschiedenen Themen rund um die gesunde Lebensführung während der Schwangerschaft zur Verfügung stellt. Unter anderem wird auf verschiedene Angebote hingewiesen, die professionelle Unterstützung beim Rauchausstieg anbieten.

[www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Schwangere.html](http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Schwangere.html)

##### Weiterführende Tabakentwöhnungsberatung nach einem Klinikaufenthalt per Faxüberweisung

Für viele Patienten, die wegen einer Herz-Kreislauf-, Lungen- oder Krebserkrankung stationär behandelt werden müssen, ist der Klinikaufenthalt ein wichtiger Anstoß, um über einen Rauchausstieg nachzudenken. Diesen sensiblen Moment (*Teachable Moment*) für eine Rauchausstiegsberatung zu nutzen, hat sich als sehr effizient erwiesen. Das DKFZ bietet Klini-

ken an, rauchende Patienten per Faxüberweisung ans Rauchertelefon weiterzuleiten, auch wenn sich diese noch nicht sicher sind, ob sie wirklich mit dem Rauchen aufhören möchten. Die vom Rauchertelefon begleiteten Patienten erreichen Abstinenzraten von bis zu 39 Prozent. Bis zu 55 Prozent der Beratenen schaffen es, im Verlauf der Beratung ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren.

[www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Ueberweisung\\_ans\\_Rauchertelefon.html](http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Ueberweisung_ans_Rauchertelefon.html)

##### Individuelle Tabakentwöhnungsberatung für Krebspatienten und ihre Angehörigen

Behandelnde Ärzte und Pflegekräfte haben häufig Bedenken, Krebspatienten mit dem Thema Rauchausstieg zu konfrontieren. Verständlicherweise fehlen ihnen die Zeit und der Rahmen für eine individuelle Tabakentwöhnungsberatung, da medizinische Fragestellungen im Vordergrund stehen. Das DKFZ bietet Krebspatienten und deren Angehörigen eine umfassende individuelle Beratung an und schließt damit eine wichtige Lücke. Die professionelle Begleitung und Unterstützung beim Rauchausstieg wird von den Patienten gut genutzt und geschätzt.

[www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Krebspatienten.html](http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Krebspatienten.html)

##### Aktualisierung der Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung

Das DKFZ hat die gemeinsam mit der BZgA entwickelte Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung aktualisiert. Sie wurde zudem um den Hinweis auf Qualitätskriterien der jeweiligen Angebote ergänzt.

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Anbieterdatenbank.html](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Anbieterdatenbank.html)

## Baden-Württemberg:

### Universitätsklinikum Tübingen: Mobile Raucherambulanz

Tabakentwöhnung gehört in Deutschland bislang nicht zum regulären Versorgungsauftrag von Krankenhäusern. Oftmals steht das Rauchen jedoch mit der Klinikeinweisung bzw. der zu behandelnden Diagnose in ursächlichem Zusammenhang oder wirkt sich hemmend auf den Heilungsverlauf und die Prognose einer Gesundung aus.

Am Universitätsklinikum Tübingen (UKT) existiert seit dem 1. Januar 2012 ein aufsuchendes Motivations- und Beratungsangebot für rauchende Patienten. Möglich wurde dieses Projekt, dessen Träger das Südwestdeutsche Tumorzentrum ist, durch die finanzielle Förderung der Deutschen Krebshilfe e. V. im Rahmen des Programms „Onkologische Spitzenzentren“. Ziel der Beratung sind die Motivationssteigerung, der Anstoß zum Rauchstopp sowie ggf. die Aufrechterhaltung einer im Rahmen der Klinikeinweisung erworbenen Tabakabstinenz. Unter Berücksichtigung der Motivationslage, des Rauchverhaltens und des aktuellen Gesundheitszustands wird versucht, den Patienten in intensivere Angebote zu vermitteln. Zu den Möglichkeiten gehören dabei die erneute persönliche Beratung, eine telefonische Nachbetreuung (in Kooperation mit dem Rauchertelefon des DKFZ) und die Vermittlung in Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung.

Zusätzlich zum Beratungsangebot werden Mitarbeiter der Klinik im Rahmen von Tagesschulungen in der Beratung und Behandlung der Tabakabhängigkeit geschult. Die erreichten Patienten werden im Rahmen der Projektevaluation schriftlich nachbefragt.

[www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Allgemeine+Psychiatrie/Sektion+f%C3%BCr+Suchtmedizin+und+Suchtforschung/Mobile+Raucherambulanz.html](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Allgemeine+Psychiatrie/Sektion+f%C3%BCr+Suchtmedizin+und+Suchtforschung/Mobile+Raucherambulanz.html)

## 2.2.3 Illegale Drogen

### 2.2.3.1 Cannabis

#### Transfer der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT)

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat von September 2006 bis Dezember 2010 die Umsetzung des Fünf-Länder-Projekts „International Cannabis Need of Treatment“ (INCANT) in Deutschland sowie die Erstellung eines deutschsprachigen MDFT-Manuals gefördert. Studienstandort in Deutschland war der Therapie-laden in Berlin, eine ambulante Therapieeinrichtung, die über 25 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Cannabisabhängigen hat. Die Ergebnisse der deutschen Teilstudie belegen, dass schwach motivierte und psychosozial hochbelastete Jugendliche unter 18 Jahren, die einen behandlungsbedürftigen Cannabiskonsum aufweisen, sowie deren Familienangehörige durch die MDFT besonders gut erreicht werden. Mit der MDFT liegt ein evidenzbasierter, integrativer Behandlungsansatz vor, bei dem bestehende familiäre und institutionelle Bezugspersonen einbezogen werden, um ihre erzieherische, beraterische und betreuende Kompetenz zu optimieren. Um zu helfen, „Drogenkarrieren“ der benachteiligten Jugendlichen zu verhindern, soll die MDFT bundesweit bekannt gemacht und umgesetzt werden. Zu diesem Zweck fördert das BMG seit Herbst 2012 die Qualifizierung von Fachkräften aus Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe zu MDFT-Fachkräften bzw. MDFT-Supervisoren. Dabei sollen vorhandene regionale, systemübergreifende Vernetzungen genutzt, weiterentwickelt und ausgebaut werden.

### 2.2.3.2 Heroin und weitere Drogen

#### 2.2.3.2.1 Substitutionsbehandlung

##### Qualitätssicherung der Diamorphinbehandlung

Seit Beendigung des bundesweiten Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung wurde vom BMG von Mitte 2007 bis Ende 2011 ein Qualitätssicherungsprojekt zur Kontrolle und Dokumentation der Behandlungsstandards sowie zu langfristigen therapeutischen Wirkungen der fortgeführten Behandlungen gefördert. Die Dokumentation erlaubte strukturierte Verlaufsbeobachtungen zur diamorphingestützten Behandlung in den Diamorphinambulanzen in Hamburg, Frank-

furt, Köln, Bonn, Karlsruhe und München. Inklusive Hannover – das sich nicht an diesem Projekt beteiligte – befanden sich im Jahr 2011 etwa 460 Patienten in einer diamorphingestützten Substitutionsbehandlung. Von insgesamt 341 Diamorphinpatienten lagen im Jahr 2011 Informationen zum Behandlungsverlauf vor. 136 dieser Patienten waren aus der Gruppe der insgesamt 206 Patienten, die Mitte 2007 aus der Heroinmodellstudie in die Dokumentation übernommen worden waren.

Die Verlaufsergebnisse der 136 „alten“ Patienten über mittlerweile einen Zeitraum von durchschnittlich mehr als acht Jahren zeigen eine langfristige Stabilisierung dieser Personen. Es wird aber auch deutlich, dass bei vielen Langzeitpatienten eine Grenze therapeutischer Einflussnahme erreicht ist. Bei ihnen geht es vor allem um die Stabilisierung ihrer Lebens- und gesundheitlichen Situation, um ihnen so eine angemessene Lebensqualität und ein Mindestmaß an gesellschaftlicher Teilhabe zu ermöglichen. Besonders eindrücklich ist die langfristige Entwicklung von Delinquenz und justiziellen Problemen: Das Thema Kriminalität hat sich nach so vielen Jahren Diamorphinbehandlung erledigt. Auch riskante Konsumformen wie das gemeinsame Nutzen von Nadeln, Spritzen oder Spritzenutensilien kamen nicht mehr vor.

Die 205 Neuaufnahmen, die in der Behandlungsdokumentation des Jahres 2011 erfasst sind, entsprechen ebenfalls dem Profil der schwerstabhängigen Heroinkonsumierenden. Die neuen Patienten sind im Vergleich zu den Patienten der Heroinstudie etwas älter und haben insgesamt mehr Suchtbehandlungen durchlaufen. Die soziale Situation ist insgesamt vergleichbar, wobei der Anteil an Patienten, die aktuell arbeiten, unter den Neuaufnahmen von 2011 etwas höher liegt.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass die Diamorphinbehandlung vor allem bei den Neuaufnahmen häufig zeitlich begrenzt erfolgt. Von den 206 Patienten, die aus der Heroinmodellstudie 2007 in die Dokumentation übernommen wurden, verließen 70 Patienten bis Ende 2011 die Diamorphinbehandlung. Von den 2011 neu aufgenommenen Patienten schied mit 61 Personen

mehr als ein Drittel bereits innerhalb des ersten Jahres – im Durchschnitt nach knapp sechs Monaten – wieder aus der Behandlung aus (37,4 Prozent). Davon wechselten 16 in eine andere Art der Substitutionsbehandlung (26,2 Prozent), vier nahmen eine Abstinenztherapie auf (6,6 Prozent) und weitere vier Patienten wurden abdiszipliniert und beendeten die Diamorphinbehandlung regulär (6,6 Prozent). 14 Patienten wurden innerhalb des ersten Behandlungsjahres inhaftiert (23 Prozent), bei elf Patienten kam es zur disziplinarischen Entlassung (18 Prozent). Neun Personen blieben der Behandlung fern (14,8 Prozent), bei zweien lagen andere Gründe für die Beendigung vor (3,3 Prozent). Ein Patient hat die Behandlung aus eigenem Entschluss beendet (1,6 Prozent).

Die Ergebnisse des Qualitätssicherungsprojekts machen deutlich, dass die Diamorphinbehandlung für die Zielgruppe der schwerst Opiatabhängigen erfolgreich ist. Neben den Ergebnissen zur Qualität der diamorphingestützten Substitution zeigt die Inanspruchnahme dieser Behandlung, dass es – entgegen manchen Befürchtungen – keinen Ansturm der Substitutionspatienten auf die Diamorphinbehandlung gegeben hat. Zur niedrigen Gesamtzahl der Inanspruchnahme trägt bei, dass die Diamorphinbehandlung von einigen Patienten nur befristet genutzt wird.

Es bleibt abzuwarten, ob die Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Diamorphinbehandlung im Hinblick auf die Durchführungsbedingungen zur Eröffnung von neuen Diamorphinambulanzen führen werden (siehe C 3.2.4.3).

Ohne neue Diamorphinambulanzen – in Planung befinden sich entsprechende Einrichtungen in Berlin und Stuttgart – werden sich in Deutschland voraussichtlich auch künftig laufend etwa 500 Personen in einer Diamorphinbehandlung befinden. In Relation zu den aktuell etwa 75.000 Substitutionspatienten in Deutschland bleibt die Diamorphinbehandlung für schwerst Opiatabhängige damit eine nachrangige Substitutionstherapie.

**Substitutionsregister**

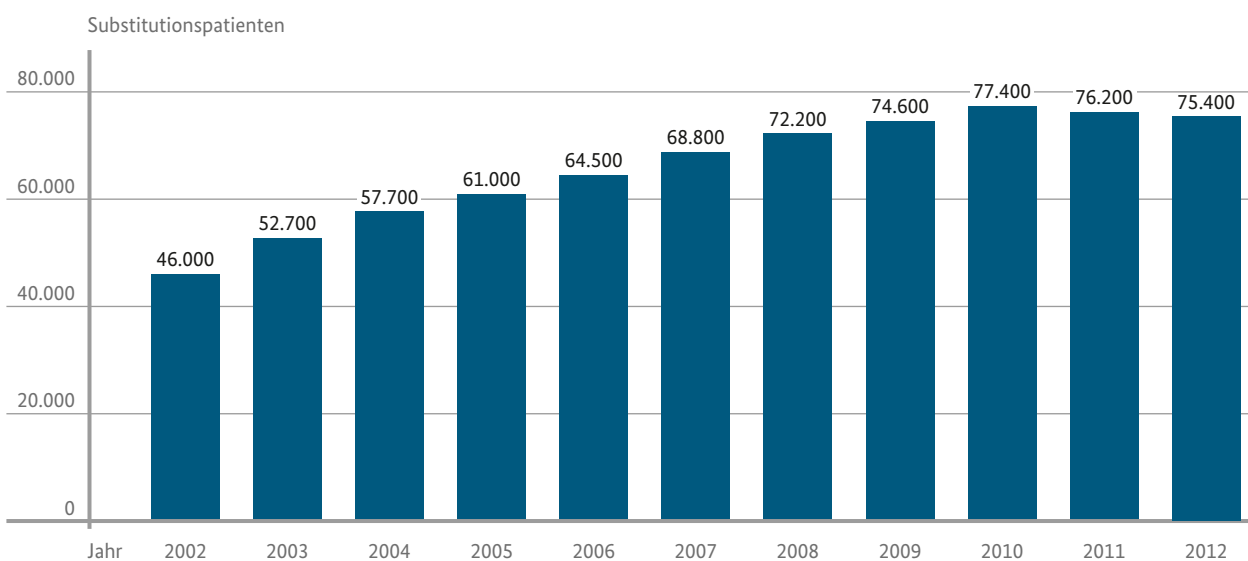
Nach § 13 Abs. 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5 a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5 a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden: den Patientencode, das Datum der ersten und letzten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, Name und Adresse des verschreibenden Arztes sowie ggf. Name und Anschrift des beratend hinzugezogenen Arztes (Konsiliaris). Ferner müssen die Ärztekammern jedes Jahr zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle mitteilen, welche Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen.

Das Substitutionsregister soll vor allem Mehrfachverschreibungen für denselben Patienten durch verschiedene Ärzte verhindern. Außerdem wird dadurch überprüft, ob die Ärzte die Mindestanforderungen an eine

suchttherapeutische Qualifikation erfüllen. Das Register übermittelt auch statistische Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden. In diesem Rahmen leistet das Substitutionsregister einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz und zur Sicherheit und Kontrolle im Rahmen der Substitutionsbehandlungen. Die Meldungen der substituierenden Ärzte erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder im gesicherten Online-Verfahren über den beim BfArM eingerichteten Formularserver. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchttherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich angestiegen und belief sich am 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. Seit 2011 ist die Anzahl hingegen leicht gesunken – auf 75.400 Patienten am 1. Juli 2012 (Abbildung 62).

**Abbildung 62:**  
**Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2012 (jeweils Stichtag 1. Juli)**



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte



Im Jahr 2012 wurden im Substitutionsregister rund 88.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patienten-codes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich u. a. dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (zum Beispiel durch einen Wechsel des behandelnden Arztes, längere Klinik- oder JVA-Aufenthalte) als auch bei den Ärzten (zum Beispiel aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen.

2012 haben insgesamt 2.731 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der von den Ärztekammern gemeldeten und im Substitutionsregister registrierten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte (2012: ca. 8.400) liegt deutlich höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte (Abbildung 63).

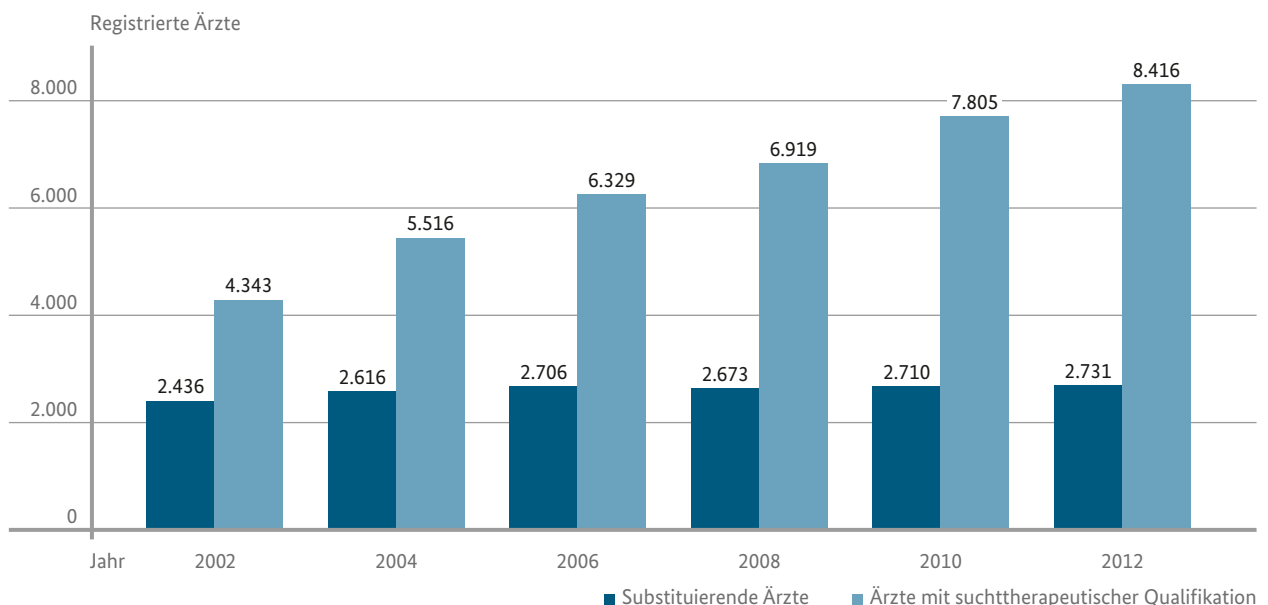
2012 nutzten 542 Ärzte – also etwa 20 Prozent der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung: Hiernach

können Ärzte ohne suchtttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen.

Die Verteilung der Substitutionspatienten auf die Ärzteschaft ist in Abbildung 64 dargestellt. Rund 15 Prozent der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet. Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel sind in Abbildung 65 dargestellt. Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon an (Abbildung 66).

2012 wurden dem Substitutionsregister bundesweit ca. 160 Doppelbehandlungen von Patienten bestätigt, die von den beteiligten Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden. Im Jahr 2011 waren es 150 Doppelbehandlungen.

**Abbildung 63:**  
**Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte von 2002 bis 2012**



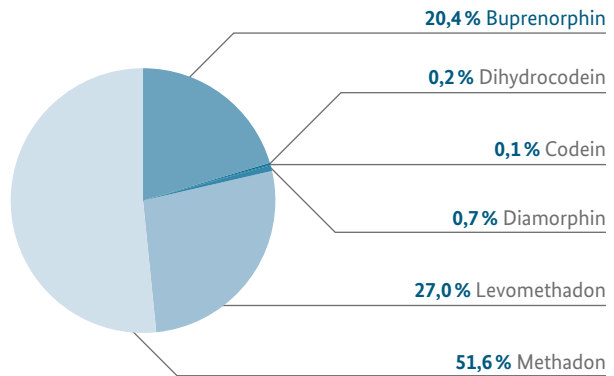
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

**Abbildung 64:**  
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt  
(Stichtag: 01.07.2012)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	29,5 %
4–50	51,7 %
51–150	17,0 %
über 150	1,8 %

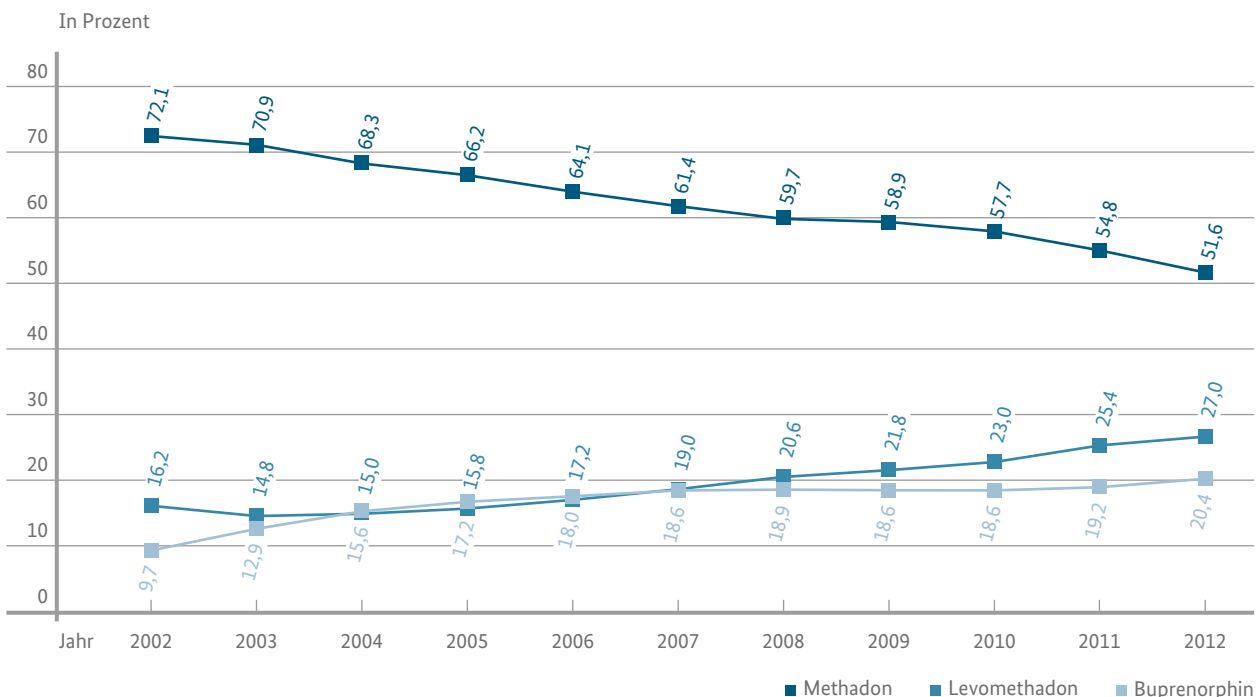
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

**Abbildung 65:**  
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (2012)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

**Abbildung 66:**  
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2012



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

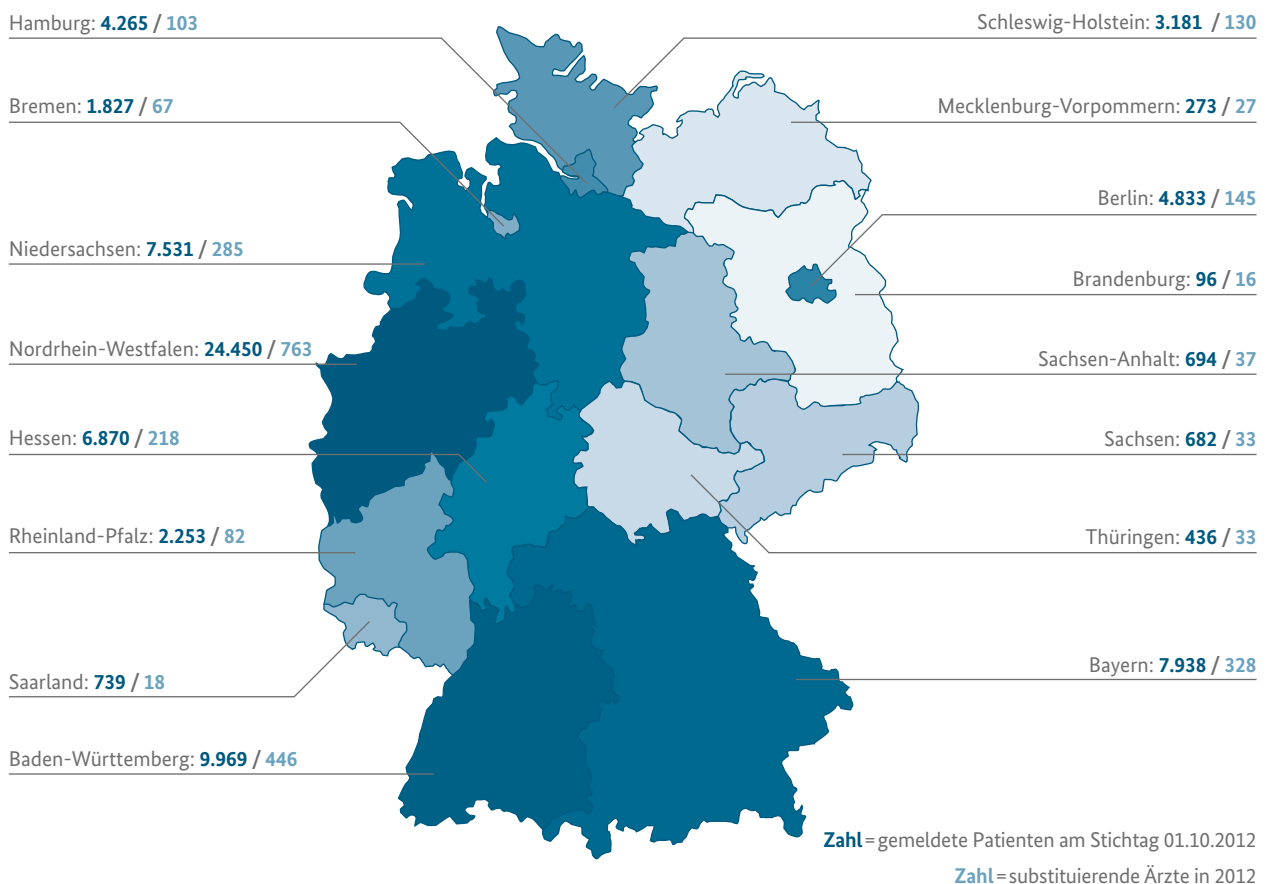
Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung, so werden die Namen und Adressen der substituierenden Ärzte, Konsiliaren und suchtherapeutisch qualifizierten Ärzte sowie die Anzahl der Substitutionspatienten übermittelt. Dies erfolgt über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwachungsbehörden hilft, bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden. Die 16 obersten Landesge-

sundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister (Abbildung 67). Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 28; zwischen den einzelnen Bundesländern variiert sie jedoch stark (Abbildung 68).

Bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner weisen insbesondere die Stadtstaaten Bremen und Hamburg eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatienten auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen könnten (Abbildung 69).

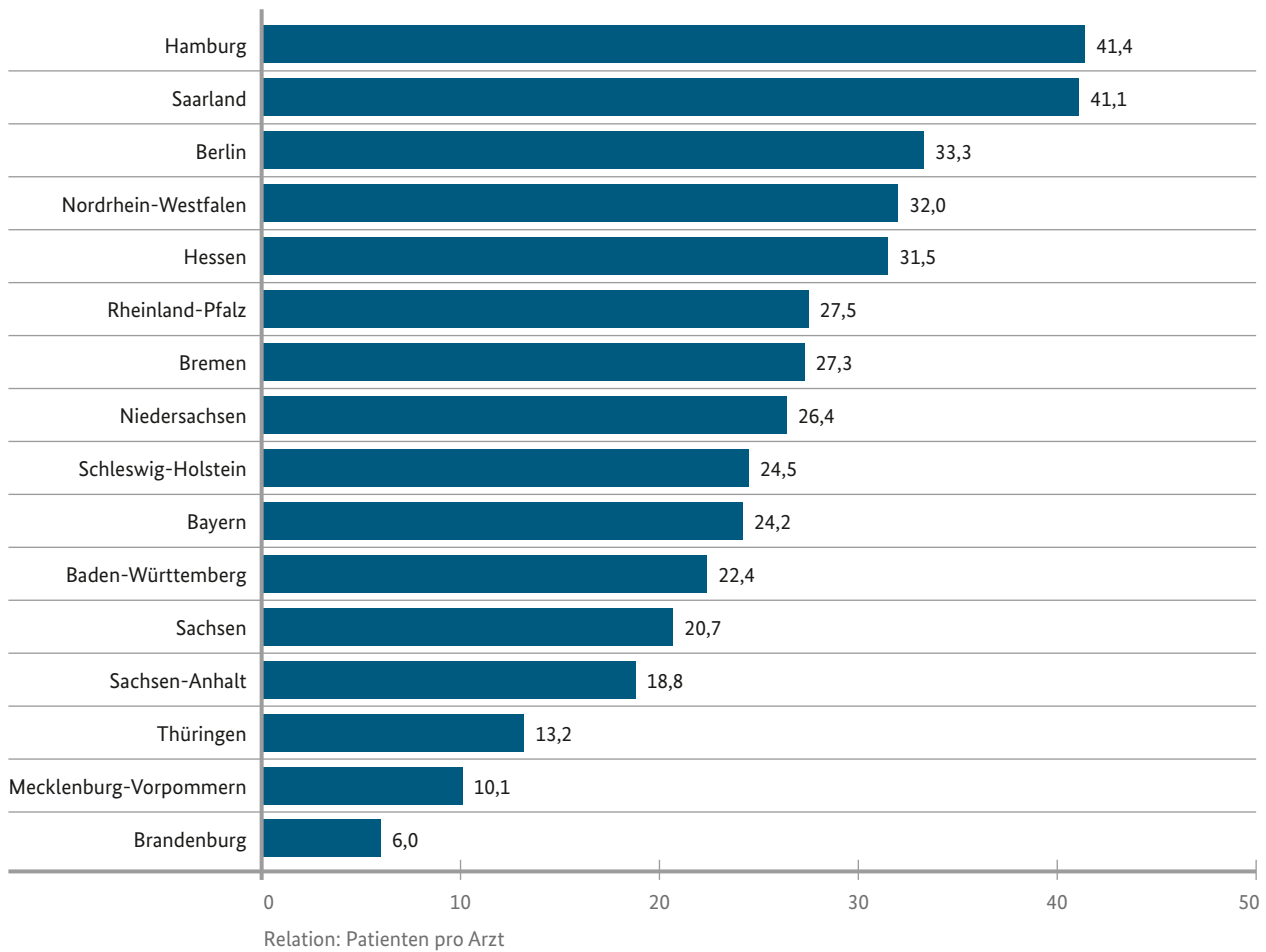
#### Abbildung 67:

#### Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern



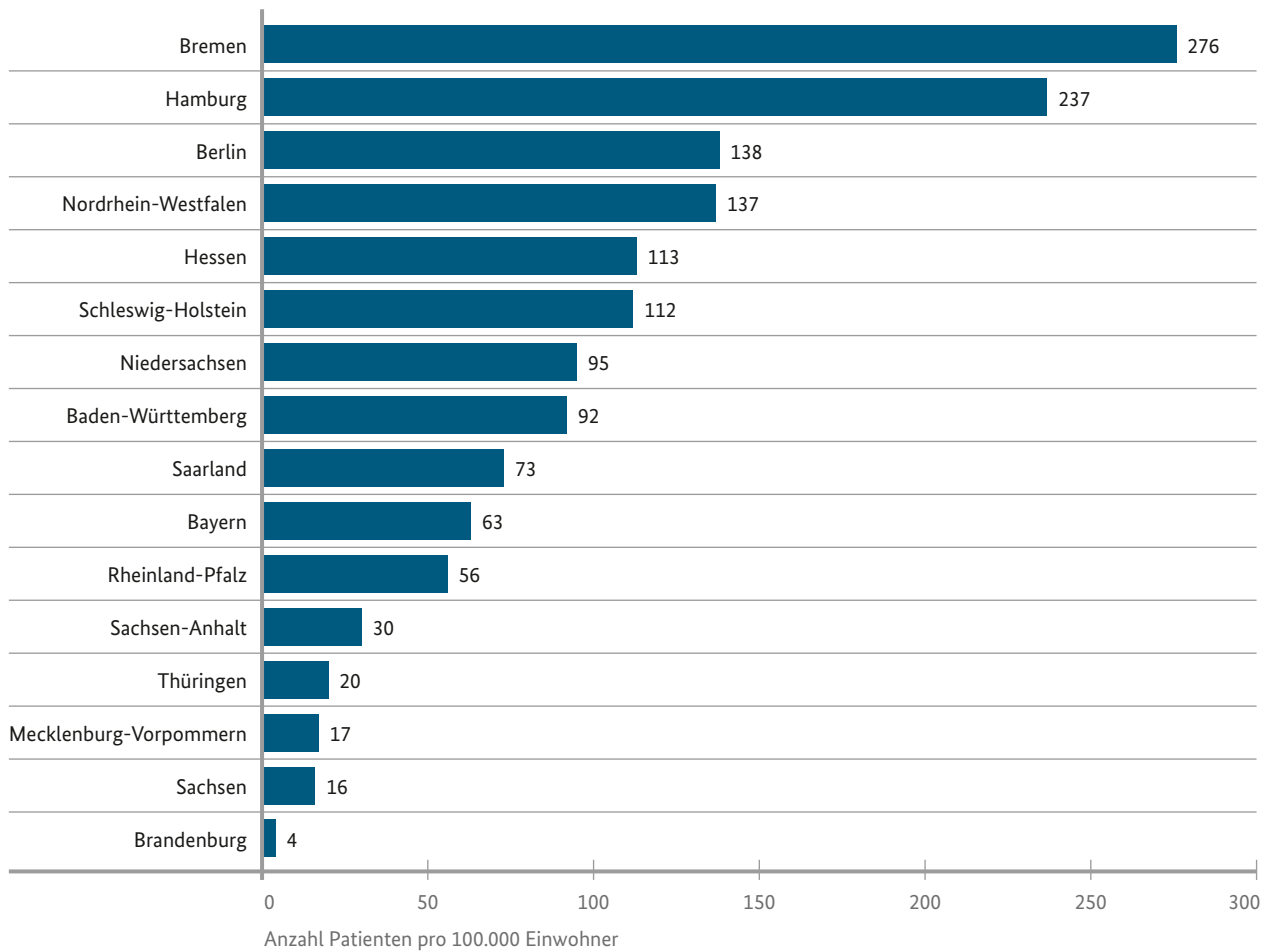
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Recherchedatum: 07.01.2013)

**Abbildung 68:**  
**Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2012)**



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

**Abbildung 69:**  
**Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag: 01.10.2012)**



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 Ärzte.

