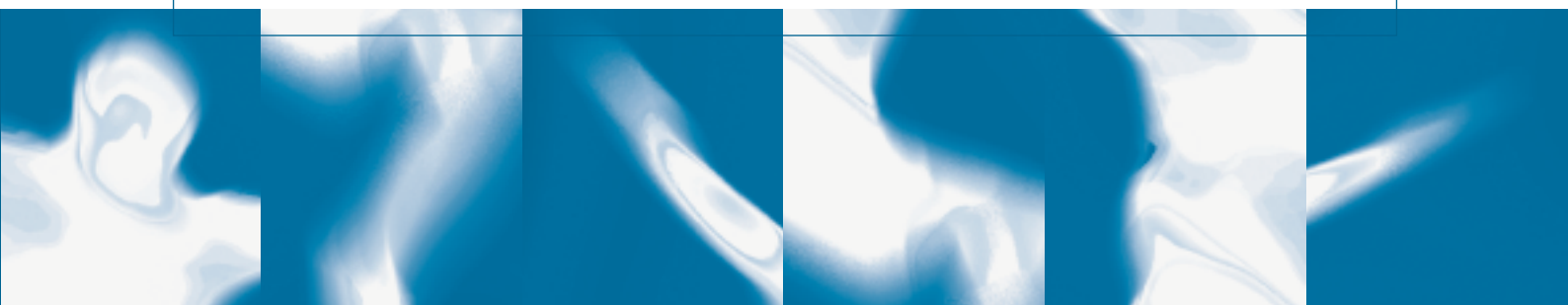




Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht



Mai 2006

DROGEN- UND SUCHTBERICHT

MAI 2006

	Seite
Einleitung	7
Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung	
Sabine Bätzing, Drogenbeauftragte der Bundesregierung	
1. Aufklärung, Beratung und Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	15
1.1. Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen	17
1.1.1. Kampagne „Kinder stark machen“	17
1.1.2. Vereinskampagne „Klub 2006 – Die FIFA WM im Verein“	19
1.1.3. Festival „Talente 2006 – Die FIFA WM in der Schule“	20
1.1.4. Mitmachparcours „KlarSicht“ zur Tabak- und Alkoholprävention	21
1.1.5. Mobilausstellung „SehnSucht“	21
1.1.6. Jugendkampagne „Bist Du stärker als Alkohol?“	22
1.1.7. „rauchfrei“-Jugendkampagne	23
1.1.8. Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen „Be Smart – Don't Start“	25
1.1.9. Leitfaden zur Prävention des Cannabiskonsums in der Schule	26
1.1.10. Internetplattform „www.drugcom.de“	26
1.1.11. Arbeitskreis „Healthy Nightlife“	27
1.1.12. Plakataktion zur Stärkung des Jugendschutzes	29
1.1.13. Exkurs: Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen – unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops	29
1.2. Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen	35
1.2.1. Bundesmodellprojekt „HaLT“	35
1.2.2. Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“	36
1.2.3. Fünf-Länder-Studie „INCANT“ zur Verbesserung der Behandlung von Cannabisabhängigen	37
1.2.4. Projekt zur Verbesserung des Zugangs von Cannabiskonsumern in das Hilfesystem	38
1.2.5. Projekt „Brücken bauen“ – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe	38
1.2.6. Selbsthilfe und Kinder aus suchtbelasteten Familien	39
2. Allgemeine Prävention	41
2.1. Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“	43
2.2. Kommunalen Wettbewerb „Alkoholprävention vor Ort“	44
2.3. „rauchfrei“-Kampagne	44
2.3.1. Basisbroschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“ und Start „rauchfrei“	45
2.3.2. www.rauchfrei-info.de	45
2.3.3. 01805/31 31 31 – Beratungs-Hotline zum Nichtrauchen	46
2.3.4. Evaluation des Kursprogramms „Rauchfrei in 10 Schritten“	47
2.3.5. Spot „Kinder rauchen mit“ – Materialien gegen Passivrauchen bei Kindern	48