#### **Projekt „PHAR-MON“**

„PHAR-MON“ ist ein deutschlandweites Monitoringprojekt, das seit 1988 Missbrauch von Arzneimitteln unter den Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen in Deutschland beobachtet. Dreimal jährlich werden in einer repräsentativen Stichprobe ambulanter Facheinrichtungen umfangreiche Informationen zum nicht bestimmungsgemäßen Medikamentenkonsum erhoben. Das Ziel dieser Erhebung ist es, mögliche Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und auf diese aufmerksam zu machen.

Die aktuelle Gesamtauswertung für das Jahr 2011 zeigt erneut, dass es sich in etwa drei Viertel aller erfassten Fälle um einen Missbrauch von Substitutionsmitteln und Benzodiazepinen handelt.

Bereits seit vielen Jahren gehen Informationen aus „PHAR-MON“ auch in die Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ein. Seit 2011 werden im Rahmen des Projekts zusätzliche qualitative Daten erhoben, um über den Missbrauch von Medikamenten hinaus auch aktuelle Informationen zu neuen psychotropen Substanzen und aktuellen Konsumtrends zur Verfügung zu stellen. Ab 2013 soll in diesem Zusammenhang insbesondere die Kooperation mit den zahlreichen „Partyprojekten“ in ganz Deutschland ausgebaut werden. Mit dieser Entwicklung der Schnittstelle zwischen quantitativen und qualitativen Daten zum Medikamenten- und Drogenmissbrauch wird der Frühwarncharakter von „PHAR-MON“ weiter ausgebaut.

[www.ift.de/index.php?id=335](http://www.ift.de/index.php?id=335)

#### **Nationale Substitutionskonferenz akzept e. V.**

Im Dezember 2012 fand in Berlin die Dritte Nationale Substitutionskonferenz mit dem Untertitel „Brennende Themen der Substitution“ statt. Die Konferenz wurde vom BMG gefördert und von akzept e. V. – unter Mitwir-

kung der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie des JES Bundesverbandes – veranstaltet. Etwa 200 Teilnehmende aus Wissenschaft und Praxis beschäftigten sich mit der aktuellen Lage der Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen in Deutschland.

Laut der PREMOS-Studie gehören Patienten in Opiat-substitution im Gesundheitssystem mehrheitlich zu den Schwerstkranken mit chronischem Verlauf. Auf der Basis dieser und weiterer Forschungsergebnisse wurden die kurz- und mittelfristigen Handlungsnotwendigkeiten vor dem Hintergrund langfristiger Krankenbehandlungsperspektiven diskutiert. In zahlreichen Plenarvorträgen, Blitzlichtern, Foren, Diskussionen und Postern wurden einzelne Aspekte vertieft bearbeitet. Zu den Themen gehörten unter anderem: „Substitution, Kinder und Elternschaft“, „Umgang mit Beigebruch und Benzodiazepin-Verschreibung“, „Substitution im ländlichen Bereich“, „Neue Optionen in der HCV-Behandlung“, „Fahrtüchtigkeit und Substitution“, „Substitution, Alkohol und Harm Reduction“, „Psychosoziale Betreuung“ (PSB), „Bedarfe älterer Substitutionspatienten“ sowie „Änderungen der aktuellen BtMVV, um eine patienten- und arztgerechte Substitutionsbehandlung zu erreichen“.

[www.akzept.org/pro\\_expert\\_gesp\\_sub.html](http://www.akzept.org/pro_expert_gesp_sub.html)



## Beispiele aus Ländern und Verbänden

### Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS):

#### **GVS-Positionspapier: „Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln“**

Die Substitutionsbehandlung in Deutschland ist ein fest etablierter und unverzichtbarer Hilfebaustein bei der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen. Mit dieser Behandlung werden die meisten Opiat-abhängigen erreicht. Gleichzeitig zeigt der Blick auf behandelte opiatabhängige Eltern, dass die konkrete Umsetzungspraxis offensichtlich nicht sicherstellt, dass die Kinder von Substitutionspatienten hinreichend vor negativen Folgen geschützt werden. Nach wie vor gibt es keine verbindlichen Standards und Absprachen, wie die beteiligten Hilfesysteme bei abhängigen Eltern bzw. generell bei Eltern mit zusätzlichen schweren psychiatrischen Störungsbildern vorzugehen haben. So fehlt im Fall von opiat- bzw. polytoxikoman abhängigen Eltern die Absprache, welche Hilfesysteme zusammenarbeiten müssen (medizinischer Bereich, Suchthilfeeinrichtung und Jugendamt mit Jugendhilfe) und ab wann Kindeswohlgefährdung vorliegt bzw. mit welchen Kontrollstandards dieser Grenzbereich zur Kindeswohlgefährdung überprüft wird. Psychosoziale Betreuungs- und Jugendhilfeangebote benötigen einheitliche Bewertungskriterien bezüglich der Erziehungsfähigkeit von Eltern.

Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) setzt sich dafür ein, dass Minimalstandards im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Eltern oder werdenden Eltern mit Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit flächendeckend umgesetzt werden. Im Interesse der betroffenen Kinder müssen nach Auffassung des GVS angemessene und überprüfbare Rahmenbedingungen geschaffen werden, darunter:

- eine deutliche Erhöhung der Standards hinsichtlich der Beigebrauchskontrollen bei substituierten Eltern, die eine Verantwortung für Kinder ausüben;

- Take-Home-Vergabe nur dann, wenn keine Kinder im Haushalt leben, oder nach Absprache mit dem Jugendamt;
- Überweisung aller substituierten Patienten vom behandelnden Arzt an die zuständigen Beratungsstellen zur Ermittlung des psychosozialen Hilfebedarfs;
- Dokumentation des psychosozialen Hilfebedarfs von den beauftragten Suchtberatungsstellen nach zweckmäßigen (und einheitlichen) Standards;
- Innerhalb der Beratung muss dem Kinderschutz Rechnung getragen werden, indem die Versorgungs- bzw. Erziehungsfähigkeit der Eltern in verbindlicher Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendamt festgestellt wird. Bei festgestellten Mängeln sind geeignete Jugendhilfemaßnahmen vorzusehen.

Positionspapier: [www.sucht.org/fileadmin/user\\_upload/Service/Publikationen/Thema/Position\\_GVS\\_Position\\_Im\\_Interesse\\_der\\_Kinder.pdf](http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Position_GVS_Position_Im_Interesse_der_Kinder.pdf)  
[www.eltern-sucht.de/im-interesse-der-kinder](http://www.eltern-sucht.de/im-interesse-der-kinder)

### Junkies, Ex-User und Substituierte (JES) Bundesverband:

#### **Broschüre „Empfehlungen zum Umgang mit Substitutionsmitteln in Haushalten mit Kindern und Jugendlichen“**

Der Schutz von Kindern, die im Haushalt mit substituierten Frauen und Männern leben, steht im Mittelpunkt der neuen Broschüre des JES Bundesverbandes. In Leitlinien wird über eine kindersichere Aufbewahrung von Betäubungsmitteln gesprochen. Die in der Broschüre gemachten Vorschläge sollen dazu beitragen, substituierten Eltern, die zeitweise oder dauerhaft mit Kindern in einem Haushalt leben, praktische Hilfestellungen zur sicheren Lagerung von Substitutionsmitteln zu geben. Falls die Substitution mit flüssigen Substitutionsmitteln durchgeführt wird, sollte das Substitut keinesfalls ohne zusätzliche Sicherung im Kühlschrank aufbewahrt werden. Da der Kühlschrank als Aufbewahrungsort für Lebensmittel und Getränke dient, kann es hier, besonders mit Kinderau-

gen betrachtet, schnell zu Verwechslungen kommen. Zudem enthält die neue Broschüre auch Hinweise für substituierende Ärzte. So schlägt das JES-Netzwerk beispielsweise vor, dass jeder Patient vor der ersten Take-Home-Vergabe durch den behandelnden Arzt darüber informiert wird, wie er die Betäubungsmittel im Haushalt am sichersten lagert. Der Bedarf an praxisnahen Informationen zeigt sich u. a. in den Abforderungszahlen. Die erste Auflage mit 3.000 Exemplaren war bereits eine Woche nach dem Erscheinungstermin vollständig vergriffen.

Broschüre online: [www.jes-bundesverband.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Medien/JES\\_broschüre\\_Kinder\\_final.pdf](http://www.jes-bundesverband.de/fileadmin/user_upload/PDF/Medien/JES_broschüre_Kinder_final.pdf)

#### akzept e. V.:

##### **Curriculum „Fachkunde Psychosoziale Betreuung Substituierter“ – Zertifikatskurs**

akzept e. V., die DAH und der Berliner Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit (vista) haben ein Curriculum zum Thema „Fachkunde Psychosoziale Betreuung Substituierter“ entwickelt. In Kooperation mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) wurde von November 2011 bis März 2012 der erste Kurs in drei Blöcken mit insgesamt 60 Unterrichtsstunden durchgeführt. Aufgrund des hohen Andrangs wurde nach gründlicher Auswertung des ersten Durchlaufs bereits von Januar bis Juni 2012 ein zweiter Kurs angeboten.

[www.akzept.org/pdf/aktuel\\_pdf/ankuend.FachkPSB8.8.11.pdf](http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/ankuend.FachkPSB8.8.11.pdf)

#### Hamburg:

##### **Beendigung der Substitutionsbehandlung mit Methadon/Levomethadon – eine prospektive Untersuchung des ZIS**

Über die reguläre Beendigung der Substitutionsbehandlung (zum Beispiel mit Methadon) ist aus wissenschaftlicher Sicht wenig bekannt. In katamnестischen Untersuchungen aus den 70er bis 90er Jahren lagen die Abstinenzraten nach Beendigung der

Methadonsubstitution noch relativ hoch (zwischen 22 und 86 Prozent). Dabei spielen schlechte Erfahrungen aus vorangegangenen Absetzversuchen und negative Erwartungen eine wichtige Rolle, das Ende der Substitutionsbehandlung weit hinauszuzögern oder zu vermeiden. Aus jüngeren wissenschaftlichen Untersuchungen ergibt sich, dass die Rate an Patienten, die derzeit die Substitutionsbehandlung erfolgreich und beikonsumfrei verlassen, auf jährlich etwa 10 Prozent geschätzt werden kann. Diese Patienten lassen das Substitutionsmittel ausschleichen und begeben sich in eine Entzugsbehandlung (ggf. mit anschließender Entwöhnungstherapie), wobei sie sich zugleich vom Kontext der Drogenszene fortbewegt haben. Ein weiterer Teil der Patienten beendet die Substitutionsbehandlung in gebessertem Zustand – zwar ohne abstinent von illegalen Drogen zu sein, aber mit der Aussicht, ein sozial integriertes Leben zu führen, das nicht vom Suchtmittelgebrauch negativ beeinflusst oder gar bestimmt wird.

Zu der Frage, unter welchen Umständen und nach welchen Kriterien eine Methadonbehandlung (regulär) beendet werden kann, liegen nur wenige Erkenntnisse und Studien vor. Es besteht weitgehend Übereinstimmung darin, dass eine eindeutige Indikation für das Behandlungsende nur auf der gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient beruhen kann. Beim Patienten sollten zudem seit mindestens sechs Monaten keine Probleme mit Beikonsum bestehen. Ferner sollte sich die soziale und gesundheitliche Situation des Patienten verbessert und stabilisiert haben, zuvor vereinbarte Behandlungsziele sollte erreicht haben.

Ziel dieser explorativen, prospektiven Studie ist die systematische Beschreibung des Ausstiegsprozesses aus der Substitutionsbehandlung. Anhand einer erfolgreichen Behandlungsbeendigung kann auf mögliche Prädiktoren erfolgreicher oder weniger erfolgreicher Beendigungsprozesse geschlossen werden. Die Studie wird in Hamburger Substitutionsambulanzen und ausgewählten niedergelassenen Arztpraxen durchgeführt. Dabei werden Patienten

einbezogen, die nach Meinung der behandelnden Ärzte innerhalb der nächsten zwölf Monate die Substitutionsbehandlung regulär beenden, d. h. im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt die Substitutionsdosis auf null reduzieren. Der Behandlungsverlauf dieser zwölf Monate (sowie innerhalb eines nachfolgenden sechsmonatigen Katamnesezeitraums) wird dokumentiert.

### 2.2.3.2.2 Behandlung von Drogenabhängigen: Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten

Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) ist ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept für Suchtmittelabhängige. Hierbei werden die positiven Verstärker, die vom Gebrauch der psychotropen Substanz ausgehen, systematisch entfernt und durch positive Verstärkung aus dem sozialen Bereich ersetzt, um so Abstinenz zu fördern. Dieser teilhabeorientierte verhaltenstherapeutische Ansatz wurde in den USA bereits erfolgreich evaluiert, ist in Deutschland bisher jedoch wenig verbreitet.

Mit finanzieller Unterstützung durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg werden durch die Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung des Universitätsklinikums Tübingen zwei stationäre Drogenrehabilitationseinrichtungen innerhalb des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH in einem kontrollierten zweiarmigen Design (CRA vs. Standardbehandlung) über fünf Untersuchungszeitpunkte (Prä-/Post-/3-Monats-, 6-Monats- und 12-Monats-Follow-up) hinsichtlich der Behandlungs-Compliance, der Abstinenzquoten und insbesondere hinsichtlich der Veränderung der beruflichen und sozialen Teilhabe verglichen.

Ende 2012 wurde die erste Erhebungswelle der Evaluationsstudie erfolgreich beendet. Hierfür wurden 126 Patienten der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen „Klos-

terhof“ nach dem CRA behandelt, bei 84 Patienten der Fachklinik „Haus Wiesengrund“ (Freudenstadt-Kniebis) wurde eine Standardbehandlung durchgeführt. Der abschließende Ergebnisbericht wird im September 2014 vorliegen.

### 2.2.3.2.3 Schadensreduzierung Deutsche AIDS-Hilfe: „SMOKE IT“ – Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform

Zusätzlich zu den schwerwiegenden Folgen des Heroinkonsums an sich birgt die intravenöse gegenüber der inhalativen Anwendung weitere Gesundheitsgefährdungen, darunter nachhaltige Schädigungen der Blutgefäße, Venenerkrankungen, die Gefahr einer Überdosierung sowie die Übertragung von Krankheiten wie Hepatitis und HIV. Ein wesentliches Ziel des Projekts „SMOKE IT“ war es daher, Möglichkeiten zu finden, den intravenösen Heroinkonsum zu reduzieren.

Im Rahmen des Projekts sollte überprüft werden, inwieweit mithilfe neuartiger und kostenloser Präventionstools (wie Folien) sowie durch mediale und personale Interventionen eine Veränderung der Drogenapplikationsform von intravenös zu inhalativ unterstützt werden kann. Das Projekt wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und vom BMG finanziert und in Form einer multizentrischen Erhebung (in Frankfurt, Berlin, Dortmund, Hamburg und Bielefeld) in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt (ISFF) durchgeführt. Zur Durchführung der Erhebung wurden an Heroinkonsumenten Fragebögen und „SMOKE IT“-Pakete verteilt. Die Pakete enthielten stabile, unbeschichtete Rauchfolien, die ausschließlich zum Heroinkonsum gedacht waren, sowie Flyer, Karten und eine bebilderte Beschreibung zum inhalativen Konsum. Die Erhebung erstreckte sich über drei Befragungszeitpunkte.

Insgesamt gingen 177 Fragebögen beim ISFF in Frankfurt ein, von denen zwölf Personen das „SMOKE-IT“-Paket ablehnten. Von den verbleibenden 165 Befragten konnten 85,5 Prozent zum Zeitpunkt  $t_1$  wiederbefragt werden sowie 54 Prozent ebenfalls zum Zeitpunkt  $t_2$ .

77 Prozent der Befragten sind männlichen Geschlechts, durchschnittlich 34,7 Jahre alt und konsumieren im Mittel seit 13,3 Jahren Heroin. Hierbei variierten die Angaben zwischen einem Jahr und 41 Jahren. Der intravenöse Heroinkonsum ist unter den Studienteilnehmern sehr weit verbreitet und wird im Durchschnitt seit 10,4 Jahren praktiziert. 96,8 Prozent der Befragten verfügen aber auch über Erfahrungen mit der inhalativen Aufnahme opiathaltiger Substanzen.

Die Auswertung der Erhebung hat ergeben, dass mehr als vier Fünftel der Teilnehmer das „SMOKE-IT“-Paket nutzten (87,2 Prozent der Männer, 71,9 Prozent der Frauen). 65,3 Prozent verwendeten lieber die „SMOKE-IT“-Folien, statt zu injizieren. Hierbei zeigen sich jedoch bemerkenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede (71,1 Prozent der Männer gegenüber 48 Prozent der Frauen).

Die Gründe dafür, warum die Teilnehmer das Rauchen von Heroin mithilfe von Folien praktizieren, sind vielfältig. 58,9 Prozent, davon überwiegend die älteren Teilnehmer, sehen die Inhalation als gesündere Konsumform an. Für 49,1 Prozent und vor allem für die jüngeren Konsumenten ist Neugier ein wesentlicher Grund. Für 35,7 Prozent ist das geringere Risiko einer Ansteckung mit Krankheiten wie Hepatitis oder HIV von besonderer Bedeutung: Ein Drittel möchte auf diese Weise eine Überdosierung vermeiden. Vier Fünftel aller Befragten gaben an, „SMOKE-IT“-Folien auch zukünftig zu nutzen, sofern ein entsprechendes Angebot verfügbar ist. Fast 60 Prozent wären bereit, die Folien auch käuflich zu erwerben.

Diese Studienergebnisse zeigen, dass mit einem Mix aus hochwertigen und neuartigen Präventionstools sowie mit einer zielgerichteten Ansprache Heroinkonsumenten in ihrem Drogenkonsumverhalten beeinflusst werden können. Trotz ihres aktuellen Drogenkonsums haben die Konsumenten ein großes Interesse daran, ihre Gesundheit zu erhalten und nehmen hierfür gern zur Verfügung stehende Maßnahmen und Informationen in Anspruch. Es wird daher empfohlen, dass Einrichtungen, die bisher ausschließlich den Spritzenaustausch anbieten, ihr Angebot um mediale Informa-

tionen sowie Rauchfolien ergänzen. Die Abgabe von Rauchfolien und Konsumutensilien zum intravenösen Konsum sollte dabei möglichst kostenfrei sein.

#### **Evaluation des Projekts „Beipackzettel – Safer-Use-Infos in Spritzenschachteln“**

Jährlich werden in Deutschland an mehr als 170 Spritzenautomaten über 400.000 Spritzenschachteln an Drogenkonsumenten abgegeben. Es ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Käufer dieses Angebot aus Gründen der Anonymität in Anspruch nimmt und vergleichbare Angebote der Drogenhilfe meidet. Daher ist es von großer Bedeutung, über den Automaten bzw. die Automaten-schachtel wichtige Informationen zum Zwecke der Risikominderung zu verbreiten.

Spritzenschachteln bieten aufgrund der geringen Verpackungsfläche nur sehr eingeschränkten Raum für Safer-Use-Hinweise. Durch die Einführung von „Beipackzetteln“ könnte hier jedoch ausführlicher auf Safer-Use-Maßnahmen hingewiesen werden. Die Kurzinformationen könnten zudem im Rahmen von Streetwork oder in niedrighschwelligten Einrichtungen an Drogengebrauchende verteilt werden.

Im Rahmen des BZgA-finanzierten Projekts „Beipackzettel – Safer-Use-Infos in Spritzenschachteln“ wurde die Akzeptanz der Beipackzettel bei Drogenkonsumentierenden überprüft. Dabei galt es herauszufinden, inwieweit die Leser die in den Beipackzetteln zusammengestellten Informationen für sich und andere Drogengebrauchende als Mehrwert ansehen. Insgesamt wurden hierfür 10.000 Spritzenschachteln mit dem neuen Beipackzettel an die Einrichtungen geliefert. Das Projekt wurde in Kooperation mit der Berliner Einrichtung Fixpunkt und der Kölner Einrichtung VISION durchgeführt. Zur Durchführung der Umfrage wurde das Tool „Google Docs“ verwendet.

In die Evaluation wurden alle 89 Rückmeldungen einbezogen, die zwischen Februar und Mai 2012 eingingen. Das Feedback war überaus positiv: 88,8 Prozent bewerteten die zusätzlichen Informationen des Beipackzettels als für sich persönlich nützlich. 95,5 Prozent äußerten, dass die Informationen auch für andere

Drogenkonsumierende nützlich sind. Die Mehrheit der Befragten fand mindestens ein Safer-Use-Thema in den Beipackzetteln relevant (82 Prozent: Infos zu Alternativen, 73 Prozent: Infos zur Injektion, 71,9 Prozent: Infos zum Mischkonsum, 56,2 Prozent: Infos zur Stoffzubereitung). 95,5 Prozent würden es begrüßen, wenn zukünftig immer Beipackzettel in den Schachteln der Spritzenautomaten enthalten wären.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Beipackzettel eine akzeptierte und probate Möglichkeit sind, um Safer-Use-Informationen zu vermitteln. Mithilfe von Beipackzetteln und über Spritzenautomaten kann eine zielgruppenspezifische Intervention zur Infektionsprophylaxe und Schadensminderung beim injizierenden Drogenkonsum realisiert werden. Von besonderer Bedeutung ist dies bei Drogenkonsumierenden, zu denen kein persönlicher Kontakt besteht und die nur über Spritzenautomaten-Schachteln zielgruppenspezifisch angesprochen werden können.

#### „test it Wuppertal“ – Nachhaltigkeit bei niedrigschwelligen HIV-/HCV-Beratungs- und Testangeboten

Das im Jahr 2010 vom BMG geförderte Projekt „test it“ wurde im Jahr 2012 von der DAH in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Wuppertal und der Drogenhilfeeinrichtung „GLEIS 1“ bereits am dritten Standort neben Dortmund und Berlin eingerichtet. Mit dem Kooperationsprojekt zwischen AIDS- und Drogenhilfe sollte überprüft werden, ob durch ein solches Angebot die Kooperation der Einrichtungen allgemein gefördert werden kann und ob die Tatsache, dass die kooperierenden Einrichtungen ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen, positive Auswirkungen auf das Projekt hat. Ein weiteres Ziel war es, neue Hinweise dazu zu erhalten, wie Schnelltestangebote im Rahmen einer HIV- und Hepatitis-C-Beratung in einer ambulant niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung angenommen werden.

Der zum Redaktionsschluss vorliegende Zwischenbericht des Projekts in Wuppertal unterstreicht die bisherigen Ergebnisse aus Berlin und Dortmund. Innerhalb weniger Wochen wurden 23 Beratungen und Schnelltests durchgeführt, wobei das Angebot ein-

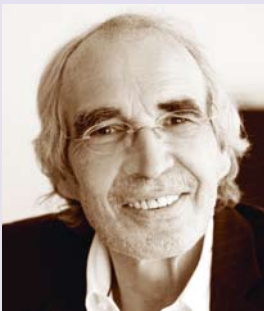
mal wöchentlich von 10.00 bis 15.00 Uhr vorgehalten wurde. Diese Zahlen unterstreichen abermals die Bereitschaft der Betroffenen, sich in eine Beratungssituation zu begeben. Sie zeigen damit zugleich die Chancen und Möglichkeiten von niedrigschwelligen Beratungs- und Schnelltestprojekten, das Bewusstsein für Infektionsrisiken bei Drogenkonsumierenden zu erhöhen.

Mittelfristiges Ziel bleibt die bundesweite Implementierung solcher oder ähnlicher HIV- und Hepatitis-Schnelltests und Beratungsprojekte. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass eine Anschubfinanzierung zu Beginn eines solchen Projekts Anlass zur berechtigten Hoffnung gibt, dass Test und Beratungsangebote dauerhaft vorgehalten werden.

#### Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Die Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft fand vom 1. bis 3. Februar 2012 in Genf statt und wurde von akzept e. V., der DAH, dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V. (WIAD) sowie Kooperationspartnern aus Österreich und der Schweiz durchgeführt. 160 Teilnehmer, u. a. aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, verabschiedeten die „Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012)“.

[www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/genfer\\_erklaerung8.3.12.pdf](http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/genfer_erklaerung8.3.12.pdf)

**Vorgestellt:****Dr. Jürgen Fleck: Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V.**

Nach über 40 Jahren Abstinenz vom Alkohol weiß Rechtsanwalt und Notar Dr. Jürgen Fleck, was es bedeutet, sich jeden Tag aufs Neue und „nur für heute“ für ein abstinentes Leben zu entscheiden. „Ich habe mich damals bewusst

auch in Selbsthilfegruppen engagiert, um gemeinsam mit anderen die Kraft zu finden und die Hoffnung zu teilen, Tag für Tag nüchtern zu leben und nach zufriedener Nüchternheit zu streben.“

Bereits 1974 gründete Fleck gemeinsam mit Prof. Dr. Lothar Schmidt (damals 1. Vorsitzender der Landesstelle Berlin gegen Suchtgefahren) und anderen Juristen, unter anderem dem damaligen Vizepräsidenten des Landessozialgerichts Berlin Günter Hennies sowie dem Staatsanwalt Sefkow, einen Arbeitskreis für Rechtsfragen, um Richter und Staatsanwälte durch Vortragsveranstaltungen besser über die Alkoholkrankheit zu informieren. „Damals galt häufig noch der Grundsatz: *Wer säuft, fliegt raus*. Leider war die Resonanz nicht so groß, wie wir es uns erhofft hatten, aber es entwickelte sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Juristen, Ärzten, Psychologen und Betroffenen.“ In dieser Zeit veröffentlichte Fleck verschiedene Fachaufsätze über die rechtliche Beurteilung von Suchtkrankheiten.

Zehn Jahre später entschied er sich dafür, einem Verein beizutreten, der Hilfe für suchtmittelgefährdete, abhängige Menschen anbietet. „Mich hat die Idee überzeugt, Hilfe zu jeder Zeit und unbürokratisch anzubieten. Als Betroffener wusste ich, wie wichtig kurzfristige Hilfe ist. Wenn erst Anträge auf ‚Büttenpapier‘ und mit Wartezeit gestellt werden müssen, ist

der Impuls, Hilfe in Anspruch zu nehmen, meist vorbei“, berichtet Fleck.

Er wurde Gründungsmitglied und ist heute 1. Vorsitzender des Notdienstes für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V. (Drogennotdienst), der das Ziel verfolgt, suchtmittelgefährdeten und abhängigen Menschen sowie deren Angehörigen qualifizierte, vernetzte und unbürokratische Hilfe anzubieten. Darüber hinaus engagierte er sich viele Jahre als Vorsitzender der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Abhängige von Alkohol, Medikamenten und anderen Suchtmitteln (PBAM) und als Mitglied in der Ethikkommission der Ärztekammer. „Ein wichtiges Ziel meiner Aktivität beim Drogennotdienst ist auch die bessere Integration von Suchtkranken in Arbeit, ein wichtiger Schritt, um Suchtkranke gesellschaftlich zu integrieren und ihnen Stabilität für ein Leben ohne Alkohol zu geben.“

Für die Zukunft wünscht er sich einen weiteren Bewusstseinswandel in der Gesellschaft: „Ich wünsche mir, dass Süchtige nicht als ‚haltlose Penner‘ angesehen werden, sondern als kranke Menschen, die Hilfe brauchen.“

[www.drogennotdienst.org](http://www.drogennotdienst.org)



#### 2.2.3.2.4 Therapie statt Strafe

##### Forschungsprojekt „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“

Die Möglichkeit zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG trat 1982 in Kraft. Diese Norm bringt zum Ausdruck, dass die Resozialisierung drogenabhängiger Straftäter durch eine Rehabilitationsmaßnahme als eines der wirksamsten Mittel gesehen wird, um weiterer Drogenkriminalität vorzubeugen. Seit Einführung des § 35 BtMG haben sich stationäre Einrichtungen der Drogenrehabilitation darauf eingestellt, durch die Justiz zugeführte Patienten aufzunehmen. Hierzu haben sie teilweise ihre Anzahl an Therapieplätzen erhöht. Gemäß der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) gibt es bundesweit etwa 201 stationäre Einrichtungen, in denen im Jahr 2011 nahezu 9.100 Drogenbehandlungen beendet wurden. Etwa 30 Prozent der Therapieplätze werden von Drogenabhängigen mit einer Auflage nach § 35 BtMG belegt. Die Existenz vieler Therapieeinrichtungen ist somit auch finanziell von der Belegung durch diese Patientengruppe abhängig. Anfang 2011 stellten die Suchthilfeverbände fest, dass sich die stationäre medizinische Rehabilitation wegen des Rückgangs an Therapieanträgen gemäß § 35 BtMG in einer „Krise“ befindet. Als Grund nannten sie, dass der für den § 35 BtMG notwendige „Kausalzusammenhang“ zwischen Straftat und Betäubungsmittelabhängigkeit von den Strafvollstreckungsbehörden zunehmend bezweifelt wird.

Im Rahmen der 14-monatigen Studie wurde deshalb untersucht, ob sich in den letzten zehn Jahren ein rückläufiger Trend in der Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG nachweisen lässt und ob zwischen Patienten mit und ohne justizielle Auflagen ein Unterschied in der Art der Therapiebeendigung besteht. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden verschiedene Daten aus der Rechtspflege und der stationären wie ambulanten Suchthilfe genutzt. Zudem wurden Interviews mit Vertretern der stationären Einrichtungen der Drogenentwöhnung sowie mit Rechtspflegern in ausgewählten Staatsanwaltschaften in Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen geführt. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl an Personen, die zur Aufnahme einer The-

rapie gemäß § 35 BtMG aus der JVA entlassen wurden, zwischen 2003 und 2012 deutliche Schwankungen aufweist. Nach Abschluss einer gemäß § 35 BtMG erfolgreich beendeten Rehabilitationsmaßnahme wird die Aussetzung des Strafrestes nach § 36 BtMG oftmals mit weiteren Auflagen verbunden; zunehmend wird bei diesen Drogenabhängigen ein Bewährungshelfer bestellt. Ein Grund dafür liegt in der erheblich verkürzten Therapiedauer von vormals 42 Wochen auf derzeit etwa 26 Wochen. Patienten mit einer Auflage nach § 35 BtMG schließen die stationäre Drogentherapie häufiger regulär ab als diejenigen ohne eine solche Auflage. Die drohende Wiederinhaftierung bei einem Therapieabbruch veranlasst offenbar eher dazu, diese durchzuhalten und planmäßig zu beenden. Der abschließende Bericht dieser Forschungsstudie wird im Frühjahr 2013 vorliegen (Stand: Februar 2013).

#### 2.2.3.2.5 Suchtselbsthilfe

##### JES Bundesverband:

##### „Meine Behandlung, meine Wahl“

Um Opiatkonsumenten umfassend über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, haben europäische Usergruppen das Projekt „Meine Behandlung, meine Wahl“ konzipiert. Unter Federführung des JES Bundesverbandes wurden die deutschsprachigen Elemente der ersten europaweiten Kampagne für Opiatkonsumenten fertiggestellt. In aktuell 15 Sprachen erhalten Opiatkonsumenten, Angehörige und Freunde neutrale und wertfreie Informationen zur Opiatabhängigkeit. Sie sollen ihnen dabei helfen, über die eigene Situation nachzudenken und Veränderungen anzustreben.

Im Zentrum steht das Internetportal [www.meine-behandlungmeinewahl.eu](http://www.meine-behandlungmeinewahl.eu), das über die verschiedenen Möglichkeiten des Umgangs und der Behandlung einer Opiatabhängigkeit informiert. Zudem können die Betroffenen hier in Videoclips über ihr Leben mit Heroin berichten und die vielfältigen Versuche vorstellen, Risiken zu reduzieren oder abstinent

zu werden. Auf der Seite wird nicht nur die Substitutionsbehandlung als verbreitete Behandlungsform der Opiatabhängigkeit vorgestellt; auch zu fast allen Behandlungsoptionen – darunter die Nichtbehandlung, die ambulante Therapie, Konsumkontrollprogramme, die medikamentengestützte Rückfallprävention sowie die Abstinenztherapie – werden Informationen angeboten.

Weitere Bestandteile der Kampagne sind eine Vielzahl von Medien, die in Kurzform oder sehr detailliert über das Thema Opiatabhängigkeit informieren. Ein eigens für die Kampagne eingerichteter Internetshop bietet Einrichtungen der Drogenhilfe und der AIDS-Hilfe die Möglichkeit, Informationsmaterial einfach und kostenfrei zu bestellen. Die Kampagne zeichnet sich ferner durch ein sehr modernes Layout aus. Die Betroffenen selbst dienen als Modelle und ihre Kernbotschaften werden in Form von Tattoos auf unterschiedlichen Körperteilen abgebildet. Das Projekt verdeutlicht einmal mehr die Potenziale von nationalen und internationalen Drogenselbsthilfegruppen und Netzwerken.

[www.meinebehandlungmeinewahl.eu](http://www.meinebehandlungmeinewahl.eu)  
<http://shop.meinebehandlungmeinewahl.eu>

#### Vorgestellt:

#### Thomas „Stolle“ Stolkmann: Projekt „Gewalt-, Drogen- & Alkoholprävention an Schulen“



Thomas „Stolle“ Stolkmann ist Musiker und lebt in Kassel. 13 Jahre lang war er von Alkohol und Drogen abhängig. Er war schon ganz unten. Nach dem sechsten Entzug, der ihn beinahe das Leben gekostet hätte, entschloss er sich

mit 31 Jahren, ein neues Leben zu beginnen und der Sucht endgültig den Rücken zuzukehren. Ein Bekannter hatte ihn mit seiner Situation und seinem eigenen Suchtverhalten konfrontiert und wachgerüttelt.

Er gab seinem Leben einen neuen Sinn und sich selbst eine Aufgabe. 2005 erschien „Sternzeichen Waise: Wie der Blues zu ‚Stolle‘ kam“, ein Buch, in dem er über seine schwierige Kindheit und Jugend, sein Leben als Musiker und seine Alkohol- und Drogensucht berichtete. Ein Lehrer, der das Buch gelesen hatte, bat ihn um einen Vortrag über Drogen, Gewalt und Mobbing in seiner 9. Klasse. Seine Botschaft „Drogen lösen nicht die Probleme, die ein Mensch in seiner Vergangenheit erfahren hat, sondern sie werden durch Drogen noch verstärkt!“ kam an. Immer mehr Lehrer luden ihn zu Vorträgen ein.

Er wurde Mitglied im Förderverein Zahnärzte und Patienten helfen Kindern in Not e.V. Kassel und wurde später als Projektleiter engagiert. Seit acht Jahren arbeitet er erfolgreich mit dem Verein zusammen. Heute hält er Vorträge in ganz Deutschland und auch in Österreich.

2007 erhielt er gemeinsam mit dem Verein den Gesundheitspreis der Stadt Kassel. „Ich spreche mit den Schülern, ohne dass Lehrer oder Schulsozialpädagogen dabei sind“, so Stolkmann. „Dadurch kön-

nen sich die Schüler besser öffnen und ungezwungener über ihre Probleme mit Drogen, über häusliche Gewalt und Mobbing an ihrer Schule reden. Solche Gespräche sind besonders an Schulen in sozialen Brennpunkten für mich eine große Herausforderung, weil die Jugendlichen den Vorträgen oft nicht immer konzentriert folgen können.“ Die Resonanz auf seine Vorträge ist bei Schülern und Lehrern sehr positiv.

„Die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen macht mir sehr viel Freude“, sagt der 49-Jährige. „Heute führe ich ein weitaus glücklicheres Leben als damals. Meine Lebensqualität ist enorm gestiegen und ich kann heute besser Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen. Ich hoffe, dass es uns auch in Zukunft gelingt, noch möglichst viele Jugendliche mit meiner Botschaft zu erreichen, und wir die notwendige Förderung erhalten, um unser Projekt fortzuführen.“

[www.zphkinder.de/front\\_content.php?idcat=52&idart=169](http://www.zphkinder.de/front_content.php?idcat=52&idart=169)

## 2.3 Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffungebundenen Süchten

### 2.3.1 Pathologisches Glücksspiel

Im Hilfesystem zum Pathologischen Glücksspiel sind die wichtigsten ersten Anlaufpunkte meist ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen. Das therapeutische Angebot reicht von Einzel- und Gruppengesprächen in der ambulanten Behandlung über Vorbereitung, Vermittlung und Nachsorge stationärer Aufenthalte in einer Fachklinik bis zur Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Schwerpunkte der Hilfsaktivitäten der Länder sind neben Maßnahmen zur weiteren Differenzierung von Glücksspielsucht, zur Qualifizierung und zur bedarfsgerechten Fortentwicklung des bestehenden ambulanten und stationären Hilfeangebots auch die Etablierung und Stärkung von Suchtselbsthilfestrukturen.

Im Rahmen des seit 2008 geltenden Glücksspielstaatsvertrages haben die Bundesländer das Hilfeangebot für Menschen mit Glücksspielsucht ausgebaut. Um dies weiterzuentwickeln und auf Landesebene besser zu koordinieren, haben mehrere Länder eigene Landesfachstellen für Glücksspielsucht eingerichtet. Daneben wurde die diesbezügliche Qualifizierung von Fachkräften in Suchtberatungsstellen intensiviert und bestehende Suchthilfeangebote wurden um spezielle Hilfen für Glücksspielsüchtige und deren Angehörige erweitert. Unabhängig von diesen Maßnahmen, die unmittelbares Ergebnis des Glücksspielstaatsvertrages sind, wurden ambulante und stationäre Behandlungsangebote für Glücksspielsüchtige weiterentwickelt.

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) zeigt, dass Pathologisches Glücksspiel im Jahr 2009 mit 8.265 Hauptdiagnosen in ambulanten und stationären Einrichtungen hinsichtlich der Fallzahlen erstmals die Fallzahlen für Kokain und andere Stimulanzien überschritten hat. Pathologisches Glücksspiel rangiert nunmehr hinter Alkohol, Opioiden und Cannabis auf Platz vier der problematischsten Süchte in Deutschland. Mit einem Verhältnis von 1 : 7,8 sind wesentlich mehr Männer als Frauen betroffen. Damit ist der Männeranteil beim Pathologischen Glücksspiel sogar noch höher als bei allen substanzbezogenen Störungen. Mit einem Altersdurchschnitt von 35 bis 38 Jahren sind pathologische Spieler zudem meist älter als andere von Sucht betroffene Patienten. Störungen im Zusammenhang mit Pathologischem Glücksspiel gehen im Vergleich zu den stoffgebundenen Störungen seltener mit Erwerbslosigkeit einher. In der ambulanten Behandlung sind 26 Prozent der Patienten erwerbslos, in stationärer Behandlung 47 Prozent.

Die Behandlung ist im Vergleich zu den substanzgebundenen Störungsbildern kurz: Sowohl im ambulanten (178 Tage) als auch im stationären Bereich (78 Tage) sind die Therapien des pathologischen Spielens im Mittel am kürzesten. Der Erfolg ist je nach Einrichtungstyp unterschiedlich: Während im ambulanten Bereich 57 Prozent der Patienten die Therapie planmäßig beenden – den Spitzenwert mit 65 Prozent belegen ehemalige Alkoholiker –, sind es im stationären Bereich 87 Prozent.

### 2.3.1.1 Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern

Insgesamt weisen bundesweit 540.000 Betroffene im Alter von 16 bis 65 Jahren ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten auf. Dies entspricht bundesweit ca. 1 Prozent der Bevölkerung. Nahezu zwei Dritteln dieser Spieler ist es jedoch gelungen, ihre Spielsucht ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu überwinden. Diese Daten werden durch internationale Studien zur Selbstheilung bei Pathologischem Glücksspiel bestätigt.

Da es dem restlichen Drittel der Spielsüchtigen in Deutschland nicht gelingt, ihre Abhängigkeit zu überwinden, erscheint es sinnvoll, Kenntnisse über die Hintergründe der Selbstheilung zu nutzen, um bei diesen Betroffenen Selbstheilungsprozesse gezielt auszulösen und zu verstärken. Dabei könnten die derzeit angewandten Spielerschutzmaßnahmen um die Bereiche ergänzt werden, die sich im Rahmen der Selbstheilung als besonders evident erwiesen haben. National wie international liegen zu diesem Themenbereich trotz der hohen Anteile von Spontanremissionen aktuell nur wenige Studien vor, die zudem lediglich eine begrenzte Aussagekraft besitzen. Über die Gründe, Mechanismen und Strategien für Selbstheilungsprozesse bei pathologischen Glücksspielern ist bisher wenig bekannt.

Hauptziel der seit September 2012 geförderten Studie „Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern. Eine empirische Untersuchung zu den Möglichkeiten, mit Hilfe von Spielerschutzmaßnahmen Selbstheilungsprozesse zu initiieren und zu fördern“ ist es daher, Indikatoren zu identifizieren, die erklären, warum es einer großen Zahl von pathologischen Glücksspielern gelingt, aus der Spielsucht herauszuwachsen, andere jedoch auf professionelle Hilfe angewiesen sind bzw. in ihrer Sucht verharren. Aufgrund des geringen Forschungsstandes zur Selbstheilung und des explorativen Forschungsansatzes wird eine umfassende einjährige Studie durchgeführt. Ziel der Studie ist es, empirisch fundierte Rückschlüsse für die Optimierung des Spielerschutzes im Glücksspielbereich zu erhalten.

### 2.3.1.2 Katamneseprojekte zur Glücksspielsucht in der stationären Behandlung – Katamneseerhebung zur stationären Rehabilitation des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) führt seit Frühjahr 2013 eine Katamneseerhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel durch. Ziel des gut zwei Jahre dauernden und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekts ist die Entwicklung einer spezifischen Katamnese (in Form einer Fragebogendurchführung) für Glücksspielsucht, die auf den Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) basiert, aber zu besseren Ergebnissen führen soll.

Für einen Entlassjahrgang aus der stationären Rehabilitation für Glücksspielsucht werden neben den katamnestischen Daten in der Nachbefragung auch andere Daten und Informationen aus zusätzlichen Testdiagnostiken erhoben. Dies soll es ermöglichen, neben Aussagen über die Wirksamkeit der Behandlung auch eine detaillierte psychopathologische Charakterisierung der Patientengruppe zu treffen. Die Ergebnisse sollen auch der Weiterentwicklung der Therapiekonzepte in den Einrichtungen dienen. Außerdem soll überprüft werden, inwieweit die Möglichkeit besteht, zukünftig eine Routinekatamnese zu etablieren.

## Beispiel aus den Ländern

### Nordrhein-Westfalen:

#### Multizentrische Katamnese „Pathologisches Glücksspielen“ der AHG Kliniken (Düsseldorf)

Die Durchführung von Katamnesen gehört zu den etablierten Elementen der Qualitätssicherung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Bisherige Katamneseuntersuchungen bei pathologischem Glücksspielen im deutschsprachigen sowie im internationalen Raum beziehen sich auf vergleichsweise kleine Stichproben und sind methodisch sehr unterschiedlich angelegt. Vor diesem Hintergrund haben die AHG Kliniken, in denen pathologische Glücksspieler behandelt werden, eine gemeinsame multizentrische Ein-Jahres-Katamnese durchgeführt.

Die Erhebung umfasste drei Messzeitpunkte. Auf der Grundlage einer einheitlichen Eingangs- und Abschlussdiagnostik ( $t_1$ ,  $t_2$ ) wurde für alle Patienten, die zwischen dem 1. Oktober 2010 und dem 30. September 2011 entlassen wurden, eine Nachuntersuchung ( $t_3$ ) entsprechend den Katamneseuntersuchungsstandards des Fachverbandes Sucht durchgeführt.

Im Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 617 pathologische Glücksspieler aus fünf Kliniken behandelt. 90,3 Prozent der Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. Es wurde eine Rücklaufquote von 55,9 Prozent ( $N = 345$ ) erreicht. Von den Katamneseantwortern (DGSS-III-Kriterium) waren 47,8 Prozent durchgehend glücksspielfrei, 23,2 Prozent waren glücksspielfrei nach Rückfall. Das entspricht einer katamnestischen Erfolgsquote von 71 Prozent. Werden die Nicht-Antworter als rückfällig gewertet (DGSS-IV-Kriterium), so waren 26,7 Prozent durchgehend glücksspielfrei und 13 Prozent glücksspielfrei nach Rückfall. Das entspricht einer katamnestischen Erfolgsquote von 39,7 Prozent. Die gedankliche und gefühlsmäßige Involviertheit in das Glücksspielen nahm im Behandlungsverlauf signifikant ab. Patienten, die durchgängig glücksspielfrei geblieben waren, zeigten schon zu Behandlungsbeginn eine erheblich

geringere Involviertheit als rückfällige Patienten. Zwischen dem Beginn eines problematischen Glücksspielverhaltens und der Inanspruchnahme einer stationären Reha-Behandlung lagen durchschnittlich 10,1 Jahre. Das Vorliegen einer komorbiden substanzbezogenen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung erwies sich als ungünstiger Faktor für die Aufrechterhaltung von Glücksspielfreiheit.

Berücksichtigt man die häufigen Wohnungswechsel und die schwankende Mitwirkungs-Compliance der pathologischen Glücksspieler, so ist die Rücklaufquote als gut zu bewerten; die Patienten profitierten von den eingesetzten Behandlungsprogrammen. Ein schnellerer Zugang zur Behandlung ist wünschenswert, um weitere Folgeschäden zu verhindern.

### 2.3.2 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Menschen mit problematischer oder pathologischer Computerspiel- und Internetnutzung fallen in der Familie und im engeren Umfeld meist durch sozialen Rückzug und die Vernachlässigung der schulischen und beruflichen Verpflichtungen auf. Oft sind es die Angehörigen und Freunde, die in den Beratungsstellen Hilfe und Beratung suchen. Diese haben ihr Angebot bereits bundesweit um exzessive und pathologische Computerspiel- und Internetnutzung erweitert. Auch in psychiatrischen und psychologischen Kliniken gibt es mittlerweile erste spezielle ambulante und stationäre Therapieangebote für Computerspiel- und Internetabhängige.

Bislang ist die Internetabhängigkeit nicht als eigenständige Krankheit anerkannt. Zur Sicherstellung und Verbesserung der Behandlungssituation, insbesondere der Finanzierung, ist es langfristig notwendig, dass diese Erkrankung von den medizinischen Fachgesellschaften in die internationalen Diagnoseverzeichnisse aufgenommen wird. Hierfür bedarf es einer umfangreichen Grundlage an Studien. Mit der Förderung der Studien zur „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA) trägt die Bundesregierung derzeit zur Schaf-

fung dieser notwendigen Grundlage bei. Die American Psychological Association (APA) hat für die Änderung des amerikanischen Diagnoseverzeichnisses (DSM) den Vorschlag vorgelegt, „internet use disorder“ in die Anlage des Verzeichnisses aufzunehmen. Die aktualisierte Fassung des DSM wird für Mai 2013 erwartet (Stand: April 2013).

### 2.3.2.1 Beispiel aus den Verbänden

#### Fachverband Medienabhängigkeit:

##### Empfehlungen für die Behandlung von Medienabhängigkeit im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem

Medienabhängigkeit hat in den vergangenen Jahren als psychisches Störungsbild gesellschaftlich zunehmend Anerkennung gefunden. Infolge der fehlenden Klassifikation gibt es in Deutschland bisher noch keine gesicherte Kostenübernahme für die Behandlung des Störungsbildes und somit auch keine etablierten Versorgungsstrukturen für Medienabhängige. Um eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für die flächendeckende Versorgung Medienabhängiger zu schaffen, hat die Arbeitsgruppe Beratung/Behandlung deshalb im Auftrag des Fachverbandes Medienabhängigkeit die „Empfehlungen für die Behandlung von Medienabhängigkeit im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem“ entwickelt und 2012 veröffentlicht. In der Publikation setzen sich die Autoren kritisch mit weit verbreiteten Hypothesen über Medienabhängigkeit auseinander, wobei sie sich auf zahlreiche relevante Forschungsergebnisse berufen. Sie plädieren dafür, Medienabhängigkeit als eigenständige psychische Erkrankung anzuerkennen, und geben Empfehlungen für künftige Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Hierbei werden Zugangswege und Beratungsangebote ebenso wie Motivationsgruppen und verschiedene Therapieformen erläutert. Damit wird aus Sicht des Fachverbandes die bestmögliche Versorgungsstruktur mit dem geringsten Implementierungsaufwand umgesetzt.

Der Fachverband hat seine Position dargestellt und die Bildung eines Runden Tisches vorgeschlagen, um mit den zuständigen Kostenträgern gemeinsam die Versorgungsstruktur zu diskutieren und Standards zu vereinbaren. Die Empfehlungen können auf der Homepage des Fachverbandes als PDF-Dokument heruntergeladen werden.

[www.fv-medienabhaengigkeit.de](http://www.fv-medienabhaengigkeit.de)

### 2.3.2.2 Beispiel aus den Ländern

#### Rheinland-Pfalz:

##### Evaluation zur Überprüfung der Wirksamkeit einer manualisierten Kurzzeittherapie zur Behandlung von Internet- und Computerspielsucht

„Short-term Treatment of Internet and Computer game Addiction“ (STICA) ist die weltweit erste randomisierte kontrollierte klinische Studie, bei der die Effekte einer standardisierten und manualisierten Intervention für das Störungsbild der Internet- und Computerspielsucht evaluiert werden. Das multizentrische Projekt mit den Standorten Mainz, Mannheim, Tübingen und Wien wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. In der klinischen Praxis zeigt sich, dass Internetsucht bei Patienten in Form von verschiedenen exzessiv ausgeübten Verhaltensroutinen nicht selten auftritt. Dazu zählen unter anderem die ständige Präsenz in Chatforen oder sozialen Netzwerken, die exzessive Suche nach pornografischem Material oder anderen Informationen, ein unkontrolliertes Online-Kaufverhalten und vor allem die exzessive Nutzung von Glücks- oder (Online-) Computerspielen. Ergebnisse verschiedener nationaler wie internationaler Studien zeigen, dass 3 bis 7 Prozent der regelmäßigen Internetnutzer problematische oder internetsüchtige Nutzer sind. Fallzahlen der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zeigen, dass vor allem männliche Jugendliche und junge Erwachsene von den Folgen dieses exzessiven Verhaltens betroffen sind. Bislang fehlen jedoch Behandlungskonzepte



und Effektivitätsstudien mit hinreichendem methodischen Anspruch. Um diese vorhandene Wissenslücke zu schließen, wird die STICA-Studie durchgeführt. Die STICA-Kurzzeittherapie besteht aus kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppeninterventionen. Die Patienten der Interventionsgruppe werden dabei mit einer Wartekontrollgruppe verglichen. Zur Beurteilung des Behandlungserfolgs werden die psychische Hauptdiagnose und komorbide psychiatrische Symptome wie soziale Angst und Depression vor und nach der Behandlung erfasst. Die Stabilität der Behandlungsergebnisse soll durch Follow-up-Messungen erfasst werden, die sowohl am Therapieende als auch zehn Monate nach der Randomisierung durchgeführt werden.

[www.stica.de](http://www.stica.de)

### 2.3.2.3 Forschung

#### Allgemeine Hospitalgesellschaft AHG:

**„Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation“: empirische Forschungsergebnisse und Implikationen für die klinische Praxis**  
In dem zweijährigen von der DRV Bund geförderten Forschungsprojekt ging es um die Indikationsgebiete Psychosomatik und Sucht.

Hinsichtlich des pathologischen PC- und Internetgebrauchs stehen Klinik und Forschung erst am Anfang. Dementsprechend wird diese relativ neue Problematik in der psychosomatischen und der Suchtrehabilitation bislang kaum angemessen berücksichtigt.

Ziel des Projekts war es, das komplexe Krankheitsbild zu erhellen sowie systematische Einordnungsgesichtspunkte zu präzisieren, um therapeutische Herangehensweisen begründen zu können.

Im Rahmen des Projekts wurden vier Patientengruppen unterschiedlicher Abhängigkeiten miteinander

der verglichen: je 100 Patienten mit pathologischem Computer- und Internetgebrauch, pathologischem Glücksspielen oder stoffgebundener Abhängigkeit und psychosomatisch Kranke. Teilrandomisiert wurden 400 Patienten der AHG Kliniken Münchwies und Schweriner See in die Studie einbezogen. Merkmale der Symptomatologie, der Persönlichkeitsorganisation, der Selbstwertregulation und der Interaktionskompetenz sowie arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensweisen wurden erfasst, ebenso wie Alter und Geschlecht, die Erwerbssituation und die Partnerschaftssituation. Als multivariate Methoden zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen wurden Varianz-, Kovarianz- und Diskriminanzanalysen eingesetzt.



Im Ergebnis erwies sich der pathologische Computer- und Internetgebrauch als eigenständiges Krankheitsbild, das vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse als Beziehungs- und Verhaltensstörung zu verstehen ist. Das therapeutische Vorgehen verlangt die Förderung einer angemessenen Selbstwertregulierung und Symbolisierungsfähigkeit. Zudem müssen die soziale Beziehungsfähigkeit und der affektive Bezug zur Realität gestärkt werden.

[www.ahg.de/muenchwies](http://www.ahg.de/muenchwies)

[www.facebook.com/pages/Computer-Internet-Krankheit/408338852561010](https://www.facebook.com/pages/Computer-Internet-Krankheit/408338852561010)

[www.klinik-schweriner-see.de](http://www.klinik-schweriner-see.de)

## 3 Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen

### 3.1 Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen

#### 3.1.1 Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen

Arbeitslosigkeit wird von den Betroffenen oftmals als einschneidendes Erlebnis empfunden, das ihnen „den Boden unter den Füßen wegzieht“. Lebensperspektive, gesellschaftliches Ansehen, finanzielle Absicherung, Lebenssinn und Lebensstruktur geraten ins Wanken. Diese Lebenssituation stellt daher eine besondere Herausforderung für die Betroffenen dar. Liegen außerdem noch gesundheitliche Einschränkungen oder Suchtprobleme vor oder treten diese im Lauf der Arbeitslosigkeit ein, erschwert dies die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt zusätzlich.

Hier können Präventionsmaßnahmen zur Unterstützung helfen. Obwohl gerade für Arbeitslose diese Präventionsmaßnahmen sinnvoll sind, nutzt diese Gruppe die vorhandenen Angebote der Krankenkassen eher selten. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat deshalb im Februar 2012 eine Kooperation mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) vereinbart. Gemeinsame Einrichtungen und Arbeitsagenturen sollen Möglichkeiten nutzen, den Präventionsgedanken stärker im Beratungs- und Vermittlungsprozess zu verankern. Durch konkrete Hinweise auf Angebote der Krankenkassen vor Ort können Arbeitslose motiviert werden, beispielsweise an Kursen zur Suchtprävention teilzunehmen. Die GKV schafft die Rahmenbedingungen dafür, dass Arbeitslose einen erleichterten Zugang zu Präventionsmaßnahmen erhalten. Konkret geplant ist zum Beispiel, dass Krankenkassen unter bestimmten Bedingungen die Kosten von Präventionsangeboten für Arbeitslose vorab ganz oder teilweise übernehmen.

Ergänzend dazu ist die BA seit November 2009 Mitglied im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Der beratende

Arbeitskreis des Kooperationsverbundes formuliert die zentralen Qualitätserfordernisse für die Zusammenarbeit der Partner in der Kommune. Hierzu zählt auch die Suchtprävention sozial Benachteiligter.

Eine Form der spezialisierten Betreuung von suchtkranken arbeitslosen Menschen bietet das Fallmanagement. Es kann gezielt für die Bewältigung vielfältiger Problemlagen eingesetzt werden oder wenn sich Handlungsbedarfe ergeben, die suchtkranke Menschen nicht aus eigener Kraft bewältigen können. Die kommunalen Eingliederungsleistungen, wie die Suchtberatung nach § 16 a Nr. 4 SGB II, unterstützen und flankieren dabei den Prozess der Eingliederung in Arbeit.

#### 3.1.2 Beispielprojekte aus den Ländern zur Teilhabe am Arbeitsleben

##### Sachsen-Anhalt:

##### Handlungsleitfaden zur Betreuung suchterkrankter Hilfebedürftiger

Im August 2010 schlossen die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland und die Regionaldirektionen Sachsen-Anhalt-Thüringen und Sachsen der Bundesagentur für Arbeit (BA) eine Kooperationsvereinbarung zur Erbringung von Leistungen für abhängigkeiterkrankte Menschen. Um den Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung die Umsetzung zu erleichtern, hat die Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen 2011 einen Handlungsleitfaden zur Betreuung suchterkrankter Hilfebedürftiger herausgegeben.

Ziele des Leitfadens sind die frühzeitige Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung und die Sicherung des Rehabilitationserfolgs durch eine nachhaltige Eingliederungsstrategie. Der Handlungsleitfaden soll für das Thema Sucht sensibilisieren, Handlungssicherheit fördern und zur Intensivierung des erforderlichen Netzwerkes anregen. Er beschreibt die strukturellen Rahmenbedingungen und bietet Hinweise für das Erkennen der Suchterkrankung. Er gibt Ratschläge für die Einbeziehung der Suchtproblema-

tik in ein Beratungsgespräch, für die Betreuung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation sowie zum Datenschutz. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Gestaltung der Kooperation mit den örtlichen Suchtberatungsstellen gelegt.

An der Entwicklung des Handlungsleitfadens war auch die AG Sucht und Arbeit der Landesstelle für Suchtfragen beteiligt, auf deren Internetseite der Leitfaden veröffentlicht wurde. Das Papier befindet sich bezüglich einiger Neuregelungen derzeit in Überarbeitung, gilt aber hinsichtlich der fachlichen Empfehlungen und Grundsätze weiterhin.

[www.ls-suchtfragen-lsa.de/Ver%C3%B6ffentlichungen+-+Downloads/Arbeitsmaterialien/#arbeit](http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/Ver%C3%B6ffentlichungen+-+Downloads/Arbeitsmaterialien/#arbeit)

#### Sachsen:

##### **Modellprojekt „Beschäftigung und Perspektive – Maßnahmen zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d SGB II“**

Die Suchtberatungs- und -behandlungsstelle (SBB) „Haus Alt-Schönefeld“ ist eine von sechs Einrichtungen des Zentrums für Drogenhilfe im Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig, einem Eigenbetrieb der Stadt Leipzig. Neben den klassischen Beratungsleistungen unterhält die SBB „Haus Alt-Schönefeld“ seit 2007 ein Beschäftigungsprojekt mit den Werkbereichen Holz, Garten und Keramik, in das Klienten aus allen Leipziger SBB vermittelt werden.

Seit 2008 besteht eine Kooperation mit dem Jobcenter Leipzig, um den besonderen Schwierigkeiten langzeitarbeitsloser suchtkranker Menschen wirksam begegnen zu können: Das Modellprojekt „Beschäftigung und Perspektive – Maßnahmen zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d SGB II“ ist ein Angebot für abhängig erkrankte und von Abhängigkeit bedrohte Kunden des Jobcenters Leipzig. Sie können sich hier mittels Sinn gebender Beschäftigungen eine Tagesstruktur schaffen, um auf diese Weise ihre Abstinenz zu stabilisieren und Rückfallrisiken zu minimieren. Sie trainieren in diesem Rahmen nicht

nur handwerkliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern auch Eigenschaften wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit und soziale Kompetenzen, um damit ihre Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verbessern.

Das Angebot verknüpft suchtspezifische, abstinenzorientierte Hilfen wie Beratungsgespräche und die Vermittlung weiterführender Hilfen mit der „Freude am gemeinsamen Tun“. Diese Kombination wirkt als zentrales Element beim Erhalt der Suchtmittelabstinenz – und hilft damit der Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Viele Teilnehmer haben inzwischen begonnen, auch andere relevante Lebensbereiche so umzugestalten, dass ihnen eine zufriedene Abstinenz und die Teilhabe am Arbeitsleben wieder dauerhaft möglich wurden.

[www.sanktgeorg.de/hausalt-schnefeld.html](http://www.sanktgeorg.de/hausalt-schnefeld.html)

## 3.2 Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen

### 3.2.1 Tabak

#### 3.2.1.1 Tabaksteuererhöhung

Am 1. Januar 2013 ist die dritte Steuererhöhung des Tabaksteuermodells, das mit dem Fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen vom 21. Dezember 2010 (BGBl. I, S. 2221) umgesetzt wurde, in Kraft getreten. Die Tabaksteuer auf Zigaretten und Feinschnitt wurde zuvor schon am 1. Mai 2011 und am 1. Januar 2012 erhöht. Weitere Steuererhöhungen folgen zum 1. Januar 2014 und zum 1. Januar 2015.

Die Steuererhöhungen sind so ausgestaltet, dass die steuerliche Belastung von Feinschnitt stärker ansteigt 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 Stück Zigaretten und bei Feinschnitttabak von 12 bis 14 Cent bezogen auf eine Packung mit 40 Gramm Feinschnitt.

Im August 2012 wurde dem Finanzausschuss des Deutschen Bundestages der Bericht über die Auswirkungen des Tabaksteuermodells auf das Tabaksteueraufkommen und das Rauchverhalten der Konsumenten vorgelegt. Danach hat sich das Tabaksteuermodell nach der ersten und zweiten Stufe zum 1. Mai 2011 und 1. Januar 2012 bewährt.