2.3.6. Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“	48
2.4. Modellprojekt „Aufbau eines Netzwerkes rauchfreier Krankenhäuser“	50
2.5. Vereinbarung zur Verbesserung des Nichtraucher-schutzes in der Gastronomie	51
2.6. Suchtprävention in der Bundeswehr	52
2.7. Entwicklung und Prävention bei drogenbedingten Verkehrsunfällen	53
2.8. Migration und Sucht	55
2.8.1. Projekte zur Suchtprävention des Bundesministeriums des Innern	55
2.8.2. Fortbildungsreihe „Sucht – Migration – Hilfe“	59
2.9. Bundesweite Vernetzung: PrevNet.de und Dokumentation Dot.sys	60
2.10. Expertise „Prävention des Substanzmissbrauchs“	61
2.11. Exkurs: Pathologisches Glücksspiel	62
3. Behandlung	65
3.1. Behandlung Opiatabhängiger	67
3.1.1. Erfahrungen mit dem Substitutionsregister	67
3.1.2. Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO)	71
3.1.3. Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung	73
3.2. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung	74
3.2.1. Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund	75
3.2.2. Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung	78
3.2.3. Fachtagung „Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen“	81
3.3. Fachkonferenz „Früherkennung und Frühintervention“	84
3.4. Exkurs: Medikamentenabhängigkeit	84
3.4.1. Studie zur Problemlage und Forschungsstand	84
3.4.2. Projekt „Motivierende Kurzintervention bei Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus“	85
3.4.3. Medikamentenabhängigkeit und Selbsthilfe	86
3.4.4. Tagung „Hilfe für Medikamentenabhängige“	86
4. Schadensreduzierende Maßnahmen und Überlebenshilfen	89
4.1. Drogenkonsumbedingte Infektionskrankheiten	91
4.2. Drogenkonsumräume	95
5. Repression und Angebotsreduzierung	97
5.1. Studie „„Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen“	99
5.2. Grundstoffüberwachung	100
5.3. Maßnahmen zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität	102

6. Internationale Zusammenarbeit	105
6.1. Europa	107
6.1.1. Drogenpolitik der Europäischen Union	107
6.1.2. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)	108
6.1.3. Pompidou-Gruppe beim Europarat	109
6.1.4. Bilaterale Projekte	109
6.1.5. Netzwerk „Bridging the Gap“ zur Alkoholpolitik	111
6.2. Vereinte Nationen	111
6.2.1. Suchtstoffkommission und Drogenkontrollprogramm	111
6.2.2. Tabakrahmenkonvention	112
6.3. Entwicklungszusammenarbeit	113
6.3.1. Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle	113
6.3.2. Alternative Entwicklung	114
6.3.3. Suchtprävention und -behandlung in der Entwicklungszusammenarbeit	114
6.3.4. Entwicklung der Drogensituation in Afghanistan	116
7. Forschung	121
7.1. Aktuelle Studien	123
7.2. Forschungsverbände zur Suchtforschung	125
7.2.1. Forschungsverbund Baden-Württemberg	125
7.2.2. Forschungsverbund Bayern/Dresden	127
7.2.3. Forschungsverbund Nord-Ost/Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen	130
7.2.4. Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen	132
Anhang	133
Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland	135



Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung

Einleitung

Sabine Bätzing,
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

EINLEITUNG

DIE DROGEN- UND SUCHTPOLITIK DER BUNDESREGIERUNG



Sabine Bätzing,
Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Einleitung

Kurz nach dem Regierungsantritt der Großen Koalition im November 2005 habe ich das Amt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung angetreten. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 ist festgelegt: „Die Drogen- und Suchtpolitik steht weiterhin auf den vier bewährten Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Grundlage ist der geltende Aktionsplan Drogen und Sucht. Die in der EU-Drogenstrategie 2005–2012 niedergelegten Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden konsequent umgesetzt.“