### 3.2.1.2 Bekämpfung des Zigarettenschmuggels

Die Bekämpfung des Zigarettenschmuggels ist wie in den Vorjahren weiterhin ein Tätigkeitsschwerpunkt des deutschen Zollfahndungsdienstes und der mobilen Kontrolleinheiten der Zollverwaltung. Ziel der Ermittlungen des Zollfahndungsdienstes ist die Identifizierung und Zerschlagung der Strukturen im Bereich der mittleren, schweren und organisierten Kriminalität. Die Kontrolleinheiten handeln regelmäßig präventiv (durch Präsenz von Zollbeamten in Dienstkleidung und grün-weißen Streifenwagen), aber auch repressiv durch Sicherstellungen bei Kontrollen auf den verschiedenen Verkehrswegen.

Auf dem Schwarzmarkt werden alle bekannten etablierten Zigarettenmarken angeboten, wobei ein Großteil davon in Fälschungsvarianten angeboten wird. Bei gefälschten Zigaretten besteht die Gefahr, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Höchstmengen an Nikotin und/oder Kondensat sowie an zugelassenen Inhaltsstoffen nicht eingehalten werden. Bei der illegalen Herstellung der gefälschten Zigaretten werden zudem die behördlichen Qualitäts- und Hygienekontrollen umgangen.

Die Täter nutzen den freien Warenverkehr innerhalb der EU, um den Schwarzmarkt mit den erforderlichen Mengen an Zigaretten zu versorgen. Dies umfasst sowohl die bekannten etablierten Zigarettenmarken – Originalware oder Fälschungsvariante – als auch unbekannte Zigarettenmarken, die im Ausland legal hergestellt wurden, aber keinen legalen Absatzmarkt am Bestimmungsort haben. Die Ermittlungsverfahren des Zollfahndungsdienstes haben in den letzten Jahren eindeutig gezeigt, dass die Täter zunehmend konspirativ handeln. Dies zieht zeitaufwendige und umfangreiche

Ermittlungsmaßnahmen nach sich. Ein Ermittlungsverfahren, das auf die Zerschlagung von illegalen Strukturen im Bereich des Zigarettenschmuggels ausgerichtet ist, kann sich daher unter Umständen über Jahre hinziehen.

Um einerseits eine Grundlage für risikoorientierte Kontrollen zu schaffen und andererseits die Ermittlungen des Zollfahndungsdienstes zu unterstützen, wurde für die Kontrolleinheiten ein bundeseinheitliches Risikokontrollinformationssystem aufgebaut. Zudem beobachtet das Zollkriminalamt in Köln im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages (§ 3 Zollfahndungsdienstgesetz) den innerstaatlichen, grenzüberschreitenden und internationalen Warenverkehr und erarbeitet geeignete Maßnahmen zur Verhütung und Aufdeckung des Zigarettenschmuggels. Dazu sammelt das Zollkriminalamt die notwendigen Informationen aus nationalen und internationalen Quellen und erstellt zollfahndungsspezifische Analysen und Lagebilder, die sowohl dem Zollfahndungsdienst als auch allen anderen Kräften, die an der Bekämpfung des Zigarettenschmuggels beteiligt sind, zur Verfügung gestellt werden.

### 3.2.1.3 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship (2005 bis 2011)

Nach Artikel 13 des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Werbeausgaben der Tabakindustrie offenzulegen. In Deutschland vereinbarten im Jahr 2005 die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung und der damalige Verband der Cigarettenindustrie (VdC), dass die Werbeaufwendungen der Tabakindustrie nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt jährlich mitgeteilt werden. Der neu gegründete Deutsche Zigarettenverband (DZV) sowie der Tabakhersteller Philip Morris GmbH haben diese Vereinbarung ab dem Berichtsjahr 2008 übernommen. Die Angaben zu den Werbeausgaben werden jährlich im Drogen- und Suchtbericht veröffentlicht.

Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbots mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland nach der Tabakwerberichtlinie der EU (2003/33/EG) zum

29. Dezember 2006 haben sich die Werbeausgaben der Tabakindustrie ab 2007 im Vergleich zu den Vorjahren durch das Werbeverbot in Printmedien und im Internet in die bislang nicht regulierten Marketingbereiche wie Promotion verlagert. Sie sind nach den Angaben der Tabakindustrie ab dem Jahr 2005 zunächst gesunken und seit 2007 insgesamt wieder angestiegen. Im Jahr 2011, dem letzten vorliegenden Berichtsjahr, lagen die Werbeausgaben in Höhe von 200 Millionen Euro etwa 18 Millionen Euro über den Ausgaben von 2005.

In den Angaben für das Jahr 2007 fehlen aufgrund der Auflösung des VdC die Angaben eines großen Tabakherstellers. Damit waren im Jahr 2007 die Gesamtausgaben der Tabakindustrie in Deutschland höher als angegeben. Seit 2008 sind alle Tabakfirmen in der notariellen Zusammenstellung enthalten.

Im Bereich der in Deutschland zulässigen Plakataußenwerbung für Tabakerzeugnisse sind die Ausgaben seit dem Jahr 2005 angestiegen, im Kino ab 18 Uhr spielt Tabakwerbung dagegen keine bedeutende Rolle mehr.

Die von der deutschen Tabakindustrie mitgeteilten Zahlen (Abbildung 73) beinhalten die Ausgaben für direkte Marketingmaßnahmen und nur zu Teilen die Ausgaben für indirekte Marketingmaßnahmen und Konsumentenansprachen. Darüber hinausgehende Marketingmaßnahmen sind in den Angaben nicht enthalten.

**Abbildung 73:**  
**Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 €)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gesamte Werbeausgaben</b>	<b>182.329</b>	<b>79.900</b>	<b>128.942</b>	<b>192.769</b>	<b>222.262</b>	<b>199.089</b>	<b>200.883</b>
Direkte Werbung	93.647	34.281	53.089	86.296	81.345	69.214	70.270
Werbung in Printmedien	21.661	8.612	436	504	1.536	719	345
Außenwerbung	51.995	20.020	49.190	78.010	70.983	66.798	68.133
Werbung im Kino	9.694	2.150	2.065	1.512	2	1.216	1.785
Werbung im Internet	2.891	2.756	295	188	277	1	7
Sonstige Werbung	4.980	712	1.103	6.005	8.494	480	0
Keine Zuordnung	2.426	31	0	77	53	0	0
Promotion	85.996	41.930	72.646	102.792	137.495	127.105	122.887
Sponsorship	2.686	3.689	3.207	3.681	3.422	2.770	4.517

Quelle: Deutscher Zigarettenverband (DZV)

### Beispiel Deutsches Krebsforschungszentrum:

#### Schriftenband des DKFZ zur Zigarettenwerbung in Deutschland

Zum Motto des Weltnichtrauchertages 2012 „Lass Dich nicht einwickeln! Rauchen kennt nur einen Gewinner: Die Tabakindustrie“ hat das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) einen Band der Roten Reihe zum Thema „Zigarettenwerbung in Deutschland – Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt“ herausgegeben.

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band\\_18\\_Zigarettenwerbung\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_18_Zigarettenwerbung_in_Deutschland.pdf)

#### 3.2.1.4 Vorschläge der Arbeitsgruppe 6 – Tabakkonsum reduzieren im Rahmen von „gesundheitsziele.de“

Das Forum „gesundheitsziele.de“ wurde im Jahr 2000 als Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und von den Ländern initiiert und bis 2006 aus Bundesmitteln und einem Eigenbeitrag der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) finanziert. Die GVG ist die Konsensplattform für Sozialpolitik in Deutschland. Der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ hat die Aufgabe, den nationalen Gesundheitszieleprozess weiterzuentwickeln und Maßnahmen zur Zielerreichung zu empfehlen. In ihm engagieren sich mehr als 100 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren der Selbstverwaltung.

Die bislang festgelegten Gesundheitsziele bauen auf einer breiten fachlichen Expertise auf und wurden übereinstimmend entwickelt. Zu jedem Gesundheitsziel wurden Ziele, Teilziele und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung erarbeitet. Die Umsetzung von Maßnahmen erfolgt eigenverantwortlich durch die an „gesundheitsziele.de“ beteiligten Institutionen. Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ wird seit Juni 2010 überarbeitet und umfasst derzeit folgende angestrebte Teilziele:

- Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert.
- Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert.
- Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf.
- Mehr Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren bleiben Nichtraucher.
- Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt.

Die Überarbeitung dieses Gesundheitsziels wird voraussichtlich im Laufe des Jahres 2013 abgeschlossen.

[www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)

#### 3.2.1.5 Nichtraucherenschutzgesetze der Bundesländer

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 30. Juli 2008 zum Nichtrauchererschutz in der Gastronomie haben die Bundesländer ihre Gesetze novelliert. In verschiedenen Ländern gab es auch im Jahr 2012 weitere Veränderungen: In Hamburg wurde das Nichtrauchererschutzgesetz zum 1. September 2012 novelliert. Danach dürfen nun auch Speiselokale mit mehr als 75 Quadratmetern Raucherräume einrichten. Am 11. September 2012 ist zudem die Hamburgische Passivraucherschutzverordnung (HmbPSchV) in Kraft getreten. In dieser Verordnung werden die technischen Anforderungen an Raucherräume und deren Belüftung geregelt. Die Räume müssen baulich und technisch so abgeschlossen sein, dass kein Rauch in Nichtraucherbereiche dringen kann. Die Verordnung sieht vor, dass „die Wirksamkeit der raumlufttechnischen Anlage spätestens drei Monate nach Inbetriebnahme durch einen Sachkundigen zertifiziert“ werden muss.

In Bayern und im Saarland bestehen umfassende Rauchverbote in der Gastronomie. Auch der Landtag von Nordrhein-Westfalen hat ein Gesetz verabschiedet, das ein uneingeschränktes Rauchverbot in Gaststätten vorsieht. Lediglich für Feiern in geschlossener Gesellschaft kann es Ausnahmen geben. Das Gesetz ist zum Mai 2013 in Kraft getreten.



### Beispielprojekte des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ):

#### Evaluation der Nichtraucherschutzgesetze in Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen

Im Februar und März 2012 führte das DKFZ drei Studien zur Evaluation der Wirksamkeit von Nichtraucherschutzgesetzen in einzelnen Bundesländern durch. Alle drei Studien zeigten, dass bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes Gesetzeslücken und Probleme bestehen. In Schleswig-Holstein waren von den 738 untersuchten Gastronomiebetrieben nur 66 Prozent rauchfrei. Während Betriebe der Systemgastronomie und Imbissstuben komplett rauchfrei waren, wurde in 81 Prozent der Kneipen geraucht. 65 Prozent der Betreiber von Rauchergaststätten hielten sich laut Untersuchung nicht an die gesetzlichen Vorschriften.

In Hamburg wurden über 500 Gastronomiebetriebe untersucht. Auch hier zeigte sich, dass in fast jeder vierten Gaststätte geraucht wurde. Geraucht wurde in 77 Prozent der Kneipen und Bars sowie in allen Spielhallen. Restaurants und Cafés waren nahezu rauchfrei. In Hamburg hielten sich 76 Prozent der Betreiber von Rauchergaststätten nicht an die gesetzlichen Vorschriften. Die Untersuchungen in Bremen zeigten einen Negativrekord bei der Einhaltung der Nichtraucherschutzgesetze in Rauchergaststätten und Raucherräumen. Hier wurden knapp 400 Gaststätten untersucht, von denen lediglich 57 Prozent rauchfrei waren. Von 106 untersuchten Kneipen waren 94 Prozent verraucht. Des Weiteren wurde in jedem dritten Café und in jedem fünften Restaurant geraucht. Nur 37 Prozent der Rauchergaststätten verhielten sich gesetzeskonform.

Die Studien haben gezeigt, dass eine Wahlfreiheit für Nichtraucher oft nicht besteht, da nur wenige Kneipen und Bars rauchfrei sind. Zudem verstoßen viele Betreiber von Raucherneipen und Raucherräumen gegen die Vorschriften. Daraus ergeben sich nicht nur für die Gäste erhebliche Gesundheitsrisiken, sondern vor allem auch für die Beschäftigten. Die zahlrei-

chen Gesetzeslücken und Vollzugsprobleme haben zur Folge, dass in der Gastronomie kein hinreichender Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens besteht.

Schleswig-Holstein:

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Nichtraucherschutz\\_Schleswig\\_Holstein.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_Schleswig_Holstein.pdf)

Hamburg:

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Nichtraucherschutz\\_in\\_Hamburg.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_in_Hamburg.pdf)

Bremen:

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Nichtraucherschutz\\_Bremen.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_Bremen.pdf)

#### Evaluation der Tabakrauchbelastung in Festzelten in Nordrhein-Westfalen

Das Nichtraucherschutzgesetz in Nordrhein-Westfalen erlaubt, dass bei Brauchtumsveranstaltungen in Festzelten, wie auf Schützenfesten und Karnevalsveranstaltungen, geraucht werden darf. Welche Schadstoffbelastung der Tabakkonsum für die Festbesucher und die dort Beschäftigten bringt, wurde nun zum ersten Mal untersucht. Die Messungen weisen auf eine erhebliche Belastung der Atemluft durch Tabakrauch hin. Die hohe Konzentration lungengängiger Partikel stellt für die Festbesucher und die dort Beschäftigten eine Gesundheitsgefahr dar. Die Konzentration lungengängiger Partikel lag innerhalb der Festzelte bei durchschnittlich  $315 \mu\text{g}/\text{m}^3$  und war damit mehr als 50-mal so hoch wie in den nicht verrauchten Bereichen außerhalb der Festzelte. Die Werte für die Festzelte lagen zudem deutlich über der Schadstoffbelastung, die das DKFZ im Jahr 2009 in Kneipen und Diskotheken ermittelte. Die Tabakrauchbelastung im Thekenbereich eines Festzeltes war zeitweilig sogar höher als im Raucherraum einer Kneipe (gemessen 2009) oder in einem verrauchten Zugbistro (gemessen 2005).

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Tabakrauchbelastung\\_in\\_Festzelten.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tabakrauchbelastung_in_Festzelten.pdf)

### Akzeptanz der rauchfreien Gastronomie in Deutschland

Seit dem Jahr 2005 wird jährlich im Auftrag des DKFZ im Rahmen von Repräsentativuntersuchungen die Einstellung der Bevölkerung zu Rauchverboten in Gaststätten erhoben. Die Analysen, die von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) durchgeführt wurden, basieren auf repräsentativen, persönlichen Befragungen von rund 2.000 Deutschen im Alter von über 16 Jahren.

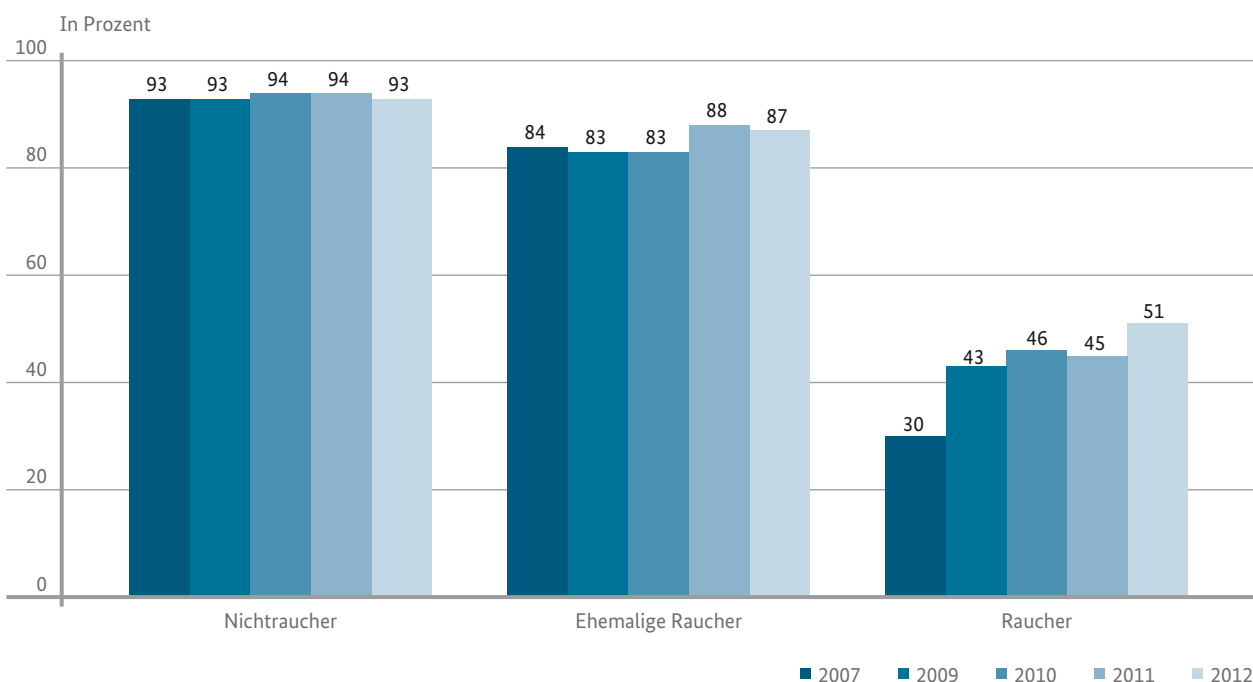
Die Zustimmung der Bevölkerung zur rauchfreien Gastronomie steigt weiter an. Laut Umfrage sprechen sich aktuell mehr als drei Viertel der Deutschen (77,5 Prozent) für ein Rauchverbot in Gaststätten aus. Im Jahr 2005 – also vor Inkrafttreten der Nichtraucherschutzgesetze – lag die Zustimmung nur bei 53 Prozent. Erstmals sprach sich mit 51 Prozent auch

die Mehrheit der Raucher für eine rauchfreie Gastronomie aus. Besonders hoch ist die Zustimmung zu einem Rauchverbot in Gaststätten unter Nichtrauchern (93 Prozent), ehemaligen Rauchern (87 Prozent) und Gelegenheitsrauchern (71 Prozent).

Auffällig ist auch, dass die Befürworter von rauchfreien Gaststätten quer durch alle politischen Parteien klar in der Mehrheit sind. Am höchsten ist die Zustimmung mit über 80 Prozent bei den Wählern von CDU/CSU und Grünen. Auch zwei von drei Wählern der Piratenpartei sprechen sich für rauchfreie Gaststätten aus.

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Rauchfreie\\_Gaststaetten\\_2012.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchfreie_Gaststaetten_2012.pdf)

Abbildung 74:  
Zustimmung zu einem Rauchverbot in Gaststätten



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

### Nichtraucherschutz in Bayern: Akzeptanz in der Bevölkerung und Auswirkungen auf die Gastronomie

Das DKFZ hat die GfK beauftragt, die Akzeptanz der Neuregelung in der bayerischen Bevölkerung gut anderthalb Jahre nach ihrem Inkrafttreten zu ermitteln. An der Befragung im Februar 2012 nahmen 315 Personen im Alter über 16 Jahre teil. 63,5 Prozent der Befragten stimmten der Aussage zu: „Das generelle Rauchverbot in Gaststätten und Festzelten hat sich bewährt. Ich bin dafür, das generelle Rauchverbot beizubehalten.“ Das sind 2,5 Prozent mehr als bei der Volksabstimmung am 4. Juli 2010. Die Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten war bei Personen mit Hauptschulabschluss ähnlich hoch wie bei den Befragten mit einem höheren Schulabschluss. Auch jeder dritte Raucher war mit dem generellen Rauchverbot in der bayerischen Gastronomie einverstanden.

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Nichtraucherschutz\\_in\\_Bayern\\_Gastronomie.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_in_Bayern_Gastronomie.pdf)

#### 3.2.1.6 Fortführung einer bundesweiten prospektiven Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC))

In den Jahren 2007 und 2009 fanden in Deutschland die ersten beiden Befragungen im Rahmen des „International Tobacco Control Policy Evaluation“-Projekts (ITC) statt. Durch eine repräsentative Kohortenstudie werden dabei erstmals relevante Daten zum Rauchverhalten und zu Einstellungen in der Bevölkerung zum Tabakkonsum sowie zu Einzelmaßnahmen in der Tabakprävention erfasst. Anhand dieser Daten wird die Wirksamkeit der deutschen Tabakkontrollpolitik untersucht. Dadurch werden erstmals auch die Einstellungen der Bevölkerung zu Einzelmaßnahmen erfasst, zu denen sich die Bundesregierung im Rahmen der „Framework Convention on Tobacco Control“ (FCTC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verpflichtet hat.

Da diese Studie in das internationale ITC-Studien-Projekt eingebunden ist, können auf Basis standardisierter Fragebogeninstrumente Vergleiche mit anderen teilnehmenden Ländern vorgenommen werden. Hierzu zählen mittlerweile 20 Länder, darunter die USA, Kanada, Australien sowie 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.

Erste Auswertungsergebnisse liegen vor: Es konnte festgestellt werden, dass öffentliche Rauchverbote ein rauchfreies Zuhause fördern. Beim Vergleich zwischen 2007 und 2009 (und damit vor und nach Einführung der Nichtraucherschutzgesetze) zeigt sich außerdem, dass der Anteil der Raucher, die in Bars/Kneipen rauchen, deutlich zurückgegangen ist. Gleichzeitig ist der Anteil der Raucher, die ein vollständiges Rauchverbot in Kneipen/Bars befürworten, leicht angestiegen. Diese Entwicklung setzte sich auch zwischen 2009 und 2011 in ähnlicher Weise fort. Bei den Befragten aus Bayern und dem Saarland, wo im August 2010 bzw. April 2011 ein umfassendes Rauchverbot in der Gastronomie

in Kraft trat, zeigte sich im Vergleich zu den anderen Bundesländern die größte Dynamik. Seit 2009 ist dort der Anteil des Rauchens in Kneipen/Bars noch einmal deutlich zurückgegangen und die Akzeptanz eines vollständigen Rauchverbots bei Rauchern ebenso deutlich angestiegen.

<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2012/01/20/tobaccocontrol-2011-050131.abstract>

### 3.2.2 Medikamente

#### Evaluierung des „Gesetzes zur Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport“ (DBVG)

Die Bundesregierung hat mit Bericht vom September 2012 das am 1. November 2007 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport“ (DBVG) (BGBl I, S. 2510 ff.) evaluiert. Damit kam die Bundesregierung dem Auftrag des Gesetzgebers nach, die Umsetzung der gesetzlichen Änderungen im Bundeskriminalamtgesetz und im Arzneimittelgesetz fünf Jahre nach ihrem Inkrafttreten zu überprüfen. Die Regelungen hatten im Wesentlichen die Bekämpfung international vernetzter krimineller Strukturen im Dopingbereich zum Ziel. Die Auswertung stützt sich schwerpunktmäßig auf umfangreiche statistische Erhebungen zu Ermittlungs- und Strafverfahren. Außerdem wurden Interviews mit beteiligten Stellen wie den Staatsanwaltschaften geführt, um praktische Umsetzungsfragen im Vollzug weiter zu verdeutlichen. Die Regelungen des DBVG richteten sich schwerpunktmäßig auf die Bekämpfung international vernetzter krimineller Strukturen. Das Gesetz stärkte die staatlichen Ermittlungsbefugnisse in Fällen des organisierten ungesetzlichen Handels mit Dopingmitteln. Zudem wurde eine beschränkte Besitzstrafbarkeit für besonders gefährliche Dopingmittel eingeführt.

Die Evaluation hat gezeigt, dass sich die Neuregelungen grundsätzlich bewährt haben. Die Zahl der Ermittlungsverfahren ist deutlich angestiegen. Außerdem haben sich die Intensität und die Effektivität der Strafverfolgung im Evaluationszeitraum erheblich verbessert: So gab es 2007/08 bei den eingebundenen Staatsanwaltschaften etwa 280 Verfahren zu banden- oder gewerbsmäßigen Dopingstraftaten und der neu eingeführten

Besitzstrafbarkeit. Bis 2011 stiegen diese Zahlen kontinuierlich auf 1.592 Verfahren an.

Gleichwohl hat sich im Rahmen der Evaluation ergeben, dass verschiedene gesetzliche, teilweise auch justizorganisatorische Maßnahmen von Bund und Ländern zu einer weiteren Stärkung der Bekämpfung des Dopings im Sport beitragen könnten. Über eine Änderung im Arzneimittelgesetz soll auch die Tathandlung des Erwerbs von Dopingmitteln sanktioniert werden. Darüber hinaus soll der Informationsaustausch zwischen den Staatsanwaltschaften und der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) intensiviert und die Einrichtung weiterer Schwerpunktstaatsanwaltschaften geprüft werden.

Der Bericht der Bundesregierung zur Evaluation des „Gesetzes zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport“ (DBVG) ist abrufbar unter: [www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik\\_Gesellschaft/Sport/bekaempfung\\_doping\\_sport.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik_Gesellschaft/Sport/bekaempfung_doping_sport.pdf?__blob=publicationFile)

### 3.2.3 Illegale Drogen

#### 3.2.3.1 Änderungen des Betäubungsmittelrechts Maßnahmen gegen neue synthetische Substanzen

Mit der 26. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 20. Juli 2012 hat die Bundesregierung dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) 28 neue synthetische Substanzen unterstellt. Zur Unterstellung von weiteren 25 neuen synthetischen Stoffen liegen bereits positive Voten des Betäubungsmittel-Sachverständigenausschusses vor.

Derzeit ist es sehr aufwendig, neue psychoaktive Substanzen dem BtMG zu unterstellen. So entsteht ein Wettlauf zwischen immer neuen Varianten einer Substanz und ihrer betäubungsmittelrechtlichen Regelung. Um diesen Wettlauf zu durchbrechen, werden die rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer derartigen Stoffgruppenregelung geprüft. Dabei werden auch die unterschiedlichen Regelungen in anderen Ländern wie Österreich, Großbritannien, der Schweiz und den USA vergleichend herangezogen.

Zwar wird häufig behauptet, dass es nicht strafbar sei, mit neuen psychoaktiven Substanzen umzugehen, bevor sie dem BtMG unterliegen. Das ist jedoch falsch und der Begriff *Legal Highs* daher irreführend. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat bereits vor 15 Jahren entschieden, dass Designerdrogen Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) sein können und deshalb die Straftatbestände der §§ 96 Nr. 4 und 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG zur Anwendung kommen (Urteil Az. 2 StR 270/97 des BGH vom 3. Dezember 1997). Das AMG hat somit eine Auffangfunktion. Neue psychoaktive Substanzen sind bedenkliche Arzneimittel. Sie unerlaubt in den Verkehr zu bringen, ist insbesondere nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG strafbar. In besonders schweren Fällen kann die Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahre betragen. Diese rechtliche Bewertung wurde 2011 durch mehrere Urteile gerichtlich bestätigt, zuletzt durch ein Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg vom 10. Dezember 2012.

#### **Neue Vorschriften für die Palliativmedizin**

In einem dreistufigen Konzept wurde die Versorgung ambulanter Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln – also vor allem mit starken Schmerzmitteln – entscheidend verbessert. Zunächst wurde mit der 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV) im Mai 2011 die Möglichkeit geschaffen, in Hospizen und Einrichtungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Betäubungsmittel-Notfallvorräte bereitzuhalten. Dies war vorher nicht gestattet. Durch die Neuregelung wurden die Voraussetzungen für eine unverzügliche Schmerzmittelbehandlung in Akutsituationen verbessert, zum Beispiel zur Linderung unerträglicher Leiden bei Patienten mit plötzlichen, unerträglichen Durchbruchschmerzen. Daneben wurden die Möglichkeiten zur Weiterverwendung nicht mehr benötigter, aber weiterverwendungsfähiger Betäubungsmittel ausgebaut. Hierfür wurden die bereits in Alten- und Pflegeheimen sowie Hospizen bestehenden Vorschriften auf die Einrichtungen der SAPV ausgedehnt. Mit dieser Maßnahme wurde auch ein Beitrag zur Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung mit Betäubungsmitteln geleistet.

In einem nächsten Schritt wurden im Juni 2012 mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung die Regelungen zur Betäubungsmittel-Vorratshaltung in Apotheken ergänzt, sodass Betäubungsmittel zur Therapie von Palliativpatienten jederzeit bereitstehen bzw. kurzfristig beschafft werden können.

Die dritte Stufe des Konzeptes beinhaltete Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes im Rahmen der kürzlich in Kraft getretenen AMG-Novelle. Danach darf der Arzt einem ambulant versorgten Palliativpatienten in eng begrenzten Ausnahmefällen Betäubungsmittel zur Überbrückung einer absehbaren palliativmedizinischen Krisensituation überlassen, wenn das rezeptierte Betäubungsmittel aus der Apotheke nicht rechtzeitig besorgt werden kann. Damit wurde ein wichtiges Anliegen der Ärzteschaft und der Hospiz- und Palliativverbände aufgegriffen.

#### **3.2.3.2 Grundstoffüberwachung**

Bei Grundstoffen oder Drogenausgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die meist legal gehandelt werden. Sie werden aber auch benötigt, um illegale Drogen herzustellen. Hierfür werden sie missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt. Deshalb ist es unverzichtbar, diese Stoffe weltweit zu überwachen, um gegen den Drogenhandel vorzugehen. Hierzu gibt es internationale, europäische und nationale Vorschriften. Der Verkehr mit diesen Grundstoffen ist Teil des „Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das EU-Recht regelt den europäischen Binnen- und Außenhandel der EU mit Grundstoffen. Die betreffenden Chemikalien unterliegen danach jeweils unterschiedlich strengen Kontrollen, um den Handelsverkehr nicht über Gebühr zu erschweren. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 regelt ergänzend die behördliche Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs in Deutschland sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

Eine Evaluierung der EU-Vorschriften in den vergangenen Jahren hat ergeben, dass es im europäischen Grundstoffrecht Schwachstellen gibt. Die EU-Kommission hat daher im September 2012 Vorschläge zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 273/2004 und (EG) Nr. 111/2005 vorgelegt. Im Vordergrund steht dabei zu verhindern, dass besonders Essigsäureanhydrid – notwendig, um Heroin herzustellen – aus dem EU-Binnenhandel abgezweigt wird. Außerdem soll der Drittlandshandel von ephedrin- und pseudoephedrinhaltigen Arzneimitteln, die für die Herstellung von Methamphetamin missbraucht werden können, stärker kontrolliert werden. Die beiden Vorschläge müssen nun im EU-Parlament und im Rat verhandelt und angenommen werden.

Die EU-Kommission will auch die internationale Zusammenarbeit intensivieren. Ihre Verhandlungen zu einem Abkommen mit Russland über Drogenausgangsstoffe konnten mittlerweile abgeschlossen werden. Der Entwurf soll dem Rat und dem EU-Parlament im ersten Halbjahr 2013 (Stand: Februar 2013) vorgelegt werden. Auch mit den lateinamerikanischen Ländern und China findet eine intensiviertere Zusammenarbeit im Bereich der Drogenausgangsstoffe statt.

### 3.2.3.3 **Beschluss des G-BA zu personellen und räumlichen Anforderungen an diamorphinsubstituierende Einrichtungen in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-RL)**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 18. März 2010 die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in den Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen. Dieser Beschluss ist nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 12. Juni 2010 in Kraft getreten. Zusätzlich hatte das BMG darum gebeten, in der Folge einen Bericht zu erstellen, um die Auswirkungen dieses Beschlusses auf die Versorgungsstrukturen für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger beurteilen zu können.

Entsprechende Erfahrungsberichte holte der G-BA im Juli 2010 und im Juni 2011 bei jenen Einrichtungen ein, die bereits vor dem Beschluss an der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung teilgenommen hatten. Seit März 2011 hatten sich einige Kommunen an den G-BA gewandt, deren Vorbereitungsmaßnahmen zur Umsetzung der diamorphingestützten Substitution bislang erfolglos verliefen. Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und weitere Organisationen hatten auf dieses Problem aufmerksam gemacht. Um weitere Probleme bzgl. der vorgenannten Richtlinienänderung zu identifizieren und hinsichtlich der Beratungskompetenz des G-BA eingrenzen zu können, wurde 2011 eine Befragung derjenigen Träger durchgeführt, deren Bemühungen um eine Implementierung der diamorphingestützten Substitution bislang erfolglos verliefen.