Meine Vorgängerin im Amt, Marion Caspers-Merk, hat ein gut bestelltes Feld hinterlassen. Ich werde mich für Kontinuität in der Drogen- und Suchtpolitik einsetzen, denn in den letzten Jahren wurde viel erreicht, wie z. B. die Problematisierung der so genannten legalen Suchstoffe – Alkohol und Tabak seien hier an erster Stelle genannt –, die Initiierung einer Risikodebatte über den Konsum von Cannabis, der Ausbau der Prävention sowie der Hilfen für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen und vor allem auch eine stärkere Sensibilisierung der Gesellschaft für die Suchtgefahren. Daneben wird es mir aber auch darum gehen, neue Akzente in der Suchtpolitik zu setzen. Das Konsumverhalten ist einer ständigen Veränderung unterworfen. Es gilt in der Drogen- und Suchtpolitik, neue Trends, wie z. B. bei den synthetischen Drogen oder bei besonders riskanten Konsummustern, frühzeitig aufzuspüren und geeignete Strategien zu entwickeln, wie die Gesundheitsgefahren für die Menschen abgewendet werden können.

Drogen- und Suchtpolitik ist eine Querschnittsaufgabe. Fast alle Bundesministerien sind auf diesem Feld aktiv. Zu meinen Aufgaben als Drogenbeauftragte der Bundesregierung gehört es, diese Aktivitäten zu koordinieren sowie die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung durch neue Impulse fortzuentwickeln und in der Öffentlichkeit zu vertreten. Es ist dabei kein Zufall, dass meine Geschäftsstelle organisatorisch im Bundesministerium für

Gesundheit (BMG) angesiedelt ist: Der Gesundheitsschutz genießt in der Drogen- und Suchtpolitik Priorität. Im vorliegenden Bericht können Sie sich über die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung im vergangenen Jahr informieren. Daneben erhalten Sie einen Überblick über künftige Maßnahmen.

Nichtraucherschutz

Der Nichtraucherschutz stand in den letzten Wochen und Monaten im Mittelpunkt der drogen- und suchtpolitischen Diskussion. Ich bin sicher, diese Diskussion wird uns noch weiter beschäftigen – und das ist auch gut so. Nichtraucherschutz ist ein wichtiges Thema und Passivrauchen ist ein Gesundheitsrisiko. Es ist deshalb richtig und wichtig, dass dieses Thema im Zentrum der gesellschaftlichen und politischen Diskussion angelangt ist. In den letzten Jahren war bereits ein merklicher Stimmungswechsel zu verzeichnen. War es noch vor wenigen Jahren eine Selbstverständlichkeit, dass überall geraucht werden durfte, so gibt es heute immer mehr Bereiche, die „rauchfrei“ sind.

In den letzten Jahren hat die Bundesregierung eine ganze Reihe von Maßnahmen unternommen, die den Schutz vor Passivrauchen zum Ziel hatten. Stück für Stück gewinnt der Nichtraucherschutz an Boden. Seit 2002 gilt mit § 5 der Arbeitsstättenverordnung das Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt mit einer ganzen Bandbreite von Medien den Kampf gegen das Passivrauchen, insbesondere wenn es um den Schutz von Kindern geht. Im letzten Jahr wurde das Modellprojekt „Aufbau eines Netzwerks rauchfreier Krankenhäuser“ gestartet. Als gesundheitsfördernde Einrichtungen sollten Krankenhäuser eigentlich per se rauchfrei sein. Weil dies aber nicht der Realität entspricht, erscheint es aus Sicht der Bundesregierung notwendig, die Rauchfreiheit mittels dieses Modellprojektes zu implementieren.