Der G-BA hat sich mit diesen Erkenntnissen auseinandergesetzt und eine Anpassung der Regelungen in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-RL) vorgenommen, die die personellen und räumlichen Anforderungen an diamorphinsubstituierende Einrichtungen erleichtern. Die Änderung der Richtlinie wurde für den Bereich der diamorphingestützten Behandlung von Schwerstopiatabhängigen am 17. Januar 2013 beschlossen.

Nach den neuen Regelungen ist künftig die Anwesenheit von Ärzten im Umfang von drei Vollzeitstellen pro Einrichtung nicht mehr erforderlich. Es genügt eine angemessene Anzahl von Arztstellen und qualifizierten nichtärztlichen Stellen, die innerhalb eines zwölfstündigen Zeitraums während der Vergabezeiten und der Nachbeobachtung anwesend und darüber hinaus per Rufbereitschaft erreichbar sind. Zudem wird die strikte räumliche Trennung von Warte-, Ausgabe- und Überwachungsbereich aufgehoben.

Der Beschluss wurde dem BMG zur Prüfung vorgelegt und ist nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 9. April 2013 in Kraft getreten.



### 3.2.3.4 Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern

Nachdem in Bremen 2011 in Haaranalysen von Kindern, die mit Substituierten in einem Haushalt lebten, Opiatmetaboliten festgestellt worden waren und im Januar 2012 in Hamburg ein Kind durch die unbeaufsichtigte Einnahme eines Substitutionsmittels zu Tode gekommen war, begann in der Öffentlichkeit eine kritische Diskussion zur Take-Home-Verordnungspraxis. Die Bundesärztekammer hat daraufhin auf der Basis der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ Hinweise und Erläuterungen zur Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern erstellt und am 23. November 2012 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

In diesen Hinweisen macht die Bundesärztekammer darauf aufmerksam, dass der Patient vor einer Take-Home-Verordnung über die Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen des Substitutionsmittels informiert werden muss und im Rahmen der Anamnese auch die familiären Verhältnisse zu erfragen sind. Lebt der Patient mit Kindern in einem Haushalt, muss er insbesondere auf die Gefahren hingewiesen werden, die mit einer ungesicherten Aufbewahrung von Substitutionsmitteln verbunden sind, und Hinweise zur kindersicheren Aufbewahrung erhalten.

Bei einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls soll zudem mit den Institutionen, die an der Betreuung und medizinischen Versorgung des Patienten und der im Haushalt mitlebenden Kinder beteiligt sind, auf der Grundlage entsprechender Schweigepflichtentbindungen Kontakt aufgenommen und nach Unterstützungsmöglichkeiten gesucht werden. Aus diesem Grund empfiehlt die Bundesärztekammer auch das Einholen einer Schweigepflichtentbindung gegenüber dem behandelnden Kinder- und Jugendarzt bzw. Hausarzt von Kindern sowie gegenüber dem Jugendamt.

Darüber hinaus können Ärzte gemäß Bundeskinder-schutzgesetz bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung auch eine Einschaltung des Jugendamtes ohne Schweigepflichtentbindung ver-

anlassen, wenn eine Erörterung der Situation mit den Personensorgeberechtigten nicht möglich ist oder erfolglos bleibt. Unabhängig hiervon kann im Fall eines rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 Strafgesetzbuch eine Einschaltung Dritter ohne Schweigepflichtentbindung erfolgen.

## 3.2.4 Pathologisches Glücksspiel

### 3.2.4.1 Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag

Die Zuständigkeit für das Glücksspiel liegt im Wesentlichen bei den Ländern. Lotterien, Spielbanken und Sportwetten unterliegen laut „Erstem Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen der Länder“ weiterhin einem staatlichen Monopol. Dieses ist gerechtfertigt, wenn es dazu dient, die Spielleidenschaft in geordnete Bahnen zu lenken und Glücksspielsucht vorzubeugen. Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag ist am 1. Juli 2012 in Kraft getreten. Mittlerweile sind ihm alle Bundesländer beigetreten.

Zu den Zielen des Glücksspieländerungsstaatsvertrages gehört es, das Entstehen von Glücksspielsucht und Wettsucht zu verhindern und durch ein begrenztes Glücksspielangebot unter Gewährleistung des Jugend- und Spielerschutzes Voraussetzungen für eine wirksame Suchtprävention zu schaffen. Um das zu erreichen, sind differenzierte Maßnahmen für die einzelnen Glücksspielformen vorgesehen, die spezifische Sucht-, Betrugs-, Manipulations- und Kriminalitätspotenziale berücksichtigen.

Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag regelt vor allem die Sportwetten neu. Von dem bisherigen staatlichen Veranstaltungsmonopol soll abgewichen und stattdessen ein begrenztes Angebot privater Konzessionäre geschaffen werden. In diesem Sektor hat sich in den letzten Jahren das Glücksspiel überwiegend auf das Spiel bei illegalen Online-Anbietern verlagert. Ziel ist die Kanalisierung zu einem legalen Sportwettangebot. Die Nachfrage spielaffiner Personen soll in Richtung legaler Angebote gelenkt werden. Spielformen sind vorzuhalten, die aus suchtpreventiver Sicht weniger gefahrenträchtig sind. Strenge Konzessionsregeln sollen zudem einen ausreichenden Spielerschutz sicher-

stellen. Für Sportwetten ist aus diesem Grund eine Experimentierklausel für die Dauer von sieben Jahren vorgesehen. Das Verfahren zur Vergabe der insgesamt 20 Konzessionen soll im Mai 2013 abgeschlossen werden.

Zwar bleibt auch künftig das Glücksspiel im Internet grundsätzlich verboten, für Lotterien und Sportwetten werden allerdings Ausnahmen zugelassen.

Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag nimmt erstmals Regeln zum gewerblichen Spiel in Spielhallen auf, da durch die Föderalismusreform die Länder für das Recht der Spielhallen zuständig sind. So sind künftig Mehrfachkonzessionen, also mehrere Spielhallen an einem Standort, nicht mehr möglich. Stattdessen müssen Spielhallen um einen bestimmten Mindestabstand voneinander entfernt liegen. Außerdem setzen die Bundesländer Sperrzeiten für Spielhallen fest, die drei Stunden nicht unterschreiten dürfen. Eine zentrale bundesweite Sperrdatei für Spielhallen ist nicht vorgesehen. Dies kann allerdings in den Ländergesetzen individuell geregelt werden. In den Spielhallengesetzen einiger Länder sind die Mindestanforderungen des Glücksspieländerungsstaatsvertrages um schärfere Regulierungen für Spielhallen ergänzt.

Gerätebezogene Regeln bezüglich der Geldspielgeräte in Spielhallen und Gaststätten umfasst der Vertrag nicht. Regelungen hierzu enthalten die Gewerbeordnung und die Spielverordnung.

#### **3.2.4.2 Gewerbliches Automatenspiel**

Das Suchtpotenzial des gewerblichen Automatenspiels ist hoch. Deshalb ist es notwendig, die Jugend- und Spielerschutzregelungen beim gewerblichen Automatenspiel zu verbessern.

Die Maßnahmen, die in der Nationalen Strategie der Bundesregierung zur Drogen- und Suchtpolitik für den Bereich des Pathologischen Glücksspiels aufgeführt wurden, wurden im Rahmen der Änderung der Gewerbeordnung umgesetzt und sind Gegenstand der laufenden Novellierung der Spielverordnung.

Auch der Glücksspieländerungsstaatsvertrag enthält erstmals Regelungen für Spielhallen. Die Spielhallengesetze der Länder können individuelle Regulierungen für Spielhallen treffen, die über die Mindestanforderungen des Glücksspieländerungsstaatsvertrages hinausgehen (siehe C 3.2.4.1).

#### **3.2.4.2.1 Änderung der Gewerbeordnung**

Das „Gesetz zur Änderung der Gewerbeordnung und anderer Gesetze“ vom 5. Dezember 2012 enthält mehrere Maßnahmen zur Verbesserung des Spieler- und Jugendschutzes bei Spielgeräten mit Gewinnmöglichkeit. Es wurde eine Ermächtigungsgrundlage für die Einführung einer personenungebundenen Spielkarte geschaffen, mit der ein Automat freigeschaltet werden muss. So wird die Gefahr verringert, dass Jugendliche an Automaten spielen und Spieler mehrere Automaten gleichzeitig bedienen. Die Einführung einer personenungebundenen Spielkarte ist hierbei nur der erste Schritt. In einem nächsten Schritt gilt es, zügig eine personengebundene Spielkarte einzuführen, damit ein noch weiter gehender Spielerschutz gewährleistet werden kann. Hierfür sind jedoch noch technische und datenschutzrechtliche Fragen zu klären.

Des Weiteren wird mit dem Gesetz die Erlaubnis zur Aufstellung von Spielgeräten mit Gewinnmöglichkeit künftig zusätzlich von den notwendigen Kenntnissen zum Spieler- und Jugendschutz sowie von einem Sozialkonzept abhängig gemacht. Die notwendigen Kenntnisse müssen durch einen Unterrichtsnachweis belegt werden. Zudem wurde mit dem Gesetz die Bußgeldandrohung bei Verstößen gegen die Spielverordnung angehoben.

Im Hinblick auf das Suchtpotenzial des gewerblichen Automatenspiels ist jetzt festgeschrieben, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei Änderungen der Spielverordnung einbezogen werden muss. Neben dem Bundesministerium des Innern (BMI) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat somit zukünftig auch das BMG ein festgeschriebenes Mitspracherecht bei allen künftigen Änderungen der Spielverordnung.

Einzelheiten zur personenungebundenen Spielerkarte und zum Unterrichtsverfahren sollen im Rahmen der Novellierung der Spielverordnung geregelt werden.

#### **3.2.4.2.2 Novellierung der Spielverordnung**

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) hat den Entwurf der Sechsten Verordnung zur Änderung der Spielverordnung vorgelegt. Der Entwurf enthält zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung des Spieler- und Jugendschutzes. Insbesondere sollen Spielanreize und Verlustmöglichkeiten begrenzt und das sogenannte Punktespiel eingeschränkt werden. Dazu zählt auch eine Spielunterbrechung mit einer Nullstellung der Geräte.

Angesichts der Defizite bei der Einhaltung des Jugendschutzes in gastronomischen Betrieben, die 2010 in dem Bericht des Münchener Instituts für Therapie- und Verhaltensforschung (IFT) zur Evaluation der letzten Novellierung der Spielverordnung festgestellt wurden, soll die Anzahl der gewerblichen Geldspielautomaten in gastronomischen Betrieben beschränkt werden. Künftig soll dort nur noch ein Geldspielautomat erlaubt sein. Ausnahmen gelten für gastronomische Unternehmen, wenn beim Zugang eine Gefährdung Minderjähriger ausgeschlossen ist. Dort dürfen nach dem Entwurf bis zu drei Geldautomaten aufgestellt werden.

Zusätzlich wurden Regelungen zur Datenspeicherung und zur Verbesserung des Manipulationsschutzes getroffen, um Geldwäsche und Steuerhinterziehung zu verhindern. Schließlich werden die Einzelheiten zur personenungebundenen Spielerkarte sowie zum Unterrichtsverfahren für Aufsteller von Geldspielgeräten geregelt (siehe C 3.2.4.2.1).

## 4 Internationales

### 4.1 Europäische und internationale Alkoholpolitik

#### 4.1.1 Situation in Europa

Europa ist der Kontinent mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum sowie der höchsten Rate an Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen infolge von Alkoholmissbrauch: Im Durchschnitt trinken die Europäer pro Jahr 12,3 Liter reinen Alkohol. Zudem geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) davon aus, dass von allen Todesfällen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren einer von sieben Männern und eine von 13 Frauen infolge von alkoholbedingten Schäden stirbt. Alkohol hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsumenten, sondern auch auf das soziale Umfeld, die Familie oder den Arbeitsplatz. Das 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 Bruttoinlandsprodukts.

#### 4.1.2 EU-Alkoholstrategie

Seit 2006 bildet die „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ den Rahmen für Aktivitäten und Maßnahmen der Kommission gegen Alkoholmissbrauch. Zu den Schwerpunkten der Strategie gehören zum einen der Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie des ungeborenen Kindes und zum anderen die Reduzierung von alkoholbedingten Verkehrsunfällen, von Gesundheitsschäden bei Erwachsenen und von negativen Konsequenzen am Arbeitsplatz. Weitere Schwerpunkte sind die Information und Aufklärung über Schäden durch Alkohol sowie die Schaffung einer gemeinsamen Forschungsgrundlage.

Die Umsetzung betrifft folgende vier Bereiche:

- Zusammenarbeit mit den Mitgliedsländern im Komitee für nationale Alkoholpolitik mit Vertretern der Ministerien (Ausschuss „Nationale Alkoholpolitik und -maßnahmen“)

- Zusammenarbeit mit Interessenvertretern im „Europäischen Forum Alkohol und Gesundheit“ (EAHF), in dem die Fachverbände aus den Bereichen Medizin und Soziales, der Industrie und des Gewerbes vertreten sind
- EU-Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Generaldirektionen Verkehr, Bildung/Jugend, Forschung, Agrarwirtschaft und Steuern
- Zusammenarbeit mit der WHO

Im Jahr 2012 standen die Themen „Alkoholwerbung und Werbeselbstkontrolle“, „betriebliche Gesundheitsförderung“, „Sucht im Alter“ und „Erhebung von alkoholbezogenen Schäden“ auf der Tagesordnung. Wie in der Strategie vorgesehen, hat die Kommission 2012 eine Evaluierung der Strategie in Auftrag gegeben. Untersucht wurden alle Umsetzungsbereiche der Strategie. Die Gutachter bewerten die EU-Strategie insgesamt als positiv. Viele Länder haben ihre eigenen nationalen Strategien überarbeitet oder neu entwickelt. Dies trifft vor allem auf die neuen EU-Staaten zu. Die ergriffenen Maßnahmen lassen erwarten, dass die Strategie auch zu weniger alkoholbezogenen Schäden geführt hat.

Zudem hat die Kommission einen Bericht zu den Highlights des EAHF vorgelegt. Unter den vorgestellten Projekten befinden sich u. a. die Bemühungen seitens der Bundesliga, Alkoholprävention in die Aktivitäten der sogenannten KidsClubs zu integrieren:

[http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/alcohol\\_health\\_forum\\_highlights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/alcohol_health_forum_highlights_en.pdf)

#### 4.1.3 Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit

Über das EU-Aktionsprogramm Gesundheit werden seit 2003 u. a. Projekte und Maßnahmen gefördert, die Suchtmittelabhängigkeit vorbeugen sollen. Zuständig ist die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (GD SANCO). Die Prioritätsbereiche und Kriterien für die Finanzierung werden jedes Jahr in einem Arbeitsplan festgelegt und über die Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) veröffentlicht.

Im Jahr 2012 wurde die Förderung eines Jugendnetzwerkes zur Alkoholprävention bewilligt. Das „Alcohol Policy Youth Network“ (APYN) soll einen EU-weiten Überblick zu evidenzbasierten Alkoholinterventionsprogrammen erstellen und wird mit knapp 240.000 Euro unterstützt. Des Weiteren erhält das europäische Netzwerk „European Alcohol Policy Alliance“ (Eurocare) – wie bereits im Vorjahr – knapp 100.000 Euro an finanzieller Förderung. Deutsche Mitgliedsorganisationen sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Deutsche Jugendschutz-Verband (DJV) und der Deutsche Guttempler-Orden (IOGT). Darüber hinaus wurden Zusammenstellungen, Rezensionen und Analysen der vorhandenen Wissensbasis durchgeführt. Sie dienen als Grundlage für die Ausarbeitung weiterer Maßnahmen und politischer Konzepte.

Zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der EU-Alkoholstrategie hat die Europäische Kommission 2013 eine gemeinsame Maßnahme zur Alkoholprävention ausgeschrieben. Ziel ist eine Verbesserung des Monitorings von Trinkgewohnheiten und alkoholbedingten Gesundheitsschäden sowie die Sammlung guter Praktiken bei der Aufklärung und Informationsvermittlung. Die auf drei Jahre angelegte Maßnahme soll von der EU mit bis zu 1,5 Millionen Euro kofinanziert werden. Von deutscher Seite ist eine Beteiligung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Instituts für Therapiefor- schung München (IFT) vorgesehen.

[http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm)

[www.apyn.org](http://www.apyn.org)

[www.eurocare.org](http://www.eurocare.org)

## Beispielprojekte

### Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL):

#### „TAKE CARE“ – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa

Angeregt durch das Europäische Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention „euro net“, wurde im Zeitraum von März 2010 bis November 2012 in zehn Ländern das Projekt „TAKE CARE“ umgesetzt. Projektträger war der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Das Projekt richtet sich an junge Menschen zwischen 12 und 21 Jahren, die infolge ihres riskanten Alkoholkonsums ein auffälliges Verhalten zeigen, an deren Eltern und wichtige Bezugspersonen („Schlüsselpersonen“) sowie an das Verkaufspersonal im Einzelhandel. Ziele des Projekts sind die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen zum Jugendschutz bei der Abgabe alkoholischer Getränke, die Reduzierung des Alkoholkonsums sowie die Vermeidung von konsumbedingten Folgeschäden. Um diese Ziele zu erreichen, werden verschiedene Methoden angewandt, darunter ro.pe-Training© für Jugendliche, Homepartys für Eltern und Key Training für Schlüsselpersonen. Zusätzlich werden Infomaterialien und Schulungen für Verkaufspersonal angeboten. Die Projektumsetzung erfolgt auf Grundlage des Handbuchs vom Januar 2013 in den drei Schritten Situations- und Bedarfsanalyse, Durchführung der zielgruppenbezogenen Interventionen und Auswertung.

Die mit Unterstützung der Pädagogischen Hochschule Zürich/Schweiz durchgeführte Evaluation des Projekts kommt zu positiven Ergebnissen. Mit dem Interventionsansatz wird die Zielgruppe junger Menschen erreicht. Von den 440 Jugendlichen des Modellprojekts waren 59 Prozent männlich und knapp 50 Prozent unter 16 Jahre alt. 80 Prozent wiesen vor der Intervention einen riskanten Alkoholkonsum auf. 44,8 Prozent der riskant konsumierenden Jugendlichen haben nach der Intervention die Alkoholmenge und/oder Häufigkeit des Trinkens reduziert. Bei 33,6 Prozent blieb der Konsum auf meist niedrigem Niveau stabil. Des Wei-

teren hat die Evaluation gezeigt, dass Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal durch die Interventionen ihre Kompetenz im Umgang mit dem Alkoholkonsum Jugendlicher verbessern konnten.

[www.project-take-care.eu](http://www.project-take-care.eu)

[www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl\\_ks/Praxis-Projekte/Take\\_Care\\_Start/?lang=de](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Praxis-Projekte/Take_Care_Start/?lang=de)

#### Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS):

##### „European Workplace and Alcohol“ (EWA), nationale Partnerarbeit

Die DHS beteiligt sich seit November 2011 mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als nationaler Partner (von insgesamt zwölf Ländern) an dem EU-Projekt „European Workplace and Alcohol“ (EWA). Ziel des Vorhabens ist es, bestehende Strategien betrieblicher Suchtprävention zu untersuchen und Maßnahmen zu entwickeln, die im betrieblichen Kontext hinsichtlich des Alkoholkonsums eine Veränderung des individuellen Verhaltens und des Unternehmensklimas bewirken. Von Mai 2012 bis Februar 2013 wurde in einer Pilotphase untersucht, wie und ob die jeweiligen Suchtpräventionsmaßnahmen im Betrieb wirken. An der Pilotphase nahmen der Landesbetrieb Forst Brandenburg, die Stadt Köln, das Theater Bremen, das Kulturzentrum E-Werk Erlangen sowie die Salzgitter AG teil. Auf Basis eines Arbeitsplans wurden in den Betrieben Modellmaßnahmen betrieblicher Suchtprävention durchgeführt. Ziel war es, das Bewusstsein für die potenziellen Gefahren des Alkoholkonsums messbar zu erhöhen. Zudem sollte der selbst berichtete Alkoholkonsum der Belegschaft durch maßgeschneiderte Angebote der Suchtprävention gesenkt werden. Die Zielerreichung wurde anhand einer anonymen Vorab- und Nachbefragung der Mitarbeiter gemessen. Die Ergebnisse der Pilotphase werden in einem „Werkzeugkoffer“ aufbereitet. Zudem sollen Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger abgeleitet werden.

[www.dhs.de/dhs-international/deutschgerman/aktuelle-projekte/ewa-european-workplace-and-alcohol.html](http://www.dhs.de/dhs-international/deutschgerman/aktuelle-projekte/ewa-european-workplace-and-alcohol.html)

[www.eurocare.org/eu\\_projects/ewa](http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa)

#### 4.1.4 Beispielprojekt aus dem „Drug Information and Prevention Programme“ (DPIP)

##### „REBOUND“: Risikokompetenz in der Experimentierphase erlernen

„REBOUND“ ist ein Bildungs- und Präventionsprogramm für Schulen und Jugendorganisationen, das von 2010 bis 2012 mit Unterstützung der EU-Kommission (im Rahmen des Förderprogramms „Drogenprävention und -information“ – DPIP) und der Mentor Stiftung Deutschland am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt wurde. Die Zielgruppe der 14- bis 25-Jährigen wurde dabei aktiv beteiligt. Das Programm integriert Resilienztheorien und das Konzept des sozialen Einflusses. Moderate Konsummuster zu entwickeln (also tatsächlich zu wissen, wann, was, wie viel und wo es angemessen ist, zu konsumieren oder abstinent zu bleiben) erfordert soziale, kognitive und emotionale Fähigkeiten. Ziel des Programms ist es, die Risikokompetenz junger Menschen im Umgang mit Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen zu verbessern sowie die Reflexion und Formulierung von Regeln im sozialen System der jungen Menschen (Eltern, Schulen, Vereine, Peer-Gruppen) anzustoßen. Dabei sollen Kompetenzen zur eigenen Entscheidungsfähigkeit gefördert werden. „REBOUND“ ist ein primär- und sekundärpräventives Programm, das in 10 bis 16 Sitzungen oder alternativ in vier Blocktagen von Pädagogen gemeinsam mit Mentoren aus der Zielgruppe umgesetzt wird. Es setzt auf die kritische, aktivierende Bearbeitung von Kurzfilmen in der Gruppe. Angestrebt werden mittel- und langfristige Effekte. In der Sechsmonats-Evaluation zeigte sich bereits eine Reduktion von Trunkenheitserfahrungen sowie eine Verbesserung der Risikowahrnehmung und des Wissens.

[www.my-rebound.eu](http://www.my-rebound.eu)





#### 4.1.5 „Non-Communicable Diseases“-Prozess

Alkoholmissbrauch gehört neben Tabakkonsum, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung zu den vier Hauptrisikofaktoren nicht übertragbarer Krankheiten (*non-communicable diseases* – NCDs). Nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen sind für 60 Prozent aller vorzeitigen Todesfälle weltweit verantwortlich. Davon entfallen ca. 80 Prozent auf Länder mit mittlerem und niedrigem Einkommen. Schätzungen zufolge werden die Auswirkungen dieser Krankheiten zu erheblichen volkswirtschaftlichen Verlusten in der Produktivkraft führen und die bereits schwachen Gesundheitssysteme in vielen Ländern überfordern. Daher haben die Vereinten Nationen (VN) das Thema aufgegriffen: Im September 2011 fand ein Gipfeltreffen der Generalversammlung der VN zu NCDs statt, an dem zahlreiche Staats- und Regierungschefs teilnahmen. Das Gipfeltreffen wurde mit der Annahme einer politischen Erklärung eröffnet, in der sich die Mitgliedstaaten der VN dazu verpflichteten, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme zu ergreifen. Zudem wurde von der WHO die Erarbeitung eines freiwilligen und messbaren globalen Zielekatalogs gefordert.

In diesem Zusammenhang hat die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 in Genf ein erstes Ziel beschlossen: Bis 2025 soll die vorzeitige Sterblichkeitsrate aufgrund von NCDs um 25 Prozent gesenkt werden. Dabei sollen vor allem die Risikofaktoren gezielt bekämpft werden. Bei einem Treffen im November 2012 hat die internationale Gemeinschaft konkrete Ziele zu beeinflussbaren Faktoren von NCDs formuliert: Demnach sollen u. a. auf globaler Ebene bis 2025 der schädliche Alkoholkonsum um 10 Prozent und der Tabakgebrauch um 30 Prozent gesenkt werden. Um diese Ziele zu erreichen, können die Mitgliedstaaten auf Maßnahmen der „Globalen Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs“ und der Tabakrahmenkonvention zurückgreifen. Auch Deutschland hat sich an diesem Prozess aktiv beteiligt.

#### 4.1.6 Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs

Weltweit sterben jedes Jahr schätzungsweise 2,5 Millionen Menschen infolge von Alkoholmissbrauch, darunter 320.000 junge Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Die meisten Todesfälle durch Alkohol werden durch Unfallverletzungen, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Leberzirrhose verursacht. Obwohl nur die Hälfte der Weltbevölkerung trinkt, trägt Alkoholmissbrauch wesentlich zur weltweiten Krankheitslast bei und gilt als drittwichtigster Risikofaktor für vorzeitige Todesfälle und Behinderungen – nicht nur in den entwickelten Ländern, sondern zunehmend auch in Ländern mit einem mittleren Bruttoinlandsprodukt.

Daher hat die WHO im Mai 2010 die „Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs“ verabschiedet. Ziel dieser Strategie ist es, ein globales Bewusstsein für den Alkoholismus zu schaffen, die Handlungsbereitschaft für Veränderungen zu steigern und die Wissensgrundlage für effektive Maßnahmen zu verbessern, mit denen sich alkoholbedingte Schäden verringern oder vermeiden lassen. Besonders Länder mit geringem und mittlerem Bruttoinlandsprodukt sollen technische Unterstützung erhalten. Interessenvertreter sollen stärker zusammenarbeiten, Behandlung und Prävention sollen verbessert werden. Außerdem gilt es, das jeweilige Monitoring zum Alkoholkonsum sowie zu alkoholbedingter Erkrankung und Sterblichkeit zu verbessern.

Aufbauend auf der Strategie wurde im Herbst 2011 der Europäische Aktionsplan der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012 bis 2020) verabschiedet. Da in Europa viele alkoholbezogene Probleme grenzüberschreitend auftreten, zielt die Strategie auch darauf, dass die Länder ihr Vorgehen abstimmen. Zu den zehn Bereichen der globalen Strategie – darunter Maßnahmen des Gesundheitswesens und am Arbeitsplatz, Promillegrenzen im Verkehr und die Verfügbarkeit von Alkohol – werden spezifische Indikatoren festgelegt, an denen der Fortschritt der Mitgliedsländer und damit der europäischen Region gemessen werden kann.

Europäischer Aktionsplan der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums:

[www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021](http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021)

## 4.2 Europäische und internationale Tabakpolitik

### 4.2.1 Tabakprävention in der EU

Die Tabakkontrollpolitik ist nicht nur innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten der EU ein vordringliches gesundheitspolitisches Thema. Auch auf europäischer Ebene werden wichtige Entscheidungen und verbindliche Richtlinien verabschiedet, die von den einzelnen Mitgliedstaaten übernommen werden. So führte die EU-Tabakproduktrichtlinie von 2001 (2001/37/EG) über die Aufmachung und Kennzeichnung von Tabakerzeugnissen auf europäischer Ebene zu nationalen gesetzlichen Regelungen wie der Einführung von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen. Die Tabakwerberichtlinie wiederum führte zu umfassenden Werbebotschaften. Darüber hinaus setzt die europäische Tabakpolitik Impulse für die Mitgliedstaaten, beispielsweise durch den Konsultationsprozess zum Grünbuch für ein rauchfreies Europa. Deshalb beteiligt sich Deutschland auch auf europäischer Ebene aktiv an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

2010 hat die Europäische Kommission die Überarbeitung der Tabakproduktrichtlinie begonnen. Auf der Grundlage der Ergebnisse eines breiten Konsultationsprozesses hat sie im Dezember 2012 Vorschläge zur Änderung der Richtlinie vorgelegt, die verschiedene Themenfelder umfassen und derzeit im Europäischen Rat und im Europäischen Parlament beraten werden. Mit den Vorschlägen sollen – vor dem Hintergrund wissenschaftlicher und internationaler Entwicklungen – die derzeitigen Verpackungs- und Kennzeichnungsbestimmungen auf den neuesten Stand gebracht werden. Außerdem sollen voneinander abweichende Entwicklungen in den Mitgliedstaaten harmonisiert werden. Maßnahmen zur Tabakprävention und zum Jugendschutz haben für die Bundesregierung große Bedeutung. Die Bundesregierung prüft die Vorschläge

der Kommission sorgfältig und wird zu den Einzelaspekten Stellung nehmen. Die Richtlinienvorschläge umfassen im Wesentlichen die folgenden Bereiche:

#### Inhaltsstoffe

Zigaretten mit charakteristischen Aromen sollen nicht mehr vermarktet werden dürfen. Damit wären Mentholzigaretten in der EU nicht mehr zugelassen. Des Weiteren sollen Tabakprodukte mit Zusätzen, die den Eindruck eines Gesundheitsvorteils verschaffen (Vitamine) oder belebend wirken (Koffein), verboten werden.

#### Verpackung und Etikettierung

Zukünftig sollen die Vorder- und Rückseiten der Zigarettenverpackungen mit kombinierten Bild-Text-Warnhinweisen aus einer Datenbank der EU versehen werden. Diese sollen 75 Prozent der bedruckten Fläche ausmachen. Ähnliche Vorschriften soll es für Tabak zum Selbstdrehen geben.

Die Richtlinie soll zukünftig auch die Form der Verpackung regeln. Im Entwurf sind rechteckige Packungen für Zigaretten vorgesehen. Die Packungen für Tabak zum Selbstdrehen sollen ausschließlich die Form eines Beutels haben. Die Zigarettenpackung soll mindestens 20 Zigaretten enthalten. Die Packung für Tabak zum Selbstdrehen mindestens 40 Gramm Tabak. Zudem soll eine Standardgröße für die Zigaretten festgelegt werden. Damit sollen die vor allem in Frankreich neuerdings verbreiteten dünnen Zigaretten („Slim-line“) vom Markt gedrängt werden, die vor allem Frauen als Zielgruppe ansprechen.

Wie nach dem Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen (Tabakschmuggelprotokoll) vorgesehen, sieht der Richtlinienentwurf zudem die Einführung eines Tracking-and-Tracing-Systems zur besseren Überwachung und Rückverfolgung von Tabakerzeugnissen vor. Für Produkte wie Zigarren, Schnupftabak, Pfeifentabak u. a. Tabakprodukte sind zum Teil Ausnahmeregelungen vorgesehen.

### Nikotinhaltige Produkte

In der Produktrichtlinie werden erstmals neue nikotinhaltige Produkte (wie die E-Zigaretten) aufgegriffen. Die Richtlinie trifft mithilfe des Nikotingehalts eine Unterscheidung zwischen Arzneimitteln und nikotinhaltigen Produkten. Beinhalten die nikotinhaltigen Produkte mehr als 4 mg/ml Nikotin, gelten sie als Arzneimittel. Andernfalls sind sie als nikotinhaltiges Produkt einzustufen und mit einem Warnhinweis zu versehen. Mit einer Beschlussfassung ist nicht vor 2014 zu rechnen.

#### Beispielprojekte des Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ):

##### Information über Zusatzstoffe: „Public Information on Tobacco Control“ (PITOC)

Die Tabakindustrie verwendet zahlreiche Zusatzstoffe, um die Attraktivität von Zigaretten zu steigern. Welche Substanzen hier zum Einsatz kommen und welche Wirkung sie haben, darüber informiert das Projekt „Public Information on Tobacco Control“ (PITOC), welches das DKFZ gemeinsam mit dem niederländischen Nationalen Institut für Öffentliche Gesundheit und Umwelt entwickelt hat. Im Rahmen dieses Projekts schalten 16 europäische Länder Internetseiten frei, die über die vielfältigen Wirkungen von Tabakzusatzstoffen aufklären.

Die deutschen Internetseiten zum Projekt PITOC finden sich unter:

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/PITOC\\_Zusatzstoffe\\_in\\_Tabakprodukten.html](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/PITOC_Zusatzstoffe_in_Tabakprodukten.html)

##### Mentholkapseln in Zigarettenfiltern – Erhöhung der Attraktivität eines gesundheitsschädlichen Produkts

Zusatzstoffe in Tabakprodukten, insbesondere Aromastoffe, erhöhen deren Attraktivität und tragen dazu bei, den Raucheinstieg zu erleichtern. Mit einer neuen Technologie ist die Tabakindustrie jüngst im Begriff, die Attraktivität von Tabakprodukten weiter zu steigern. Mentholkapseln im Zigarettenfilter sollen das Menthol schneller und unmittelbar verfügbar machen. Eine Veröffentlichung des DKFZ informiert

über diese neuartige kapselhaltige Zigarette und schlägt vor, die neue Technologie mithilfe eines Verbots zu regulieren.

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band\\_17\\_Mentholkapseln\\_in\\_Zigarettenfiltern\\_de.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_17_Mentholkapseln_in_Zigarettenfiltern_de.pdf)

#### 4.2.2 Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit

Im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit (siehe C 4.1.3) wurde 2012 besonders die europaweite Kampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“ mit neun Millionen Euro unterstützt. Sie soll die Bürger motivieren, über das Rauchen nachzudenken und das Rauchen aufzugeben. Sie soll außerdem darüber informieren, welche Unterstützung sie dabei bekommen können. Die Kampagne konzentriert sich auf junge Erwachsene zwischen 25 und 34 Jahren und nutzt sowohl traditionelle als auch neue Medien zur besseren Zielgruppeneindringung. Besondere Aufmerksamkeit erhalten dabei Gruppen mit einem hohen Anteil an Rauchern. Ein Schwerpunkt der Kampagne ist die kostenlose digitale Entwöhnungsplattform „iCoach“ ([www.exsmokers.eu/de-de/iCoach](http://www.exsmokers.eu/de-de/iCoach)).

Darüber hinaus beteiligt sich das Aktionsprogramm Gesundheit wie im Vorjahr mit ca. 200.000 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 2013 einen Rahmenvertrag zur Erarbeitung von Studien ausgeschrieben, die die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der EU-Tabakprodukt-Richtlinie (2001/37/EC) unterstützen sollen. Studien zu folgenden Themen sind geplant: Technologien zur Überwachung und Nachverfolgung von Tabakprodukten; Bedeutung von Zusatzstoffen und Verpackungsdesign bei der Konsumentenpräferenz; Entwicklung von Standards zur Etikettierung von Tabakprodukten.

[http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm)

[www.exsmokers.eu](http://www.exsmokers.eu)

[www.ensp.org](http://www.ensp.org)

### 4.2.3 Fünfte Konferenz der Vertragsstaaten des Tabakrahmenübereinkommens FCTC

Die Fünfte Konferenz der Vertragsparteien zum Tabakrahmenübereinkommen FCTC (COP 5) fand vom 12. bis 17. November 2012 in Seoul/Südkorea statt. Das Tabakrahmenübereinkommen ist das erste Abkommen der Vereinten Nationen (VN), das den Gesundheitsschutz als vorrangiges Ziel hat. Das Tabakrahmenübereinkommen hat mittlerweile 176 Vertragsparteien. Die erzielten Ergebnisse und behandelten Themen auf der COP 5 sind:

#### 4.2.3.1 Tabakschmuggelprotokoll

Verabschiedet wurde das „Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen“ (Tabakschmuggelprotokoll). Ziel des Tabakschmuggelprotokolls ist es, weltweit den illegalen Handel von Tabakerzeugnissen einzudämmen. Dazu sollen weltweite Standards zur Überwachung und Rückverfolgung von Tabakerzeugnissen eingeführt werden (Tracking and Tracing). Des Weiteren werden im Protokoll der Austausch von Informationen zwischen Ländern, die Strafverfolgung etc. geregelt. Das Protokoll geht auf Art. 15 der Tabakrahmenkonvention zurück. Danach haben sich die Vertragsparteien verpflichtet, rechtlich gegen alle Formen des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen vorzugehen, insbesondere gegen Schmuggel, illegale Herstellung und Fälschung von Zigaretten. Durch den Tabakschmuggel kommen häufig Waren auf den Markt, die eine zusätzliche Gesundheitsgefahr für die Verbraucher darstellen. So überschreiten gefälschte Zigaretten oft um ein Vielfaches die erlaubten Höchstmengen an Schadstoffen. Der illegale Handel führt zu einer Steigerung der Nachfrage an verbilligten Tabakerzeugnissen. Schätzungen zufolge entspricht der Zigaretten schmuggel 10 Prozent des versteuerten Zigarettenabsatzes. Die Bundeszollverwaltung konnte im Jahr 2011 insgesamt 160 Millionen geschmuggelte Zigaretten in Deutschland sicherstellen.

Das Protokoll liegt seit dem 10. Januar 2013 für ein Jahr zur Zeichnung aus. Sobald es 40 Vertragsparteien ratifiziert haben, tritt es 90 Tage danach in Kraft. Die

Regelungen sind von den Vertragsparteien verbindlich umzusetzen.

#### 4.2.3.2 Art. 9/10 des FCTC: Tabakinhaltsstoffe

Die bisherigen Teilleitlinien zu Tabakinhaltsstoffen wurden ergänzt:

- um Bekanntgaben von Inhaltsstoffen gegenüber der Öffentlichkeit. Dies dient zugleich der Tabakkontrollpolitik. In Deutschland sind Hersteller und Einführer gemäß der Tabakprodukt-Verordnung verpflichtet, bestimmte Informationen in Form von Listen über die verwendeten Zusatzstoffe vorzulegen. Das Bundesverbraucherministerium (BMELV) hat dazu eine Datenbank eingerichtet.
- um Produktmerkmale in Bezug auf die Feuergefahr. Zieht ein Raucher nicht mehr aktiv an seiner Zigarette, soll die Zigarette von selbst ausgehen. Die sogenannten selbstlöschenden Zigaretten sollen insbesondere Todesfälle durch Brände im Bett reduzieren. Sie sind aber ihren Inhaltsstoffen nach ebenso gesundheitsschädlich wie „normale“ Zigaretten. In der EU gibt es diese „Reduced Ignition Propensity (RIP)“-Zigaretten bereits.

Die Arbeitsgruppe zu Art. 9/10 des FCTC soll ihre Arbeit vor allem zu den Themen Abhängigkeit und Toxizität fortsetzen. Sie wird auf der nächsten Konferenz der Vertragsparteien über Ergebnisse berichten und ggf. die vorhandenen Teilleitlinien ergänzen.

#### 4.2.3.3 Art. 6 des FCTC: Besteuerung von Tabakprodukten

Die Vertragsparteien verständigten sich auf leitende Grundsätze und Empfehlungen zur Besteuerung von Tabakprodukten. Ein schwieriger Verhandlungsspekt war die Forderung mehrerer Vertragsparteien, eine Empfehlung zu formulieren, derzufolge die Einnahmen aus der Tabaksteuer zweckgebunden für die Tabakkontrolle eingesetzt werden sollten. Eine solche Zweckbindung von Steuereinnahmen ist mit dem deutschen Steuerrecht und dem anderer Staaten nicht vereinbar. Letztendlich verständigte man sich auf eine

Formulierung, derzufolge Länder in Einklang mit ihrem nationalen Recht erwägen können, nicht näher spezifizierte Einnahmen direkt für Tabakkontrollprogramme einzusetzen, die beispielsweise der Bewusstseinsbildung, der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung sowie der Tabakentwöhnung dienen. Auf dieser Basis sollen bis zur nächsten Konferenz Leitlinien von einer Arbeitsgruppe erarbeitet werden.

#### 4.2.3.4 Berichtswesen

Damit die Vertragsparteien ihren Berichten zur Implementierung der Tabakrahmenkonvention einheitliche Indikatoren zugrunde legen, soll ein Handbuch erarbeitet werden, das neben standardisierten Indikatoren auch entsprechende Definitionen enthält. Es soll – nach einem Konsultationsprozess der Vertragsparteien – den Berichten 2014 zugrunde gelegt werden. Zur Umsetzung der Leitlinien soll dabei der freiwillige Charakter der Leitlinien unterstrichen werden. Die nächste Konferenz der Vertragsparteien findet Ende 2014 oder im Frühjahr 2015 in Moskau statt.

#### 4.2.3.5 Good-Practice-Datenbank für Tabakpräventionsprojekte

Im November 2010 wurden im Rahmen der Vierten Konferenz der Vertragsparteien zum Tabakrahmenübereinkommen (COP 4) die Leitlinien zur Umsetzung von Art. 12 (Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung zu den Folgen des Tabakkonsums) und Art. 14 (Maßnahmen zur Tabakentwöhnung und zur Behandlung der Tabakabhängigkeit) des FCTC der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einstimmig verabschiedet. Deutschland war in den jeweiligen Arbeitsgruppen maßgeblich an der Erarbeitung der beiden Leitlinien beteiligt. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands sind für die Umsetzungsmaßnahmen zu Art. 12 und 14 auch die Bundesländer und Kommunen betroffen, die derzeit noch nicht zentral erfasst werden. Um diese Lücke zu schließen, erfolgt eine zentrale Sammlung von Good-Practice-Projekten. Im Rahmen eines Modellprojekts wurden in Anlehnung an bestehende Good-Practice-Kriterien (gesundheitliche Chancengleichheit, WHO/AFRO-Region, UN-Habitat, EU

DETERMINE) neue Kriterien erarbeitet. Für die Erfassung der Projekte wurde eine Datenbank erstellt, in die fortlaufend Projekte eingetragen werden.

[www.projekte-tabakpraevention.de](http://www.projekte-tabakpraevention.de)

### 4.3 Europäische und internationale Drogenpolitik

#### 4.3.1 Situation illegaler Drogen in Europa

Der aktuelle Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) belegt, dass Europa gegenwärtig zu den wichtigen Produzenten von Cannabis gehört, der verbreitetsten illegalen Droge. Die allgemeine Tendenz ist, dass das in Europa angebaute Cannabis importierte Cannabisprodukte zunehmend ersetzt. Aus 29 der 30 Berichtsländer liegen Meldungen über den Anbau von Cannabiskraut (Marihuana) vor. In zwei Dritteln dieser Länder bestimmt Marihuana den Cannabiskonsum, im restlichen Drittel importiertes Harz (Haschisch).

Etwa 80,5 Millionen Europäer zwischen 15 und 64 Jahren haben schon einmal Cannabis probiert, davon ca. 23 Millionen in den letzten zwölf Monaten. Die neuesten europäischen Daten bestätigen, was bereits in den vorherigen Jahresberichten der EBDD festgestellt wurde: die allgemeine Stabilisierung bzw. sinkende Tendenz des Cannabiskonsums junger Erwachsener zwischen 15 und 34 Jahren in den vergangenen zwölf Monaten. Die neueste „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD) aus dem Jahr 2011 hat ergeben, dass in der Hälfte der 26 teilnehmenden EU-Länder die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren seit der Befragung 2007 gleich geblieben ist. In der anderen Hälfte sind unterschiedliche Entwicklungen erkennbar. Neun Länder verzeichneten deutliche Zunahmen, die in Frankreich, Lettland, Ungarn und Polen besonders groß waren. Rückgänge wurden in vier Ländern beobachtet (Dänemark, Malta, Slowakei, Vereinigtes Königreich). Sorge bereiten nach wie vor die etwa drei Millionen Europäer zwischen 15 und 64 Jahren, die die Droge immer noch täglich konsumieren (rund 1 Prozent der europäischen Erwachse-



nen). Insgesamt ist festzustellen, dass der durch stabile Werte hervorgerufene Optimismus durch die Erkenntnis getrübt wird, dass Cannabis nach wie vor ein ernsthaftes Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt. Ungefähr 25 Prozent der Patienten, die sich einer Drogenbehandlung unterziehen, nennen Cannabis als ihre Primärdroge.

Der aktuelle Jahresbericht der EBDD konstatiert aber auch eine neue Ära: Heroin spielt in der europäischen Drogenproblematik zunehmend eine weniger zentrale Rolle. Zumindest in Teilen Europas ist die Zahl der Neueinsteiger in den Heroinkonsum zurückgegangen. Inzwischen scheinen mehr als die Hälfte der schätzungsweise 1,4 Millionen Personen, die in der EU und in Norwegen regelmäßig Opioiden (und hierbei überwiegend Heroin) konsumieren, Zugang zu einer opioidgestützten Substitutionstherapie zu haben.

Die EBDD vermutet einen Zusammenhang zwischen Veränderungen der Verfügbarkeit von Heroin in Europa und einer Veränderung der Drogenkonsummuster. Einige europäische Länder berichten, dass ein hoher Prozentsatz der Personen, die sich in Behandlung begeben, heute andere Opioiden als Heroin konsumiert. Beispielsweise nennen mehr als drei Viertel der Personen, die sich in Estland einer Behandlung unterziehen, das synthetische Opioid Fentanyl als Primärdroge. In einigen Ländern nehmen Personen mit problematischem Drogenkonsum im Falle einer Verknappung des Heroingebots anstelle von Opioiden auch andere Substanzen ein. Berichtet wird u. a. über eine Zunahme des injizierenden Konsums von Cathinonen (Ungarn) und Amphetaminen (Lettland, Ungarn) sowie über einen Anstieg des Konsums von Benzodiazepinen und anderen Arzneimitteln (Irland, Slowenien).

Die Angaben von in Behandlung befindlichen Patienten in den EU-Mitgliedstaaten deuten weiterhin auf einen Rückgang des injizierenden Opioidkonsums hin. Der Rückgang des injizierenden Heroinkonsums ist ermutigend, da das Risiko von durch Blut übertragbaren Infektionen (darunter HIV/Aids und Hepatitis B oder C) sowie das Risiko einer Überdosierung und

eines drogenbedingten Todesintritts bei dieser Konsumweise besonders hoch ist. In den vergangenen zehn Jahren konnte die EU bei der Bekämpfung von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten Fortschritte verzeichnen: Die Angebote für Prävention, Behandlung und Schadensminimierung wurden ausgebaut. Wie aus den jüngsten europäischen Daten hervorgeht, sinkt die Zahl der neu gemeldeten HIV-Fälle in dieser Gruppe europaweit stetig und erreichte mit 2,54 Neuerkrankungen pro 1 Million Einwohner (schätzungsweise 1.192 neue Fälle im Jahr 2010) einen neuen Tiefststand. Die Lage in der EU stellt sich im Vergleich zu einigen Nachbarländern der EU günstig dar, da diese deutlich höhere Zahlen aufweisen (104,3 Neuerkrankungen pro 1 Million Einwohner in Russland; 151,5 in der Ukraine).

Besorgniserregend sind dagegen bakterielle Infektionen als Folge des injizierenden Konsums wie der jüngste Ausbruch von Milzbrand, der hauptsächlich injizierende Heroinkonsumenten betraf. Seit Juni 2012 wurden aus vier EU-Ländern – Dänemark, Deutschland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich – ungefähr ein Dutzend neuer Fälle von Milzbrand gemeldet, die anscheinend mit verunreinigtem Heroin in Verbindung standen. Dieses stammte möglicherweise aus derselben Quelle, die als Auslöser eines früheren Milzbrandausbruchs in Schottland in den Jahren 2009/10 in Verdacht stand. Die Frühwarnnetze der zuständigen EU-Agenturen sind in Alarmbereitschaft; zugleich wurde die Überwachung intensiviert.

Mehr Informationen zur Drogensituation in Europa: [www.emcdda.europa.eu/events/2012/annual-report](http://www.emcdda.europa.eu/events/2012/annual-report)

#### 4.3.1.1 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. Ihrer Mitteilung „Eine entschlossenerere europäische Reaktion auf das Drogenproblem“ aus dem Jahr



2011 folgend, hat die Kommission 2012 zwei Änderungsvorschläge für die Verordnungen (VO) zu Drogenausgangsstoffen vorgelegt. Die VO (EG) Nr. 273/2004 den Binnenmarkt betreffend soll vor allem besser verhindern, dass Essigsäureanhydrid, der wichtigste Drogenausgangsstoff für Heroin, abgezweigt wird. Mit dem Vorschlag zur Änderung der VO (EG) Nr. 111/2005 soll die Überwachung des Handels mit Drogenausgangsstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern weiter verbessert werden.

In ihrer Mitteilung hat die Kommission auch angekündigt, Indikatoren zur Überwachung des Drogenangebots, der drogenbedingten Straftaten und der Verringerung des Drogenangebots vorzulegen. Daran anknüpfend fand im November 2012 die zweite Konferenz zur Entwicklung von Schlüsselindikatoren für die Bereiche Drogenmärkte, drogenbezogene Kriminalität und Angebotsreduzierung statt.

#### **Der Rat der EU**

Im Juni 2012 verabschiedete der Rat der Europäischen Union Schlussfolgerungen zur neuen EU-Drogenstrategie, mit denen Leitlinien für eine neue Strategie vorgegeben wurden. Aufbauend darauf nahm der Rat im Dezember 2012 den Text für eine neue Drogenstrategie (2013 bis 2020) an.

Dem Antrag der EU-Kommission und mehrerer Mitgliedstaaten gemäß Art. 6 des „Beschlusses 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen“ folgend, hat der Rat im September 2012 beschlossen, die Risiken bewerten zu lassen, die mit dem Konsum und der Herstellung der neuen psychoaktiven Substanz 4-Methylamphetamin verbunden sind. Hierbei sollten auch die gesundheitlichen und sozialen Risiken berücksichtigt werden. Der Bewertung unterlagen darüber hinaus auch die Risiken des illegalen Handels, die Beteiligung der organisierten Kriminalität und die möglichen Folgen von Kontrollmaßnahmen. Die Risikobewertung wurde von der EBDD im Dezember 2012 vorgelegt.

#### **Horizontale Gruppe Drogen**

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungen aller Mitgliedstaaten vertreten sind. Die HDG hat die Gesamtübersicht über alle drogenbezogenen Fragen. Der jeweilige Vorsitz und das Generalsekretariat gewährleisten, dass die Gruppe über alle drogenbezogenen Fragen, die in anderen Gruppen (zum Beispiel Gesundheit, Strafrecht, Justiz und Inneres, Handel, Zoll, Auswärtiges) behandelt werden, auf dem Laufenden gehalten wird.

2012 lag der Schwerpunkt auf der Erarbeitung und Verabschiedung einer neuen Drogenstrategie. Die bisherige EU-Drogenstrategie (2005 bis 2012) ist zum 31. Dezember 2012 ausgelaufen. Im ersten Halbjahr wurden unter dänischem Ratsvorsitz die extern durchgeführte Begutachtung der alten Strategie und ihrer Aktionspläne ausgewertet und Leitlinien für eine neue Drogenstrategie ausgearbeitet. Auf der Grundlage dieser Leitlinien legte die folgende zyprische Ratspräsidentschaft den Entwurf für eine neue EU-Drogenstrategie (2013 bis 2020) vor, die in der HDG erfolgreich verhandelt wurde. Die Strategie konzentriert sich auf die fünf Themenbereiche „Reduzierung der Drogen nachfrage“, „Reduzierung des Drogenangebots“, „Koordination“, „internationale Zusammenarbeit“ sowie „Information, Forschung, Überwachung und Evaluation“. Mit einer begrenzten Zahl an klar definierten Zielen soll die strategische Entwicklung der EU-Drogenpolitik längerfristig abgesteckt werden. Zur Durchführung der Strategie sollen konkrete Aktionen in zwei aufeinanderfolgenden vierjährigen Aktionsplänen (2013 bis 2016 und 2017 bis 2020) festgelegt werden. Die Verhandlungen dazu begannen im Januar 2013 unter irischer Ratspräsidentschaft.

Im Kontext der Drogenpolitik der Vereinten Nationen (VN) koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 55. Sitzung der Suchtstoffkommission der VN (CND). Die EU brachte zwei Resolutionsentwürfe in die 55. CND ein, die mit breiter Unterstützung von den VN angenommen wurden: „Developing an international electronic import and export authorization system for substances under

international control“ und „Promoting gender-oriented strategies and interventions for women at risk for drug use disorders and related social and health consequences“.

Auch 2012 hat die HDG den politischen Dialog mit Drittstaaten fortgesetzt, um der weltweiten Dimension des Drogenproblems Rechnung zu tragen. Gespräche fanden u. a. mit Aserbaidschan, Georgien, Moldau, der Ukraine, Russland und den USA statt. Darüber hinaus wurden auch erste Dialoge mit dem Libanon und Marokko aufgenommen. Ein Treffen mit der Andengemeinschaft fand auf hoher Ebene in Ecuador statt.

#### 4.3.1.2 Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2012

Auch im Jahr 2012 nahm die Drogenbeauftragte der Bundesregierung wieder an den Treffen der EU-Drogenkoordinatoren teil, zu denen die jeweilige Ratspräsidentschaft zweimal im Jahr einlädt. Beim Treffen im Mai 2012 im dänischen Kopenhagen befassten sich die Koordinatoren schwerpunktmäßig mit drogenbezogenen Todesfällen sowie damit, wie diese zu verhindern sind. Zudem erhielt das Thema „psychische Komorbiditäten“ große Aufmerksamkeit. Diskutiert wurde dabei vor allem, wie deren Behandlung besser mit der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung kombiniert werden kann. Die Teilnehmer tauschten sich über die möglichen Inhalte einer neuen EU-Drogenstrategie aus. Des Weiteren wurde die Drogenpolitik der Stadt Kopenhagen vorgestellt.

Das zweite Treffen fand im September 2012 in Nikosia auf Zypern statt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Behandlung von weiblichen Drogenabhängigen. Dazu hatten die Zyprioten einen Besuch in einer Behandlungseinrichtung für Frauen organisiert. Auch bei diesem Treffen wurde die EU-Drogenstrategie erneut thematisiert.

#### 4.3.1.3 Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Die EBDD hat die Aufgabe, der EU und den Mitgliedstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik zu vermitteln und einen gemeinsamen Informationsrahmen zu schaffen. Sie versorgt politische Entscheidungsträger mit wissenschaftlichen Fakten, die diese benötigen, um Maßnahmen und Strategien gegen Drogen und Sucht auszuarbeiten. Zudem hilft sie Fachleuten und Forschern, neue analysebedürftige Bereiche sowie die optimalen Verfahren hierfür zu bestimmen. Rund 30 nationale Beobachtungsstellen (*Focal Points*) sammeln hierfür die nötigen Informationen für die EBDD in Form eines jährlich erstellten Berichts zur Drogensituation in Deutschland sowie durch das Ausfüllen standardisierter Datentabellen und Fragebögen. Im Gegenzug tragen sie anschließend die Ergebnisse der EBDD-Analysen in das eigene Land zurück. In Deutschland sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und das Institut für Therapieforschung (IFT) gemeinsam mit diesen Aufgaben betraut. Sie führen seit 1999 unter dem Namen Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) unter Koordination des IFT die damit verbundenen Aktivitäten durch.

Im Jahr 2012 lagen besondere Schwerpunkte der Berichterstattung darin, Übersichten zur „Stationären Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland“ sowie zur „Drogenpolitik in großen deutschen Städten“ zu erstellen. Die vertiefenden Themen des Jahres 2011 – „Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft“ sowie „Drogenkonsumenten mit Kindern (abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)“ – wurden von der EBDD ländervergleichend untersucht und im Rahmen von Sonderpublikationen (*Selected Issues*) veröffentlicht, die neben anderen Publikationen über die Internetseite der EBDD verfügbar sind.

[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)

#### 4.3.1.4 Projekte im EU-Förderprogramm „Drogenprävention und Aufklärung“

Im Rahmen des Förderprogramms „Drogenprävention und Information“ (DPIP) werden seit 2007 jährlich etwa drei Millionen Euro für Modellprojekte und europaweit agierende Organisationen im Drogenbereich zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der aktuellen Ausschreibung von 2012 wurden insgesamt 99 Anträge eingereicht. Drei der federführenden Organisationen von den insgesamt elf erfolgreichen Anträgen kamen aus Deutschland. Die unter deutscher Federführung stehenden Projekte werden sich mit den neuen psychoaktiven Substanzen, mit der Versorgung von Drogenabhängigen in Haft sowie mit Frauen, Minderheiten und Drogenhilfeeinrichtungen beschäftigen.

Mehr zu den Grundlagen des EU-Förderprogramms DPIP und den Ausschreibungen zu den Fördermöglichkeiten: [http://ec.europa.eu/justice/grants/programmes/drug/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/justice/grants/programmes/drug/index_de.htm)

#### 4.3.1.5 Beispielprojekt aus den Ländern

##### Hessen:

##### Centre for Drug Research: „Global Cannabis Cultivation Survey“

Das Centre for Drug Research (CDR) ist Teil eines internationalen Konsortiums zur sozialwissenschaftlichen Erforschung des (illegalen) Anbaus von Cannabis. Die Erhebung wird mittels Online-Surveys in zahlreichen Ländern Europas, Nordamerikas und Ozeaniens durchgeführt.

Seit den 1990er Jahren werden die in Europa und anderen westlichen Ländern konsumierten Cannabisprodukte in zunehmendem Maße nicht mehr aus anderen Ländern importiert, sondern im eigenen Land angebaut. Insbesondere die Weiterentwicklung von Indoor-Anbautechniken trug maßgeblich dazu bei. Zudem mehren sich Berichte darüber, dass regelmäßige Konsumenten ihre Droge häufiger selbst anbauen, um die Risiken des illegalen Marktes, bei-

spielsweise von Streckmitteln, zu umgehen. Auch für Patienten, die aus medizinischen Gründen Cannabis konsumieren, spielt der Selbstanbau vermutlich eine wichtige Rolle. Eine sozialwissenschaftliche Erforschung des Cannabisanbaus steht indes noch weitgehend aus. Erkenntnisse über das Phänomen ergeben sich größtenteils aus anekdotischen Berichten oder Polizeidaten.

Das CDR führt von November 2012 bis Ende Mai 2013 im Internet den deutschsprachigen Teil des „Global Cannabis Cultivation Survey“ durch. Dieser richtet sich an Personen in Deutschland, Österreich und dem deutschsprachigen Teil der Schweiz.

#### 4.3.1.6 Beispielprojekt aus den Ländern zu Safer Nightlife

##### Sachsen:

##### „Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project“

Seit 2011 sind *Drug Scouts* das einzige deutsche Partnerprojekt im „Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project“ (NEWIP), das von der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) der EU gefördert wird. Das Netzwerk erarbeitet neue Strategien im Umgang mit jungen Partydrogenkonsumenten, die in der Praxis getestet und evaluiert werden. *Drug Scouts* koordinieren dabei die Trainingsangebote für die Infostandarbeit von Freiwilligen aus den europäischen Mitgliedstaaten sowie die Ausbildung für den Umgang mit Drogennotfällen und die psychedelische Ambulanz. 2012 wurden 26 Freiwillige aus zehn Ländern ausgebildet, die bei Festivals in Portugal und Kroatien gemeinsam Vor-Ort-Arbeit durchführten.

[www.safernightlife.org](http://www.safernightlife.org)

#### 4.3.1.7 „DRUID“: Alkohol, Medikamente und Drogen im Straßenverkehr

Das Projekt „DRUID“ (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) wurde im Rahmen des Sechsten EU-Forschungsrahmenprogramms konzipiert, finanziert und durchgeführt. Es lief fünf Jahre und hatte ein Budget von etwa 23,5 Millionen Euro. Koordiniert wurde es von der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt). Insgesamt 37 Forschungseinrichtungen aus 18 europäischen Ländern arbeiteten zusammen, um die Beeinträchtigung durch psychoaktive Substanzen und deren Einfluss auf die Straßenverkehrssicherheit zu untersuchen.

Laut Ergebnis der Studie ist Alkohol mit EU-weit durchschnittlich etwa 3,48 Prozent die im Straßenverkehr am häufigsten nachgewiesene psychoaktive Substanz. Je nach Land wurde bei 17,7 bis 42,5 Prozent der schwerverletzten Fahrer und bei 19 bis 44,9 Prozent der Getöteten Alkohol im Blut nachgewiesen. Platz zwei belegen illegale Drogen mit EU-weit durchschnittlich etwa 1,9 Prozent. Fahrer, die in einen Unfall verwickelt waren, hatten illegale Drogen zumeist in Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen konsumiert, überwiegend zusammen mit Alkohol. Cannabis ist im Allgemeinen die am häufigsten nachgewiesene illegale Droge, gefolgt von Kokain. Mit 1,4 Prozent im EU-Durchschnitt treten psychoaktive Medikamente (u. a. Benzodiazepine und Opioide) im Straßenverkehr am dritthäufigsten auf. Dabei wurden Benzodiazepine in den meisten Ländern am häufigsten nachgewiesen und waren bei den getöteten Fahrern nach Alkohol die am zweithäufigsten nachgewiesenen Substanzen. Unter dem Einfluss von Benzodiazepinen, Z-Medikamenten (Schlafmittel wie Zopiclon, Zolpidem) und medizinischen Opioiden erhöht sich das geschätzte Risiko für einen Unfall mit schweren Verletzungen oder Todesfolge um das Zwei- bis Zehnfache.

„DRUID“ schlägt für Medikamente, die Einfluss auf die Fahrtüchtigkeit haben, ein vierstufiges Klassifikations- und Kennzeichnungssystem vor. Dieses reicht von der Kategorie „0“ für Medikamente, bei deren Einnahme keine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zu erwarten ist, bis zur Kategorie „3“ für Mittel, nach deren Einnahme von einer starken Beeinträchtigung der Fahr-

tüchtigkeit und dadurch von einer Gefährdung der Verkehrssicherheit auszugehen ist.

Im Rahmen des Projekts wurden mehr als 3.000 Medikamente (Substanzklassen) untersucht und davon mehr als 1.500 Medikamente im Hinblick auf ihre Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit klassifiziert. Für alle kategorisierten Medikamente wurden patientenorientierte Informationen zusammengestellt. Diese sollen Ärzte und Apotheker dabei unterstützen, ihre Patienten angemessen über mögliche Auswirkungen des Medikaments auf die Fahrtüchtigkeit zu informieren.

Alle Projektergebnisse: [www.druid-project.eu](http://www.druid-project.eu)

#### 4.3.1.8 Twinning-Projekt

Serbien verzeichnet derzeit ein Wachstum der Vielfalt von (vor allem synthetischen) Drogen sowie die Tendenz zum Mischkonsum illegaler Drogen. Drogen sind hier nicht nur in Städten, sondern auch in ländlichen Regionen sowie in allen Schichten, unabhängig von der Religionszugehörigkeit und über alle Altersgruppen hinweg, verbreitet. Zudem sinkt das Einstiegsalter der Drogenkonsumenten. Mit eben diesen Entwicklungen sieht sich das Twinning-Projekt mit Serbien konfrontiert, das im Herbst 2012 gestartet ist. Die Besonderheit des Projekts besteht darin, dass die Bereiche Nachfrage- und Angebotsreduzierung gleichwertig im Fokus stehen. Die EU stellt daher in Belgrad zwei Berater vor Ort zur Verfügung: für das Gesundheitsministerium und den Bereich der Nachfragereduzierung einen Berater aus Deutschland (Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, ZIS Hamburg) und für das Ministerium des Innern für den Bereich der Angebotsreduzierung einen Berater aus Tschechien.