Was schließlich den Nichtraucherschutz in der Gastronomie betrifft, so hat das Bundesministerium für Gesundheit im letzten Jahr eine Vereinbarung mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband getroffen, die einen Stufenplan vorsieht, an dessen Ende im März 2008 90 % der Mitgliedsbetriebe 50 % ihres Platzangebotes als rauchfreie Zone ausweisen müssen. Die vorgeschriebene Zwischenstufe zum 1. März 2006 von 30 % der Betriebe, die 30 % ihres Platzangebotes für Nichtraucher reservieren, wurde mit 31,5 % zwar erreicht, jedoch überraschend knapp. Immer mehr Menschen in Deutschland wünschen sich rauchfreie Restaurantbesuche und einen Schutz vor Passivrauchen. Mein Eindruck ist, dass dieser Wunsch noch nicht genügend von der Branche berücksichtigt wird. Bestandteil der Vereinbarung ist der Hinweis, dass sich das Bundesministerium für Gesundheit eine gesetzliche Regelung vorbehält, sollte das Ziel der Vereinbarung nicht erreicht werden. Es ist offensichtlich, dass sich bis dahin noch einiges tun muss in Sachen Nichtraucherschutz in deutschen Gaststätten.

Erfreulich ist, dass es mir zusammen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, gelungen ist, bei dem FIFA-WM-Organisationskomitee erfolgreich für ein hohes Maß an

Nichtraucherschutz bei der Fussballweltmeisterschaft zu werben. Das FIFA-Organisationskomitee wird konkrete Maßnahmen zur Beachtung des Nichtraucherschutzes während der Weltmeisterschaft ergreifen und damit ein deutliches Zeichen setzen. Maßnahmen zum Nichtraucherschutz werden von den nationalen und internationalen Gästen der WM erwartet und zu einem „guten Klima“ in den Stadien beitragen. Im Mittelpunkt der Maßnahmen steht der Slogan „No smoking, please“, der in den Stadien durch Spots, Durchsagen, Infosäulen, Plakate usw. verbreitet und durch die Ausweisung von separaten Raucherzonen in den Stadien-Medienzentren ergänzt wird. Sport und Rauchen gehören nicht zusammen.

Tabakkonsum reduzieren

Am nachhaltigsten werden Nichtraucherinnen und Nichtraucher natürlich dadurch geschützt, indem die Raucherquote in Deutschland gesenkt wird. Eine meiner Hauptaufgaben als Drogenbeauftragte der Bundesregierung sehe ich deshalb in der Reduzierung des Tabakkonsums in Deutschland. Dieses Thema wird deshalb auch im Mittelpunkt einer Tagung stehen, die für die zweite Hälfte des Jahres 2006 geplant ist. Der Tabakkonsum ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit. Über 110.000 Todesfälle gehen jedes Jahr in Deutschland auf das Konto des Tabakrauchens. Ich bin deshalb froh, dass wir in den letzten Jahren einen weiteren Rückgang in der Raucherquote zu verzeichnen haben. Es wird weniger geraucht, vor allem bei den Jugendlichen. Die Raucherquote in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen ist von 28 % im Jahr 2001 auf 20 % im Jahr 2005 zurückgegangen. Die Tabaksteuererhöhungen um insgesamt 5,6 Cent pro Zigarette seit 2002 haben ihren Teil dazu beigetragen und waren eine der wichtigsten suchtpolitischen Maßnahmen der letzten Jahre; aber auch verstärkte Diskussionen über Risiken und Präventionsbemühungen sind unverzichtbar. In diesem Zusammenhang verdient auch das Thema „Rauchverbot in der Schule“ Beachtung. Hier hat sich in den letzten zwei Jahren viel bewegt. Die Mehrzahl der 16 Bundesländer hat entweder bereits verbindliche Regelungen zum Nichtrauchen ergriffen oder ist gerade dabei, entsprechende Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Deutschland beteiligt sich auch in diesem Jahr an dem internationalen Wettbewerb „Rauchfrei 2006“, der am Aschermittwoch 2006 zum vierten Mal gestartet wurde. Der Wettbewerb soll ermutigen, mit dem Rauchen aufzuhören, und vielen, die bereits gescheiterte Aufhörversuche hinter sich haben, helfen, erneut einen Versuch zu unternehmen. „Rauchfrei 2006“ wird von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt; die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Deutsche Krebsforschungszentrum führen als Veranstalter die Kampagne alle zwei Jahre durch. Das Ziel dieser Kampagne ist, möglichst viele Raucherinnen und Raucher dazu zu bewegen, mindestens vier Wochen lang ab dem 1. Mai 2006 nicht zu rauchen. Die Ergebnisse der letzten Kampagne im Jahr 2004 waren beeindruckend: Über 90.000 Menschen hatten sich in Deutschland daran beteiligt, von denen noch heute 30.000 „rauchfrei“ sind. Weitere Informationen zum Wettbewerb sind unter www.rauchfrei2006.de zu finden.

Alkoholkonsum reduzieren

Der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol gilt in Deutschland mit 10 Litern pro Jahr im internationalen Vergleich als hoch. 1,6 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig (wovon sich nur etwa 10 % einer Therapie unterziehen – und dies oft sehr spät!). Weitere 1,7 Mio. praktizieren einen gesundheitsschädigenden, missbräuchlichen Konsum von Alkohol. In Deutschland trinken zu viele Menschen zu viel und zu regelmäßig Alkohol. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol und das Nichttrinken („Punktnüchternheit“) in Risikosituationen (wie z. B. im Straßenverkehr, aber auch während der Schwangerschaft, bei der Arbeit, im Kindes- und Jugendalter) müssen gefördert werden. Es fehlt in Deutschland ein Konsens darüber, dass das Nichttrinken in bestimmten Situationen selbstverständlich sein muss. Ich habe mir zum Ziel gesetzt, diesen Konsens zu fördern und das Bewusstsein für einen verantwortungsvollen und kritischen Alkoholkonsum in der Gesellschaft zu schärfen. Sowohl auf EU- als auch auf WHO-Ebene werden derzeit Alkoholpräventions-Strategien diskutiert. Deutschland wird diese Diskussionen aktiv begleiten. Neben diesen Strategiediskussionen verdient vor allem auch die Ebene der Praxis Beachtung. Im Jahr 2006 werden wir den kommunalen Wettbewerb „Alkoholprävention vor Ort“ auswerten, der zeigen wird, wie innovativ und vielfältig auf Gemeindeebene gegen die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums gekämpft werden kann.

Verstärkte Aufmerksamkeit ist nach wie vor für das Problem „Jugend und Alkohol“ geboten. In den letzten Jahren sorgt vor allem der Anstieg des „binge drinking“, also des exzessiven Alkoholkonsums, bei Minderjährigen für Schlagzeilen. Um ein geeignetes Angebot für Jugendliche zu entwickeln, die bereits mit Alkoholvergiftungen aufgefallen sind, hat die Bundesregierung das Modellprojekt „HaLT“ initiiert, an dem sich neun Bundesländer mit elf Standorten beteiligen. Grund zur Sorge bot auch der sprunghafte Anstieg des Konsums von Alkopops – vor allem bei jungen Mädchen. Nach Einführung der Sondersteuer auf Alkopops ist der Konsum erfreulicherweise deutlich zurückgegangen, wie ein im Sommer 2005 vorgelegter Bericht zeigte. Während vor der Erhebung der Sondersteuer im August 2004 noch 28 % aller 12- bis 17-Jährigen mindestens einmal im Monat spirituosenhaltige Alkopops konsumiert haben, sind es aktuell nur noch 16 %. Ein Drittel der Jugendlichen, die vorher schon mal Alkopops gekauft hatten, kaufen jetzt überhaupt keine mehr, ein Drittel kauft weniger. Die Jugendlichen nennen als Hauptgründe für diese Entwicklung die Preiserhöhung und die öffentliche Diskussion über die Gesundheitsgefahren, die von diesen Getränken ausgehen. Der Rückgang ist sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen zu verzeichnen. Dabei ist der Gesamtalkoholkonsum (Gramm reiner Alkohol pro Woche) bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 43,9 g auf 35,7 g zurückgegangen.

Cannabiskonsum reduzieren

Cannabis ist nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland. Über ein Viertel der Jugendlichen haben mindestens einmal Cannabis konsumiert, das Einstiegsalter ist in den letzten Jahren gesunken und eine zunehmende Zahl junger Menschen sucht

wegen cannabisbedingter Probleme Beratungsstellen auf. Knapp 400.000 Menschen weisen einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf. Diese Menschen brauchen Beratung, Hilfe und Therapie. Das „traditionelle“ Suchthilfesystem ist auf diese Gruppe von Hilfesuchenden nur unzureichend vorbereitet. In den nächsten Jahren müssen sich die Einrichtungen der Suchthilfe hier öffnen und anpassen. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt diesen Prozess mit einer Reihe von Projekten, die neue Impulse für die Behandlung von jungen Cannabiskonsumenten geben werden. Dazu gehört auch ein Vorhaben, das Empfehlungen entwickeln wird, wie Jugendliche mit einem problematischen Cannabiskonsum leichter Zugang zu den Beratungsstellen finden.

Medikamentenabhängigkeit reduzieren

Zwischen 1,5 und 1,9 Mio. Menschen in Deutschland sind Schätzungen zufolge medikamentenabhängig. Zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen, von denen sich viele in der zweiten Lebenshälfte befinden und die kaum ein Sprachrohr für ihre Gesundheitsprobleme haben – geschweige denn, dass es ausreichende Hilfeangebote für sie gäbe. Ich habe mir deshalb zum Ziel gesetzt, die verantwortlichen Berufsgruppen (Ärzte, Apotheker, Pfleger, Sozialarbeiter usw.) stärker für diese Problematik zu sensibilisieren. Die Möglichkeiten der Frühintervention gilt es auch bei der Medikamentenabhängigkeit zu verbessern. Auch müssen die betroffenen Menschen ermuntert werden, früher aktiv Hilfe zu suchen. Derzeit hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Studie in Auftrag gegeben, die den Forschungsstand zum Thema Medikamentenabhängigkeit aufarbeitet und eine Übersicht über die vorhandenen Materialien und Leitfäden zusammenstellt. Die Studie, die Mitte des Jahres vorliegt, wird auch Grundlage sein für die Vorbereitung einer Kampagne, die vorwiegend bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Früherkennung von betroffenen Menschen fördern soll.

Erneuter Rückgang bei den Todesfällen infolge des Konsums illegaler Drogen

Es ist eine erfreuliche Nachricht, dass die Anzahl der Todesfälle infolge des Konsums illegaler Drogen im Jahr 2005 weiter zurück gegangen ist. Im letzten Jahr verstarben in Deutschland 1.326 Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums. Damit ist die Zahl der Todesfälle infolge des Konsums illegaler Drogen im Vergleich zum Vorjahr um 4 % gesunken und seit dem Jahr 2000 rückläufig. Sie befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989. Mit dazu beigetragen haben der Ausbau an niedrigschwelligen Beratungsangeboten für Opiatabhängige und die Verbesserung in der Substitutionsbehandlung in den letzten Jahren. In sieben deutschen Städten – Hamburg, Hannover, Bonn, Köln, Frankfurt, Karlsruhe und München – führt der Bund zudem unter der Beteiligung der betroffenen Kommunen und den Ländern Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen seit einigen Jahren das „Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung“ durch. Das Projekt ist speziell auf die Gruppe der schwerstabhängigen Opiatabhängigen zugeschnitten, die bereits mehrfach andere Therapien abgebrochen haben und sich in einem sehr schlechten gesundheitlichen und sozialen Zustand befinden. Die vorliegenden Studienergebnisse belegen, dass den betroffenen Men-

schen durch die heroingestützte Behandlung wirksam geholfen werden kann. Die Patienten stabilisieren sich, weiterführende Behandlungen können aufgenommen werden. Ausgehend von diesen positiven