Mit dem bis Ende 2014 laufenden Twinning-Projekt soll das serbische System zur Kontrolle von Drogen und Betäubungsmitteln unterstützt werden. In diesem Rahmen gilt es, die zuständigen Institutionen zu stärken, ihre Fachkräfte fortzubilden sowie ein System zur Überwachung von Drogen(-konsum) zu etablieren. Zudem soll das Wissen der Öffentlichkeit verbessert und die Partnerschaft mit relevanten Akteuren gestärkt werden. Der Gesamtetat des Twinning-Projekts beträgt 1,5 Millionen Euro.

#### 4.3.2 Vereinte Nationen (VN)

Auf der Ebene der VN erfolgte die Zusammenarbeit im Drogenbereich auch im Jahr 2012 auf der Grundlage von drei Drogenkonventionen. Die Konventionsstaaten haben sich verpflichtet, die Produktion und den Vertrieb von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu kontrollieren sowie den Drogenmissbrauch und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen. Hierfür sollen sie die notwendigen verwaltungstechnischen Einrichtungen schaffen, in diesem Rahmen zugleich dem Erfordernis einer medizinischen Anwendung Rechnung tragen sowie den internationalen Organen über ihre Aktivitäten berichten.

VN-Drogenkonventionen:

[www.incb.org](http://www.incb.org)

[www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html?ref=menuside](http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html?ref=menuside)

##### 4.3.2.1 Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC)

Deutschland ist seit vielen Jahren einer der Hauptunterstützer des Drogenkontrollprogramms der VN (UNDCP), das vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN (UNODC) durchgeführt wird. Das UNODC gibt jährlich einen Weltdrogenbericht heraus. Laut Bericht von 2012 handelt es sich bei illegalen Drogen weiterhin um ein weltweit drängendes Problem, zumal sich die Lage im Hinblick auf den Konsum, die Herstellung sowie die gesundheitlichen Auswirkungen illegaler Drogen weltweit betrachtet nicht wesentlich geändert habe. In diesem Zusammenhang erklärte VN-Generalsekretär Ban Ki-moon anlässlich des Internationalen Tages gegen Drogenmissbrauch und unerlaubten Suchtstoffverkehr am 26. Juni 2012, dass der Drogenmissbrauch und der illegale Handel starke Auswirkungen auf die weltweite Entwicklung und Stabilität haben. Die Erlöse aus illegalen Drogengeschäften unterstützten etwa Verbrechen wie Menschenhandel, Waffen- und Menschenschmuggel. Illegale Suchtstoffe und damit verbundene kriminelle Netzwerke würden die Rechtsstaatlichkeit untergraben.

Den Angaben im Weltdrogenbericht 2012 zufolge ist Cannabis weiterhin die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 2010 wurden weltweit 119 bis 224 Millionen Konsumenten verzeichnet, was einer Verbreitung von 2,6 bis 5 Prozent unter der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung entspricht. Platz zwei nehmen mit 14 bis 52 Millionen Konsumenten (0,3 bis 1,2 Prozent der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren) Substanzen vom Amphetamintyp ein, darunter insbesondere Methamphetamin und Amphetamin. Der Ecstasy-Konsum wird in dem Bericht eigenständig betrachtet: 10 bis 28 Millionen Menschen haben 2010 Ecstasy konsumiert (Verbreitung: 0,2 bis 0,6 Prozent der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren). Aus der Verdopplung der Sicherstellungsmengen von Substanzen aus der Ecstasy-Gruppe in den Jahren 2009 und 2010 leitet das UNODC Hinweise auf einen Anstieg im europäischen Markt ab.

Anbau und Herstellung von Koka sowie der Konsum von Kokain sind nach den Erkenntnissen des UNODC weltweit betrachtet im Wesentlichen unverändert geblieben (2010: 13 bis 19 Millionen Konsumenten, Verbreitung: 0,3 bis 0,4 Prozent der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren). Dies dürfe nach Ansicht des UNODC jedoch nicht über unterschiedliche Trends und Entwicklungen in verschiedenen Regionen und Staaten hinwegtäuschen. So ist die Kokainproduktion in Kolumbien von 2006 bis 2010 erheblich zurückgegangen.

Die Opiumproduktion hingegen ist, nachdem der Schädlingsbefall des Schlafmohns in Afghanistan zurückgegangen ist, wieder auf das Niveau von 2009 angestiegen. Große Heroinmengen aus Afghanistan wurden über die Balkanroute nach West- und Zentraleuropa geschmuggelt. Der Konsum von Opioiden ist mit 0,6 bis 0,8 Prozent unter der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung für die wesentlichen Märkte stabil. Das UNODC weist darauf hin, dass im Unterschied zu den Opioiden und Amphetaminen keine weltweiten Daten zum missbräuchlichen Konsum verschreibungspflichtiger Arzneimittel vorliegen. Gleichwohl gebe es zunehmend Berichte über eine problematische Entwicklung in diesem Bereich. In vielen Staaten seien diese Verbreitungsraten höher als für verschiedene kontrollierte Substanzen.

Laut UNODC ist auch in Europa eine zunehmende Entwicklung beim Konsum und beim immer häufigeren und schnelleren Inverkehrbringen neuer psychoaktiver Substanzen festzustellen. Die am häufigsten berichteten neuen Substanzen sind Mephedron und MDPV. Die neuen Substanzen werden oft in Produkten ohne Angabe ihrer tatsächlichen Inhaltsstoffe und zudem unter irreführenden Bezeichnungen wie etwa „Badesalz“ oder „Pflanzendünger“ angeboten. Diese Entwicklung stellt die Drogenkontrollbehörden weltweit vor neue Herausforderungen.

Drogenkontrollprogramm der VN:

[www.unodc.org/unodc/index.html?ref=menutop](http://www.unodc.org/unodc/index.html?ref=menutop)

Weltdrogenbericht 2012 des UNODC:

[www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html)

#### 4.3.2.2 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND)

Als Mitglied der CND nahm Deutschland unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 12. bis 16. März 2012 an der 55. CND-Sitzung in Wien teil. Die Mitglieder der deutschen Delegation – darunter auch der Botschafter und Ständige Vertreter der Bundesrepublik Deutschland beim VN-Büro und anderen internationalen Organisationen in Wien – nahmen wie in den Vorjahren an der CND teil.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung führte u. a. bilaterale Gespräche mit Vertretern Ecuadors, Perus und Kolumbiens. Thematisiert wurde vor allem die bilaterale Kooperation mit Deutschland in den Bereichen „Alternative Entwicklung“ (AE) sowie „Angebots- und Nachfragereduzierung“. Bisher hatten alle drei Länder ihre Strategie überwiegend auf die Angebotsreduzierung ausgerichtet. In den Gesprächen wurde deutlich, dass sie sich zunehmend auch der Nachfrage- und Nachfragereduzierung zuwenden, insbesondere der Prävention, Beratung und Behandlung.

Der Botschafter und Ständige Vertreter der Bundesrepublik Deutschland hob in seinem Statement einige

Punkte hervor, denen aus Sicht der Bundesregierung im internationalen Kontext eine besondere Bedeutung zukommt: Entwicklung bei den neuen synthetischen Substanzen, Beteiligung von Nichtregierungsorganisationen, Unterstützung und Durchführung der AE sowie die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Beratung, Behandlung und Resozialisierung trotz finanziell angespannter Situationen in vielen Staaten.

Auf der 55. CND wurden insgesamt zwölf Resolutionen im Konsens verabschiedet, darunter in den Bereichen „Prävention von Mortalität durch Überdosierung“ und „Neue psychoaktive Substanzen“, die von der deutschen Delegation aktiv begleitet wurden. Erstmals in der Geschichte der CND wurde eine Resolution zu Maßnahmen zur Reduzierung der Todesrate infolge von Opiat-Überdosierungen verabschiedet. In intensiven Verhandlungen einigten sich die Teilnehmer darauf, dass Angebote für Opiatabhängige entwickelt werden müssen, um den lebensgefährlichen Folgen von Überdosierungen besser zu begegnen.

Die in vielen Staaten in immer kürzeren Abständen auftauchenden und mit erheblichen Gesundheitsgefahren verbundenen neuen psychoaktiven Substanzen stellen die Staatengemeinschaft vor neue Herausforderungen und waren deshalb ein wichtiges Thema auf der 55. CND. Die EU brachte in diesem Zusammenhang einen Resolutionsentwurf des Vereinigten Königreichs ein, der angenommen wurde. Die Resolution ruft insbesondere zu einer besseren Zusammenarbeit beim Informationsaustausch über das Auftreten und die Inverkehrbringungsmethoden neuer psychoaktiver Substanzen auf.

Die deutsche Delegation verhandelte zudem stellvertretend für die EU zwei Resolutionen zur AE. Eine dieser Resolutionen zielt darauf ab, die Erstellung eines Leitlinienkatalogs zur AE fortzuführen. Die zweite Resolution bezieht sich auf die Entwicklung eines globalen Siegels, um in AE-Projekten hergestellte Produkte besser vermarkten zu können.

Auf einer Nebenveranstaltung präsentierte die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenar-



beit (GIZ) das „Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP), das in Zentralasien unter deutscher Trägerschaft für die EU durchgeführt wird.

Besondere Beachtung seitens der CND-Staatengemeinschaft fanden die Ausführungen des bolivianischen Staatspräsidenten Evo Morales zum Anliegen Boliviens, das traditionelle Kauen des Kokablattes in Bolivien auch auf der Ebene des VN-Drogenrechts zu legalisieren und dafür die Drogenkonvention von 1961 zu ändern. Die Drogenkonvention von 1961 kontrolliert den Anbau der Kokapflanze und fasst Kokablätter als Droge auf, da aus ihnen Kokain gewonnen werden kann. Als Reaktion auf einen erfolglosen Änderungsantrag war Bolivien zunächst aus der Drogenkonvention ausgetreten. Staatspräsident Morales machte den Wiederbeitritt seines Landes von dem Vorbehalt abhängig, dass die auf das Verbot des Kokablattkauens bezogenen Regelungen der Drogenkonvention von 1961 auf Bolivien keine Anwendung finden. Konventionsrechtliche Voraussetzung für den Wiedereintritt Boliviens war, dass ein Drittel der 183 Konventionsstaaten (61 Staaten) dem Wiedereintrittsgesuch innerhalb eines Jahres nicht widersprechen. Die Bundesregierung hat dem Anliegen Boliviens Anfang 2013 widersprochen, gemeinsam mit anderen EU-Staaten, darunter Frankreich, das Vereinigte Königreich, Italien und Schweden, aber auch den USA und Russland sowie weiteren Staaten. Gleichwohl steht die Bundesregierung im Dialog mit Bolivien und hat unter anderem auf der 55. CND sowie im Oktober 2012 bilaterale Gespräche mit Bolivien geführt. Der Wiederbeitritt Boliviens trat am 10. Februar 2013 in Kraft.

Liste der VN-Resolutionen auf der 55. CND:  
[www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/55-draft-resolutions.html](http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/55-draft-resolutions.html)

#### 4.3.2.3 Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB)

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der VN (INCB) überwacht als unabhängiges Kontrollgremium die Einhaltung der drei internationalen Drogenkontrollabkommen der VN. Das Gremium wurde 1968 gegründet

und besteht aus 13 unabhängigen Mitgliedern, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der VN (ECOSOC) gewählt werden. Mit dem 2012 vom ECOSOC gewählten Werner Sipp, dem ehemaligen Leiter des Referats Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr und Internationale Suchtstofffragen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ist weiterhin ein deutsches Mitglied im INCB vertreten.

Das INCB gibt jährliche Berichte heraus, die eine Analyse der weltweiten Situation zur Drogenkontrolle sowie Vorschläge für Verbesserungen auf nationaler und internationaler Ebene enthalten. Im 2012 vorgelegten Bericht für 2011 warnt das INCB vor den Gefahren illegaler Internet-„Apotheken“, die beispielsweise über soziale Netzwerke insbesondere junge Menschen ansprechen. Zudem fordert er verstärkte Hilfe für Randgruppen der Bevölkerung mit Drogenproblemen, um den Teufelskreis von sozialer Ausgrenzung und Drogenproblemen zu durchbrechen.

Das INCB stellt fest, dass Drogenhändler und -hersteller ihre Aufmerksamkeit zunehmend auf den Gebrauch sogenannter Vor-Vorläufersubstanzen („Designer“-Chemikalien) zur Herstellung illegaler amphetaminartiger Substanzen (ATS) richten, da der Handel mit kontrollierten Vorläuferstoffen (in Deutschland „Grundstoffe“ genannt) schwieriger und teurer geworden sei.

In den Regionalberichten des INCB wird darauf hingewiesen, dass Mittelamerika und die Karibik weiterhin als Transitrouten für den Drogenhandel von Süd- nach Nordamerika genutzt werden. So würden etwa 90 Prozent des in die USA gebrachten Kokains über Mexiko in die USA gelangen. Unter dem Druck mexikanischer Strafverfolgung hätten einige mexikanische Drogenkartelle ihre Operationen nach Mittelamerika verlegt.

Nordamerika ist indes auch im Jahr 2010 der weltweit größte Markt für illegale Drogen. Bezogen auf Kokain ist Europa der zweitgrößte Markt. Des Weiteren verzeichnete das INCB in Europa einen dramatischen Anstieg beim illegalen Anbau von Cannabis, und zwar insbesondere in Indooranlagen, sowie einen starken Anstieg neuer psychoaktiver Substanzen.

Der Heroinschmuggel findet laut Berichten weiterhin auf der nördlichen, aber auch auf der südlichen Balkanroute statt. Westafrika wiederum ist weiterhin eine wichtige Transitroute für den Drogenhandel von Kokain und Heroin nach Europa, wobei die Drogenschmuggler zunehmend Schiffscontainer und Verkehrsflugzeuge nutzen. Doch auch in Ost- und Südafrika führe das zunehmend verfügbare Heroin zu vermehrtem Drogenmissbrauch.

Westasien stuft das INCB als Zentrum des illegalen Schlafmohnanbaus ein, während Südasien mit einem Missbrauch rezeptpflichtiger Arzneimittel konfrontiert ist, die Betäubungsmittel und psychotrope Substanzen enthalten.

Im Zusammenhang mit seinem Jahresbericht 2011 bedauert das INCB den Schritt Boliviens zum Aus- und Wiedereintritt in die Drogenkonvention von 1961, um die völkerrechtliche Legalisierung des Kokakauens in Bolivien zu erreichen (siehe C 4.3.2.2).

[www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2011.html](http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2011.html)

### 4.3.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

#### 4.3.3.1 Drogenökonomien als Entwicklungsproblem

Der Anbau sowie der Handel und Konsum von illegalen Drogen berührt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in verschiedenen Bereichen. Hierzu gehören die Felder ländliche Entwicklung, öffentliche Gesundheit, Rechtsstaatlichkeit sowie Frieden und Sicherheit. Drogenpolitik stellt damit ein Querschnittsthema der Entwicklungszusammenarbeit dar.

Besonders für Entwicklungs- und Schwellenländer mit teilweise defizitärer Staatlichkeit stellen Anbau, Handel und Konsum von illegalen Drogen eine grundlegende Herausforderung dar. Die einst gültige Trennung zwischen einer Konzentration des Drogenanbaus auf Asien, Afrika und Lateinamerika einerseits und einer Konzentration des Drogenkonsums auf die OECD-Staaten andererseits ist heute kaum mehr aufrechtzuerhalten. Drogenproduktion, -handel und -konsum betreffen heute Entwicklungs- und Industrieländer gleicherma-

ßen. So leben mittlerweile etwa 78 Prozent der injizierenden Drogenabhängigen in Entwicklungs- und Transformationsländern und die Ausbreitung von HIV/Aids stellt ein wachsendes Problem für Bevölkerung und Gesundheitssysteme bzw. die staatliche Gesundheitsversorgung dar. Neue synthetische Suchtstoffe wie Metamfetamine und amphetaminähnliche Substanzen (ATS) sind ein Produktions- und Konsumtrend, der auch für viele Schwellen- und Entwicklungsländer neue Herausforderungen darstellt.

Insbesondere am Beispiel des Drogenanbaus zeigt sich, dass nicht etwa klimatische oder geografische Faktoren ausschlaggebend für die Ansiedlung von Drogenökonomien sind, sondern strukturelle und soziale Faktoren. Obwohl viele andere Länder die geografischen und klimatischen Bedingungen aufweisen, die für den Anbau von Koka und Schlafmohn – die Vorläuferpflanzen für Kokain und Heroin – benötigt werden, konzentriert sich der Anbau auf einige wenige Staaten in Lateinamerika und Asien: Koka in Peru, Kolumbien und Bolivien; Schlafmohn in Afghanistan, Myanmar und Mexiko. Drogenanbau und -handel florieren dort, wo begünstigende Faktoren wie eine fragile oder fehlende Staatlichkeit, politische und kriminelle Gewalt, eine schwache Infrastruktur und Armut zu finden sind. Während diese Entwicklungsdefizite einerseits die Ursache für die Ansiedlung von Drogenökonomien sind, werden sie andererseits durch Drogenökonomien weiter verstärkt und verstetigt. Gewalt, Korruption, Gesundheitsepidemien und schlechte Ernährungssicherheit sind oft die Folgen.

Durch die enge Verbindung zwischen den Entwicklungsdefiziten und der Drogenproblematik ergeben sich für die Entwicklungszusammenarbeit klare Handlungsoptionen, um an den Ursachen und nicht nur an den Symptomen der Verbreitung von Drogenökonomien anzusetzen. Die Bundesregierung fördert aus diesem Grunde international zahlreiche Projekte der Entwicklungszusammenarbeit, um die Partnerländer in ihrem Umgang mit der Drogenproblematik zu unterstützen. Hierzu gehören Vorhaben im Bereich der ländlichen Entwicklung sowie im Gesundheits-, Rechtsstaats- und Präventionsbereich. Zudem vertritt die Bundesregierung

auf EU- und VN-Ebene einen entwicklungsorientierten Ansatz in der internationalen Drogenpolitik, durch den sich Deutschland auszeichnet.

#### 4.3.3.2 Alternativen zum Drogenanbau

Bei der bi- und multilateralen Zusammenarbeit im Bereich der Drogenpolitik setzt die Bundesregierung auf alternative Entwicklung in Drogenanbauregionen. Dieser vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) getragene Ansatz zielt darauf ab, die Lebensbedingungen von Bauern zu verbessern, indem ihre Abhängigkeit von der Drogenökonomie verringert und gemeinsam legale alternative Produkte und Vertriebswege entwickelt werden. Der Ansatz zeichnet sich durch ein ganzheitliches Verständnis ländlicher Entwicklung aus: Durch Anbaudiversifizierung werden mittel- bis langfristig alternative Anbaukulturen wie Kakao, Kaffee (vgl. Abbildung rechts), Reis oder nachhaltige Forstwirtschaft etabliert. Durch kurzfristige Maßnahmen sollen zusätzliche Einkommensmöglichkeiten geschaffen und die häufig unzureichende Ernährungssicherung der Bauern in den benachteiligten Drogenanbauregionen verbessert werden. Um diese Maßnahmen nachhaltig zu gestalten, werden lokale Produzentenvereinigungen gefördert sowie die Infrastruktur und der Zugang zu Absatzmärkten für die legalen Alternativen verbessert. Auf diese Weise soll der Drogenanbau auf mittel- bis langfristige Sicht reduziert werden.

In diesem Zusammenhang unterstützt das BMZ derzeit Projekte in Bolivien, Peru, Laos und Myanmar, die von deutschen Organisationen für Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt oder in Zusammenarbeit mit dem UNODC als Treuhandvorhaben realisiert werden.

Bei der internationalen Umsetzung wird das BMZ durch die GIZ beraten. Die GIZ entwickelt Instrumente und prüft im Auftrag des BMZ Projekte der ländlichen Entwicklung in Drogenanbauregionen. Hierbei besteht eine enge Zusammenarbeit mit Partnern wie dem UNODC, der EU, den Drogenbehörden in den Partnerländern sowie der Zivilgesellschaft. Daneben führt die GIZ im Auftrag des BMZ gemeinsam mit europäischen

und lateinamerikanischen Drogenbehörden die Komponente AE des von der EU-Kommission finanzierten COPOLAD-Vorhabens („Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Anti-Drugs Policies“) durch. Die Beratungen im Rahmen des COPOLAD-Vorhabens durch die GIZ konzentrierten sich dabei 2012 auf die potenzielle Etablierung eines Herkunftssiegels für Produkte aus AE sowie auf die Förderung von legalen Wertschöpfungsketten und Produzentenvereinigungen in Drogenanbauregionen im Andenraum.



Das BMZ ist auf VN- und EU-Ebene ein zentraler Gestaltungsakteur für den Bereich der AE, wodurch wichtige Grundsätze der ländlichen Entwicklung in Drogenanbauregionen international verankert werden konnten. So wurde von 2011 bis 2012 auf Initiative Thailands und Perus erstmals ein Leitlinienkatalog zur AE ausgehandelt. Diese „United Nations Guiding Principles on Alternative Development“ (UNGP) dienen der Harmonisierung und Kohärenz des globalen entwicklungspolitischen Engagements im Umgang mit dem Drogenanbau. Die UNGP, die im November 2012 im Rahmen der sogenannten Lima-Erklärung angenommen wurden, sind als Meilenstein der internationalen Drogenpolitik zu werten, die bislang stets von großen Differenzen im Bereich der AE geprägt war. Das BMZ hat den Prozess zu ihrer Erstellung seit den Anfängen kontinuierlich begleitet und maßgeblich mitgestaltet.



#### 4.3.3.3 Delegationsreise der Drogenbeauftragten nach Zentralasien/„Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP)

Angeregt durch das von Deutschland kofinanzierte EU-Projekt CADAP reiste die Drogenbeauftragte der Bundesregierung vom 15. bis 19. Mai 2012 mit einer kleinen Delegation nach Zentralasien. Die Reise nach Kasachstan und Kirgisistan verfolgte das Ziel, einen Einblick in die Drogenpolitik vor Ort sowie die Bereiche Prävention, Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen zu bekommen. Zudem setzte sich die Drogenbeauftragte auf höchster politischer Ebene für die Umsetzung einer ausgewogenen Drogen- und Suchtpolitik ein.

CADAP startete 2003 mit dem Ziel, die fünf zentralasiatischen Staaten bei der Verhinderung und Verringerung von Drogenkonsum, -abhängigkeit und drogenbezogenen Schäden der Gesundheit und Gesellschaft zu unterstützen. Konkret sollte dies durch politisches, rechtliches und technisches Know-how in den Bereichen Drogenprävention, -kontrolle und -handel erfolgen. Die aktuell laufende Phase (CADAP 5) konzentriert sich in den vier Komponenten Datensammlung, Behandlungsmethoden, Präventionsstrategien und Netzwerkbildung auf die Reduzierung der Drogennachfrage. Das Projekt wird federführend von der GIZ durchgeführt.

In Astana traf die Drogenbeauftragte mit dem Vize-Gesundheitsminister und dem Vorsitzenden des Drogenbekämpfungskomitees des Innenministeriums

zusammen. In beiden Gesprächen zeigte sie sich erfreut über die Errungenschaften. Sie mahnte aber gleichzeitig den notwendigen Ausbau von Behandlungsoptionen, vor allem der Substitutionstherapie, an und machte die Notwendigkeit einer nachhaltigen Datensammlung deutlich. In Rehabilitationseinrichtungen in Astana sowie in Gesprächen mit Nichtregierungsorganisationen und in einer Resozialisierungseinrichtung für weibliche drogenkonsumierende Straftäter in Almaty konnte sie sich ein Bild von den Anstrengungen und Hindernissen vor Ort machen.

Auch in Bischkek traf die Drogenbeauftragte mit Verantwortlichen der staatlichen Drogenkontrollbehörde, mit Abgeordneten sowie mit der Gesundheitsministerin Kirgisistans zusammen. Thematisiert wurde dabei u. a. die Nationale Drogenstrategie. Während des Besuchs einer Männerhaftanstalt vor den Toren Bischkeks konnte sich die Drogenbeauftragte abschließend von weiteren Errungenschaften des CADAP-Projekts überzeugen.

Insgesamt wurde deutlich, dass „CADAP 5“ in Kasachstan und Kirgisistan auf sehr positive Resonanz stößt. Alle Beteiligten betonten die Notwendigkeit, die Bereiche der Prävention, Beratung und Behandlung in Zentralasien zu verbessern und dabei die Unterstützung erfahrener Fachkräfte in Anspruch zu nehmen.

#### 4.3.3.4 Harm Reduction und HIV/Aids: Alternativen zu Risikosituationen bieten

Das englische Stichwort *Harm Reduction* bezeichnet einen wissenschaftlich und international anerkannten Ansatz zur Reduzierung von HIV-Infektionen und anderen Erkrankungen, die mit dem Drogengebrauch einhergehen können. Er ist ein wichtiges Handlungsfeld zur nachhaltigen Eindämmung von HIV im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Vor allem die Entwicklungen in Osteuropa und Zentralasien der letzten Jahre zeigen konzentrierte Epidemien mit schneller Ausbreitungsdynamik. Studien belegen ebenfalls eine hohe HIV-Verbreitung unter Drogenkonsumenten in Ländern mit generalisierter Epidemie, insbesondere in Afrika südlich der Sahara.

Im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit werden aktuell Harm-Reduction-Aktivitäten in mehreren Ländern Osteuropas und Zentralasiens unterstützt. So qualifiziert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in Nepal staatliche und nicht staatliche Organisationen und Institutionen darin, ein nationales Substitutionsprogramm qualitativ hochwertig, flächendeckend und nachhaltig umzusetzen. Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen werden im Bereich der Substitutionsbehandlung beraten, die Ausbildung von Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung wird unterstützt. Zudem wird ein Überweisungs- und Referenzsystem zu relevanten Gesundheitsdiensten und anderen Unterstützungsleistungen eingeführt. Da injizierender Drogengebrauch als einer der Hauptübertragungswege von HIV in Nepal gilt, leistet das Vorhaben einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung der UNAIDS-Strategie (2011 bis 2014), deren Ziel es ist, HIV-Neuinfektionen, Stigmatisierung und Diskriminierung sowie Aids-Todesfälle in Nepal zu reduzieren.

#### **4.4 Internationale Zusammenarbeit im Bereich der Glücksspielsucht**

##### **Trinationaler Erfahrungsaustausch mit Österreich und der Schweiz zur Glücksspielsucht**

Der im Jahr 2011 auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung begonnene trinationale Erfahrungsaustausch über „Aktuelle Entwicklungen beim Glücksspiel in Deutschland, Österreich und der Schweiz“ konnte 2012 erfolgreich fortgesetzt werden. Die Stabsstelle für Suchtprävention und Suchtberatung im Österreichischen Bundesministerium für Finanzen lud im November 2012 zum trinationalen Treffen nach Wien ein.

Zweck des Treffens war zum einen der Informationsaustausch über die neuesten Entwicklungen im Glücksspiel, die Konzessionsvergabeverfahren sowie die wissenschaftlichen Entwicklungen zur Glücksspielsucht und zum Spielerschutz, zum anderen die bessere Vernetzung mit den deutschsprachigen Nachbarländern. Die Themen waren vielfältig. Die Länderver-

treter berichteten über die aktuelle Gesetzeslage und geplante Gesetzesvorhaben sowie über die Verankerung und praktische Umsetzung von Jugend- und Spielerschutzmaßnahmen.

In Österreich soll künftig die Kontrolle des gesamten Automatenglücksspiels über ein bundesweites Rechenzentrum erfolgen. Österreich hat bereits umfangreiche Vorarbeiten für eine betreiberübergreifende Spielerkarte für Glücksspielautomaten geleistet. Diese Erfahrungen sind für die Vorhaben in Deutschland sehr hilfreich.





# Abkürzungsverzeichnis

<b>2C-B</b>	4-Bromo 2,5-dimethoxyphenetylamin	<b>BKD</b>	Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
<b>Abs.</b>	Absatz	<b>BKE</b>	Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V.
<b>a. d. dt.</b>	aus dem deutschen	<b>BKiSchG</b>	Bundeskinderschutzgesetz
<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	<b>BLBS</b>	Bundesverband der Lehrerinnen und Lehrer an beruflichen Schulen e.V.
<b>AE</b>	Alternative Entwicklung	<b>BKM</b>	Beauftragter der Bundesregierung für Kultur und Medien
<b>AG</b>	Arbeitsgemeinschaft; Aktiengesellschaft	<b>BMBF</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>ÄGGF</b>	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V.	<b>BMELV</b>	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
<b>AH</b>	Altenhilfe	<b>BMI</b>	Bundesministerium des Innern
<b>AHG</b>	Allgemeine Hospitalgesellschaft AG	<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)	<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>AMG</b>	Arzneimittelgesetz	<b>BMVBS</b>	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
<b>AOK</b>	Allgemeine Ortskrankenkasse	<b>BMWi</b>	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
<b>APA</b>	American Psychological Association	<b>BMZ</b>	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>APYN</b>	Alcohol Policy Youth Network	<b>BSI</b>	Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V.
<b>Art.</b>	Artikel	<b>BtMÄndV</b>	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
<b>ATS</b>	amphetaminartige Substanzen	<b>BtMG</b>	Betäubungsmittelgesetz
<b>AUDIT-C</b>	Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption (Fragebogen)	<b>BtMVV</b>	Betäubungsmittel-Verschreibeverordnung
<b>AWMF-IMWi</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften am Institut für Medizinisches Wissensmanagement	<b>buss</b>	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
<b>AWO</b>	Arbeiterwohlfahrt	<b>BVPG</b>	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
<b>ÄZQ</b>	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>BA</b>	Bundesagentur für Arbeit	<b>bzgl.</b>	bezüglich
<b>BAMF</b>	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge	<b>z. B.</b>	zum Beispiel
<b>BASt</b>	Bundesanstalt für Straßenwesen	<b>ca.</b>	circa
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	<b>CADAP</b>	Central Asia Drug Action Programme (EU-Projekt)
<b>BGBI</b>	Bundesgesetzblatt	<b>CDR</b>	Centre for Drug Research der Goethe-Universität Frankfurt am Main
<b>BGH</b>	Bundesgerichtshof	<b>CND</b>	Commission on Narcotic Drugs (Suchstoffkommission der VN)
<b>BGV</b>	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz		
<b>BISS</b>	Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung (Modellprojekt der DRV Baden-Württemberg)		
<b>BKA</b>	Bundeskriminalamt		

<b>CNN</b>	Chancen nahtlos nutzen (Suchtselbsthilfeprojekt)	<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
<b>COP</b>	Conference of the Parties (Konferenz der Vertragsparteien)	<b>DISuP</b>	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
<b>COPOLAD</b>	Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Anti-Drugs Policies	<b>DJV</b>	Deutscher Jugendschutz-Verband
<b>CRA</b>	Community Reinforcement Approach (verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept für Suchtmittelabhängige)	<b>DKFZ</b>	Deutsches Krebsforschungszentrum
		<b>DLTB</b>	Deutscher Lotto- und Totoblock
		<b>DNRfK</b>	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V.
		<b>DOSB</b>	Deutscher Olympischer Sportbund
		<b>DPIP</b>	Drogenprävention und Aufklärung (Förderprogramm)
<b>DAH</b>	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	<b>DQR</b>	Deutscher Qualifikationsrahmens
<b>DAHTA</b>	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment	<b>DRUCK</b>	Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland (Studie des RKI)
<b>DAK</b>	DAK-Gesundheit (ehemals Deutsche Angestellten-Krankenkasse)	<b>DRUID</b>	Driving under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines (EU-Projekt)
<b>DBDD</b>	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>DBVG</b>	Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport	<b>DSHS</b>	Deutschen Suchthilfestatistik
<b>DCV</b>	Deutscher Caritasverband e.V.	<b>dsj</b>	Deutsche Sportjugend
<b>DEGS</b>	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (amerikanisches Diagnoseverzeichnis)
<b>Destatis</b>	Statistisches Bundesamt	<b>DZSKJ</b>	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
<b>DFB</b>	Deutscher Fußball-Bund e.V.	<b>DZV</b>	Deutscher Zigarettenverband e.V.
<b>DFG</b>	Deutsche Forschungsgemeinschaft		
<b>DGKJ</b>	Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	<b>EAHC</b>	Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher
<b>DGPPN</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	<b>EAHF</b>	Europäisches Forum Alkohol und Gesundheit
<b>DGS</b>	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin	<b>EBDD</b>	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
<b>dg sps</b>	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.	<b>ECOSOC</b>	Economic and Social Council (Wirtschafts- und Sozialrat der VN)
<b>DGSS</b>	Dokumentationsstandards der DG-Sucht	<b>EG</b>	Europäische Gemeinschaft
<b>DG-Sucht</b>	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	<b>EKhD</b>	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
<b>d.h.</b>	das heißt	<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung)
<b>DHS</b>	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	<b>ENSH</b>	Global Network for Tobacco Free Health Care Services
<b>DHV</b>	Deutscher Hebammenverband e.V.		
<b>Difu</b>	Deutsches Institut für Urbanistik		

<b>ENSP</b>	European Network for Smoking and Tobacco Prevention	<b>GIZ</b>	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
<b>ESA</b>	Epidemiological Survey on Substance Abuse (Epidemiologischer Suchtsurvey)	<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>ESPAD</b>	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen	<b>GKV-SV</b>	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung
<b>etc.</b>	et cetera	<b>GVG</b>	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
<b>ETM</b>	evidenzbasiertes Therapiemodul	<b>GVS</b>	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
<b>EU</b>	Europäische Union		
<b>EUFAS</b>	European Federation of Addiction Societies	<b>HaLT</b>	Hart am Limit (Präventionsprojekt zum Alkoholkonsum)
<b>Eurocare e.V.</b>	European Alcohol Policy Alliance eingetragener Verein	<b>HAMAB</b>	Hilfe für ältere Frauen und Männer mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – Altkreis Brilon (Projekt)
<b>EWA</b>	European Workplace and Alcohol (europäisches Projekt)	<b>HBSC</b>	Health Behavior in School-aged Children (internationale Studie)
<b>EXIF</b>	Exzessive Internetnutzung in Familien (Studie)	<b>HBV</b>	Hepatitis-B-Virus
<b>FAS</b>	Fetales Alkoholsyndrom	<b>HCV</b>	Hepatitis-C-Virus
<b>FASD</b>	Fetale Alkoholspektrumstörungen	<b>HDG</b>	Horizontale Gruppe Drogen
<b>FCTC</b>	Framework Convention on Tobacco Control (Tabakrahmenübereinkommen)	<b>HISBUS</b>	Befragung unter Studierenden des HIS-Instituts für Hochschulforschung, gefördert vom BMBF
<b>fdr</b>	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.	<b>HIV</b>	Humanes Immundefizienz-Virus
<b>FDR</b>	Falldatei Rauschgift	<b>HLS</b>	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.
<b>FOGS</b>	Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH	<b>HmbPSchV</b>	Hamburgische Passivraucherschutzverordnung
<b>FReD</b>	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (Bundesmodellprojekt)	<b>HTA</b>	Health Technology Assessment
<b>FSJ</b>	Freiwilliges Soziales Jahr	<b>I:BB</b>	Fachgruppe Berufsbildungsforschung der Universität Bremen
<b>FTK</b>	Fortbildung transkulturell (Initiative)	<b>IFT</b>	Institut für Therapieforschung
<b>FVS</b>	Fachverband Sucht e.V.	<b>IFT-Nord</b>	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss	<b>IHK</b>	Industrie- und Handelskammer
<b>GBL</b>	Gamma-Butyrolacton	<b>INCANT</b>	International Cannabis Need of Treatment (internationale klinische Studie)
<b>GD SANCO</b>	EU-Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher	<b>INCB</b>	International Narcotics Control Board (Internationaler Suchtstoffkontrollrat der VN)
<b>GEDA</b>	Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie des Robert Koch-Instituts)	<b>inkl.</b>	inklusive
<b>GewerbeO</b>	Gewerbeordnung		
<b>GfK</b>	Gesellschaft für Konsumforschung		
<b>ggf.</b>	gegebenenfalls		
<b>GHB</b>	Gamma-Hydroxybuttersäure		

<b>IOGT</b>	International Organization of Good Templars	<b>LSSH</b>	Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.
<b>IQSH</b>	Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen in Schleswig-Holstein	<b>LVG</b>	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
<b>IRIS</b>	Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren (Projekt)	<b>LWL</b>	Landschaftsverband Westfalen-Lippe e.V.
<b>ISD</b>	Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung	<b>LWV</b>	Landeswohlfahrtsverband Hessen
<b>ISFF</b>	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt	<b>LZG</b>	Landeszentrale für Gesundheit in Rheinland-Pfalz e.V.
<b>iSPZ</b>	integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum	<b>MDFT</b>	Multidimensionale Familientherapie
<b>ITC</b>	International Tobacco Control Policy Evaluation Project	<b>MDH</b>	3,4-Methylendioxyamphetamin
<b>IVD</b>	intravenös Drogengebrauchende	<b>MDMA</b>	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin
<b>i.V.m.</b>	in Verbindung mit	<b>MDPV</b>	Methylendioxypropylamphetamin (neue Substanz)
<b>JES</b>	Netzwerk „Junkies, Ehemalige, Substituierte“	<b>MDS</b>	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
<b>JJ</b>	Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.	<b>MoSyD</b>	Monitoring-System Drogentrends
<b>JVA</b>	Jugendvollzugsanstalt	<b>MVV-RL</b>	Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“
<b>kg</b>	Kilogramm	<b>NADA</b>	Nationale Anti Doping Agentur
<b>KDS</b>	Deutscher Kerndatensatz	<b>NARZ</b>	Norddeutsches Apotheken-Rechenzentrum e.V.
<b>KFN</b>	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.	<b>NCD</b>	Non-Communicable Disease (nicht übertragbare Krankheiten)
<b>KKG</b>	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz	<b>NDPP</b>	Nationaler Dopingpräventionsplan
<b>KKU</b>	Klein- und Kleinstunternehmen	<b>NEWIP</b>	Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project
<b>KOSS</b>	Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung	<b>NGFN</b>	Nationales Genomforschungsnetz
<b>KTL</b>	Klassifikation therapeutischer Leistungen	<b>NLS</b>	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
<b>l</b>	Liter	<b>npS</b>	neue psychoaktive Substanzen
<b>LAKOST</b>	Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung	<b>Nr.</b>	Nummer
<b>LI</b>	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung	<b>NZFH</b>	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
<b>LIS</b>	Landesinstitut für Schule, Gesundheit und Suchtprävention	<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
		<b>PAGE</b>	Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie (Studie)

<b>PAJ</b>	Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt (Förderprogramm aus Baden-Württemberg)	<b>STICA</b>	Short-term Treatment of Internet and Computer game Addiction (klinische Studie)
<b>PBAM</b>	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Abhängige von Alkohol, Medikamenten u. a. Suchtmitteln	<b>STOGG</b>	Stark ohne Gewalt, Jugendprojekt
<b>PINTA</b>	Prävalenz der Internetabhängigkeit (Studie)	<b>StR</b>	Steuerrecht
<b>PINTA-Diari</b>	Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (Projekt)	<b>StVG</b>	Straßenverkehrsgesetz
<b>PITOC</b>	Public Information on Tobacco Control (europäische Studie)	<b>SURE</b>	Substitutionsgestützte Rehabilitation (Modellprojekt)
<b>PKV</b>	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	<b>SWSP</b>	Starker Wille statt Promille (Projekt)
<b>PSB</b>	Psychosoziale Betreuung	<b>ThürSchulG</b>	Thüringer Schulgesetz
<b>PSN</b>	Psychosoziales Netzwerk der Bundeswehr	<b>TOW</b>	Therapieorientierungswert(e)
<b>RiScA</b>	Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (Präventionsprojekt)	<b>u. a.</b>	unter anderem
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut	<b>u. Ä.</b>	und Ähnliches
<b>RMK</b>	Rehabilitanden-Management-Kategorien	<b>UKE</b>	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>RIP</b>	Reduced Ignition Propensity	<b>UKT</b>	Universitätsklinikum Tübingen
<b>S.</b>	Seite	<b>UNAIDS</b>	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS
<b>SAPV</b>	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	<b>UNDCP</b>	United Nations International Drug Control Programme
<b>SBB</b>	Suchtberatungs- und -behandlungsstelle	<b>UNGP</b>	United Nations Guiding Principles on Alternative Development
<b>SchuJu</b>	Schulungsinitiative Jugendschutz des BSI	<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>SCHULBUS</b>	Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln	<b>v. a.</b>	vor allem
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch	<b>VdC</b>	Verband der Cigarettenindustrie e.V.
<b>SH</b>	Suchthilfe	<b>Verordnung (EG)</b>	Verordnung der Europäischen Union/Gemeinschaft
<b>SLS</b>	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren	<b>vgl.</b>	vergleiche
<b>SpielVO</b>	Spielverordnung	<b>vista</b>	Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit
<b>SPZ</b>	SuchtPräventionsZentrum des LI in Hamburg	<b>VN</b>	Vereinte Nationen
<b>SSB</b>	Seniorenservicebüros	<b>VO</b>	Verordnung
<b>SSHS</b>	Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.	<b>WBT</b>	Web Based Training
		<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation
		<b>WIAD</b>	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.
		<b>ZfP</b>	Zentrum für Psychiatrie
		<b>ZIS</b>	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg





# Abbildungsverzeichnis

- |          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 1        | Titelbild (panthermedia)  |           |
| 2        | Vorwort (www.drogenbeauftragte.de).....   | S. 3      |
| <b>B</b> |   |           |
| 3        | Häufigkeitsverteilung des Alkoholkonsums in Deutschland 2010 (RKI).....   | S. 18, 19 |
| 4        | Bildungs- und soziale Unterschiede in der Verbreitung des Rauschtrinkens bei 12- bis 25-Jährigen in Deutschland (in den letzten 30 Tagen vor der Befragung; Angaben in Prozent) (BZgA).....       | S. 20     |
| 5        | Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen für die Bundesländer 2011 je 100.000 Einwohner im Vergleich (Destatis).....  | S. 21     |
| 6        | Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen, absolute Zahlen bundesweit (Destatis).....  | S. 22     |
| 7        | Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen, Zahlen pro 100.000 Einwohner bundesweit (Destatis).....   | S. 23     |
| 8        | Anteil der täglichen, gelegentlichen, ehemaligen und Nieraucherinnen und -raucher (RKI).....  | S. 26     |
| 9        | Entwicklung des Anteils der 25- bis 69-jährigen Raucherinnen und Raucher zwischen 1990 und 2009 (RKI).....  | S. 26     |
| 10       | Bildungs- und soziale Unterschiede in der Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 25-Jährigen in Deutschland (Angaben in Prozent) (BZgA).....  | S. 27     |
| 11       | Prävalenz der Arzneimittelanwendung bei Präparaten zur Behandlung des Nervensystems nach Alter und Geschlecht 2008 bis 2011 (RKI).....  | S. 30, 31 |
| 12       | Prävalenz der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, Schmerzmitteln mit Koffein, Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011 (RKI).....   | S. 31     |
| 13       | Prävalenz der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011 (RKI).....  | S. 31     |
| 14       | Bildungs- und soziale Unterschiede in der Verbreitung des Cannabiskonsums bei 12- bis 25-Jährigen in Deutschland (in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung; Angaben in Prozent) (BZgA)..... | S. 33     |
| 15       | Problemsubstanzen (Klienten in Suchtberatungsstellen) im Bereich illegale Drogen (SLS).....   | S. 36     |
| 16       | Klientenentwicklung der sächsischen Suchtberatungsstellen nach Problemsubstanzen 2002 bis 2011 (SLS).....   | S. 37     |
| 17       | Rauschgifttodesfälle in Deutschland insgesamt und nach Bundesländern – 2011 und 2012 – Falldatei Rauschgift (BKA).....  | S. 38     |
| 18       | Rauschgifttote nach Geschlecht und Altersstruktur.....  | S. 38     |
| 19       | Rauschgifttodesfälle in Deutschland nach einigen größeren Städten 2011 und 2012 – Falldatei Rauschgift (BKA).....   | S. 38     |
| 20       | Rauschgifttote nach Todesursachen 2012 (Länderabfrage) – Falldatei Rauschgift.....  | S. 39     |
| 21       | Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) nach Bundesländern und Drogenarten 2012.....  | S. 40     |
| 22       | Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) 2011 und 2012.....  | S. 41     |
| 23       | Sichergestellter illegaler Anbau/ Cannabisplantagen 2011 und 2012 (BKA).....  | S. 41     |
| 24       | Illegale Herstellung/Labore 2011 und 2012 (BKA).....  | S. 42     |
| 25       | Rauschgifthandel/Rauschgiftschmuggel 2011 und 2012 (BKA).....   | S. 42     |
| 26       | Häufigkeit von Internetabhängigkeit und riskantem Internetgebrauch, unterteilt nach Altersgruppen (PINTA/BMG).....  | S. 46     |
| 27       | Häufigkeiten von Internetabhängigkeit und riskantem Internetgebrauch bei 25- bis 64-Jährigen, unterteilt nach verschiedenen Faktoren (PINTA/BMG).....   | S. 47     |

**C 1**

- 28 „Kinder stark machen“ (BZgA).....S. 52
- 29 „KlarSicht“-Mitmach-Parcours (BZgA) .....S. 59
- 30 Drugcom-Internetportal Header (BZgA) .....S. 63
- 31 „Prevnet“-Fachportal zur  
Suchtprävention (BZgA).....S. 63
- 32 Kommunalen Wettbewerb (BZgA) .....S. 67
- 33 „Sucht hat immer eine Geschichte“ (Landes-  
koordinierungsstelle für Suchtvorbeugung  
in NRW – Ginko-Stiftung).....S. 70
- 34 Wegschauen ist keine Lösung  
(Landkreis Karlsruhe).....S. 71
- 35 Kampagne „Schwanger? Null Promille!“  
(Gestaltung: schönereWelt! © 2012  
Foto: © Adam Borkowski/Fotolia.com).....S. 74
- 36 „Alkohol? Kenn dein Limit.“-Plakat  
mit Pärchen (BZgA).....S. 76
- 37 „Alkohol? Kenn dein Limit.“-Plakat  
mit Jungen (BZgA) .....S. 77
- 38 „Alkohol? Kenn dein Limit.“:  
„Glasklar statt benebelt“ (BZgA) .....S. 77
- 39 „Alkohol? Kenn dein Limit.“,  
Erwachsenen-Infotour (BZgA).....S. 78
- 40 Vorgestellt: Andreas Bosch (privat).....S. 79
- 41 „Null Alkohol – Voll Power“,  
Peers im Einsatz (BZgA).....S. 80
- 42 Vorgestellt: Uli Borowka (Haberland) .....S. 82
- 43 „Starker Wille statt Promille“ (Landeszentrale  
für Gesundheit in Bayern e.V.) .....S. 85
- 44 Poster Aktionswoche Alkohol, 2013 (DHS).....S. 92
- 45 Rauchfrei-Jugendkampagne  
Luftmatratze (BZgA).....S. 94
- 46 Rauchfrei-Erwachsenenkampagne  
Internetportal (BZgA) .....S. 94
- 47 Rauchfrei-Jugendkampagne  
Berufsschul-Leitfaden (BZgA) .....S. 95
- 48 „Be Smart – Don’t Start“-Hauptgewinner  
in Berlin, Juni 2012 (BZgA) .....S. 96
- 49 Vorgestellt: Werner Schubert (privat).....S. 97
- 50 Projekt „mindzone“, Plakat (mindzone).....S. 99
- 51 Vorgestellt: Jürgen Heimchen  
(Jürgen Bindrim) .....S. 102
- 52 Vorgestellt: Andreas Niedrig  
(Thorsten Frahm).....S. 104
- 53 Vorgestellt: Thomas Patzelt (privat) .....S. 107
- 54 Kampagne „Ins Netz gehen“ (BZgA) .....S. 109
- 55 Vorgestellt: Eheleute Hirte (privat).....S. 112
- 56 Space Limit“ (Caritas Osnabrück).....S. 116

**C 2**

- 57 Entwicklung bei den Bewilligungen von  
ambulanten und stationären Entwöhnungs-  
behandlungen für die gesamte Deutsche  
Rentenversicherung 1997 bis 2012  
(DRV Bund) .....S. 117
- 58 Ambulantisierung der Suchtbehandlung  
(ZfP Südwürttemberg).....S. 122
- 59 Tagesstätte für suchtmittelabhängige Frauen  
und Männer in Frankfurt (Verein Jugend-  
beratung und Jugendhilfe e. V. (JJ)) .....S. 124
- 60 Subjektive Selbsteinschätzung, Kenntnis des  
Hilfesystems bei Ärzten und medizinischen  
Fachangestellten (ZfP Südwürttemberg).....S. 129
- 61 Subjektive Selbsteinschätzung, Selbstwirksam-  
keitserwartung bei Ärzten und medizinischen  
Fachangestellten zu drei Messzeitpunkten  
(MFAs) (t1–t3) (ZfP Südwürttemberg) .....S. 130
- 62 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten  
in Deutschland von 2002 bis 2012 (jeweils  
Stichtag 1. Juli) (BfArM).....S. 146
- 63 Anzahl der im Substitutionsregister regis-  
trierten Ärzte von 2002 bis 2012 (BfArM).....S. 147
- 64 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten  
pro Arzt (Stichtag: 1. Juli 2012) (BfArM).....S. 148
- 65 Art und Anteil der gemeldeten  
Substitutionsmittel (2012) (BfArM) .....S. 148
- 66 Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter  
Substitutionsmittel von 2002 bis  
2012 (BfArM).....S. 148
- 67 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten  
und substituierender Ärzte nach Bundes-  
ländern (BfArM).....S. 149

- 68 Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2012) (BfArM)..... S. 150
- 69 Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag: 1. Oktober 2012) (BfArM) ..... S. 151
- 70 Vorge stellt: Dr. Fleck (Laura Schleicher) ..... S. 158
- 71 Vorge stellt: Thomas „Stolle“ Stolkmann (Dominik Ketz) ..... S. 160
- 72 Titelbild von „Pathologischer Computer-/ Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Sucht-rehabilitation: empirische Forschungsergebnisse und Implikationen für die klinische Praxis“ (Pabst Science Publishers)..... S. 165

### C 3

- 73 Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 €) (DZV und Philip Morris GmbH)..... S. 169
- 74 Zustimmung zu einem Rauchverbot in Gaststätten (DKFZ) ..... S. 172

### C 4

- 75 Hand mit Kaffee (GIZ, Brombacher).....S. 197
- 76 Reisfeld mit Projektteilnehmer (GIZ/Brombacher)..... S. 198



# Danksagung

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung koordiniert die Arbeit der Bundesministerien im Suchtbereich und vertritt sie gegenüber der Öffentlichkeit. Gemeinsam mit Initiativen und Projekten in den Ländern, Kommunen, Krankenkassen und Verbänden setzt sie sich für die Weiterentwicklung des Hilfesystems ein. Stellvertretend für das breite Spektrum an Aktivitäten stellt dieser Bericht Beispiele aus der Praxis der Drogen- und Suchthilfe vor.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden und Organisationen für die umfangreichen Beiträge und Darstellungen ihrer Aktivitäten in der Sucht- und Drogenpolitik. Ausführliche Informationen zum Thema Sucht- und Drogenpolitik, Berichte zu Modellprojekten und Studien sowie weitere Beispiele aus der Praxis werden auch im Internet unter [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de) veröffentlicht.

## Vorgestellt

- C 1.2.1.2 Andreas Bosch, Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V.
- C 1.2.1.4 Uli Borowka, ehemaliger Profifußballer und Gründer von „Help4Pro“
- C 1.2.3.1 Werner Schubert, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche
- C 1.2.4.3.1 Jürgen Heimchen, Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.
- C 1.2.4.3.3 Andreas Niedrig, Projekt „Traumwärts – Wohin führt Dein Weg?“
- C 1.3.1.2 Thomas Patzelt, spielfrei24 e.V.
- C 1.3.2.3 Eheleute Hirte, AKTIV GEGEN MEDIENSUCHT e.V.
- C 2.2.3.2.3 Dr. Fleck: Notdienst Berlin e.V., Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V.
- C 2.2.3.2.5 Thomas „Stolle“ Stolkmann, Projekt „Gewalt-, Drogen- & Alkoholprävention an Schulen“

## Beispiele aus den Bundesländern und Organisationen sowie von den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, den Krankenkassen und Verbänden

- B 3.3 Hamburg: Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre
- B 3.3 Hamburg: Kampagne „MIT-DENKEN“
- B 4.4 Hessen: „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD)
- B 4.4 Hessen: „Die Distribution illegaler Drogen“
- B 4.4 Sachsen: Zunahme des Crystalbedingten Hilfebedarfs in den sächsischen Suchtberatungsstellen
- C 1.1.1.6 Bremen: „Kribbeln im Bauch“
- C 1.1.1.6 Thüringen: „Gesunde Lebenswelt Schule – das PLUS für alle“
- C 1.1.1.6 Thüringen: „Schüler für Schüler“ – das Schulsprecherprojekt für die Stadt Eisenach und den Wartburgkreis
- C 1.1.1.6 Hessen: Schulische Suchtprävention
- C 1.1.2.2 Caritas: Projekt „WIESEL – Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien und Lebensgemeinschaften“
- C 1.1.2.2 Sachsen: Hilfen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien und deren Eltern in Leipzig
- C 1.1.3.5 Thüringen: „DURCHBLICK“ – der Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol
- C 1.1.7.3 DHS: Vorbeugen. Helfen. Vernetzen. – Die Internetseite [„www.sucht-am-arbeitsplatz.de“](http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de)
- C 1.1.7.3 BSI: „Hinsehen, Zuhören, Ansprechen!“ – Leitfaden für die kollegiale Hilfe
- C 1.1.12 Nordrhein-Westfalen: Kampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“
- C 1.1.12 Rheinland-Pfalz: Zielgruppenorientierte Online-Fortbildungen in der Suchtprävention
- C 1.1.12 Baden-Württemberg: „Wegschauen ist keine Lösung“ – ein Programm zur Reduktion des Suchtmittelmissbrauchs bei jungen Menschen

- C 1.1.12 Mecklenburg-Vorpommern: „Regionale Suchtprävention in Mecklenburg-Vorpommern – gemeinsam stärken“
- C 1.1.13 Suchtprävention bei der AOK Baden-Württemberg
- C 1.1.13 AOK Rheinland/Hamburg: „Weniger ist mehr“
- C 1.2.1.1.3 Bayern: Kampagne „Schwanger? Null Promille!“
- C 1.2.1.1.3 Hamburg: Lina – Schwangerschaft – Kind – Sucht
- C 1.2.1.1.3 „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI: „Verantwortung von Anfang an!“
- C 1.2.1.8 Niedersachsen: Jugendliche und Alkohol – Tipps und Infos für Eltern im Internet auf [www.elterninfo-alkohol.de](http://www.elterninfo-alkohol.de)
- C 1.2.1.8 Bayern: „Starker Wille statt Promille“
- C 1.2.1.8 DAK-Gesundheit: „bunt statt blau“
- C 1.2.1.8 „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI: „Klartext reden!“ – Initiative zur Alkoholprävention in Familien
- C 1.2.1.8 BSI: „Schulungsinitiative Jugendschutz“ (SchuJu)
- C 1.2.1.10 Hamburg: „Mobil? Aber sicher!“ – Peer-Einsätze an Fahrschulen
- C 1.2.1.10 BSI: „DON'T DRINK AND DRIVE“
- C 1.2.1.11 Caritas: „Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrant(inn)en – Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes“
- C 1.2.1.13 Baden-Württemberg: Förderprogramm „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PAJ)
- C 1.2.1.13 Hessen: Ausstellung „Zum Kotzen“ mit Gewinnspiel für Gruppen und Schulklassen
- C 1.2.4.1 Bayern: Projekt „mindzone: neue Infokampagne zu Crystal Meth
- C 1.2.4.1 Sachsen: Drug Scouts
- C 1.2.4.1 Ambulante Suchtkrankenhilfe der Stadtmission Chemnitz e.V.
- C 1.3.1.3 Bayern: „Spielfieber – Der Countdown läuft...“
- C 1.3.2.4 Stiftung Medien- und Onlinesucht: „Mädchen zwischen Medienkonsum und Medienkompetenz“
- C 1.3.2.4 Stiftung Medien- und Onlinesucht: „X-PEER“ – Jungen auf Identitätssuche zwischen realen und medialen Welten in der Latenzphase und Vorpubertät
- C 1.3.2.5 Bayern: „Surfguide – damit Spielen Spaß bleibt“: Leitfaden für den Umgang mit exzessiver Mediennutzung
- C 1.3.2.5 Hessen: „go onlife“ – Hilfe bei problematischem Medienkonsum
- C 1.3.2.5 Caritas Niedersachsen (Caritas Osnabrück): „Space Limit“ – Prävention und Beratung bei riskantem und missbräuchlichem Internetgebrauch
- C 2.1.2 Fachverband Sucht: Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010
- C 2.1.2 Rheinland-Pfalz: AHG Kliniken Daun: Forschungsprojekt zur webbasierten Tele-Nachsorge bei Alkoholabhängigen
- C 2.1.3 Baden-Württemberg: Suchtpsychiatrische Versorgung am ZfP Südwürttemberg 2012
- C 2.1.4.2 Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE): Emotionsregulation und Substanzkonsum (u. a.)
- C 2.1.5 Sachsen: Akupunkturgestützte Suchtbehandlung: ein Angebot der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle „Känguruh“, Leipzig
- C 2.1.5 Hessen: Tagesstätte für suchtmittelabhängige Frauen und Männer in Frankfurt
- C 2.1.5 Bremen: „[Esc]ape“ – Suchtambulanz für Jugendliche
- C 2.1.6.3 Niedersachsen: Infomappe „Aktives Altern: selbstbestimmt und unabhängig bleiben!“ – Basisinformationen zu Suchtmitteln im Alter
- C 2.1.7.2 Hamburg: Projekt „Herkunft-Ankunft-Zukunft“
- C 2.1.8.5 Thüringen: Lotsennetzwerk macht mobil
- C 2.1.10 GVS e.V.: „Elternschaft und Suchterkrankung“ – ein Projekt zur Optimierung der Hilfen für suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung
- C 2.2.1.1.3 Nordrhein-Westfalen: FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde bei Münster



- C 2.2.1.1.3 Thüringen: KMG Rehabilitationszentrum in Sülzhayn
- C 2.2.1.3 Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen: Ursachen für geringe Inanspruchnahme von Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen
- C 2.2.1.3 Hamburg: Forschungsprojekt des ZIS: Evaluation der qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung im Klinikum Nord – eine naturalistische Beobachtungsstudie
- C 2.2.2.3 Deutsches Krebsforschungszentrum: Tabakentwöhnung für werdende Mütter
- C 2.2.2.3 Deutsches Krebsforschungszentrum: Weiterführende Tabakentwöhnungsberatung nach einem Klinikaufenthalt per Faxüberweisung
- C 2.2.2.3 Deutsches Krebsforschungszentrum: Individuelle Tabakentwöhnungsberatung für Krebspatienten und ihre Angehörigen
- C 2.2.2.3 Deutsches Krebsforschungszentrum: Aktualisierung der Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung
- C 2.2.2.3 Baden-Württemberg: Universitätsklinikum Tübingen: Mobile Raucherambulanz
- C 2.2.3.2.1 GVS e.V.: GVS-Positionspapier: „Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln“
- C 2.2.3.2.1 JES Bundesverband: Broschüre „Empfehlungen zum Umgang mit Substitutionsmitteln in Haushalten mit Kindern und Jugendlichen“
- C 2.2.3.2.1 akzept e.V.: Curriculum „Fachkunde Psychosoziale Betreuung Substituierter“ – Zertifikatskurs
- C 2.2.3.2.1 Hamburg: Beendigung der Substitutionsbehandlung mit Methadon/Levomethadon – eine prospektive Untersuchung des ZIS
- C 2.2.3.2.3 Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
- C 2.2.3.2.5 JES Bundesverband: „Meine Behandlung, meine Wahl“
- C 2.3.1.2 Nordrhein-Westfalen: Multizentrische Katamnese „Pathologisches Glücksspielen“ der AHG Kliniken (Düsseldorf)
- C 2.3.2.1 Fachverband Medienabhängigkeit: „Empfehlungen für die Behandlung von Medienabhängigkeit im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem“
- C 2.3.2.2 Rheinland-Pfalz: Evaluation zur Überprüfung der Wirksamkeit einer manualisierten Kurzzeittherapie zur Behandlung von Internet- und Computerspielsucht
- C 2.3.2.3 AHG: „Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation“
- C 3.1.2 Sachsen-Anhalt: Handlungsleitfaden zur Betreuung suchterkrankter Hilfebedürftiger
- C 3.1.2 Sachsen: Modellprojekt „Beschäftigung und Perspektive – Maßnahmen zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d SGB II“, Kooperation des Jobcenters Leipzig mit der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle „Haus Alt-Schönefeld“
- C 3.2.1.3 Beispiel Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Schriftenband des DKFZ zur Zigarettenwerbung in Deutschland
- C 3.2.1.5 DKFZ: Evaluation der Nichtraucherchutzgesetze in Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen
- C 3.2.1.5 DKFZ: Evaluation der Tabakrauchbelastung in Festzelten in Nordrhein-Westfalen
- C 3.2.1.5 DKFZ: Akzeptanz der rauchfreien Gastronomie in Deutschland
- C 3.2.1.5 DKFZ: Nichtraucherchutz in Bayern: Akzeptanz in der Bevölkerung und Auswirkungen auf die Gastronomie
- C 4.1.3 LWL: „TAKE CARE“ – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa
- C 4.1.3 DHS: „European Workplace and Alcohol“ (EWA), nationale Partnerarbeit

- C 4.1.4 „REBOUND“: Risikokompetenz in der Experimentierphase erlernen (Jungaberle, Uni Heidelberg)
- C 4.2.1 DKFZ: Information über Zusatzstoffe: „Public Information on Tobacco Control“ (PITOC)
- C 4.2.1 DKFZ: Mentholkapseln in Zigarettenfiltern – Erhöhung der Attraktivität eines gesundheitsschädlichen Produkts
- C 4.3.1.5 Hessen: Centre for Drug Research: „Global Cannabis Cultivation Survey“
- C 4.3.1.6 Sachsen: „Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project“ (Drug Scouts)

# Hinweise/Impressum

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

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

## Gender-Hinweis:

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

## **Herausgeber:**

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung  
Bundesministerium für Gesundheit  
11055 Berlin  
[www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)

## **Stand:**

April 2013

## **Gestaltung:**

A&B ONE Kommunikationsagentur GmbH,  
Frankfurt am Main

## **Lektorat:**

Marta Ehmcke

## **Druck:**

enka-druck GmbH, Berlin

## **Satz:**

da vinci design GmbH, Berlin

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier.

## **Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:**

Best.-Nr.: BMG-D-11005

Telefon: 0180 577 80 90 \*

Schreibtelefon für

Gehörlose und

Hörgeschädigte: 0180 599 66 07 \*

Schriftlich: Publikationsversand  
der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock

E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)

Telefax: 0180 577 80 94 \*

\* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.





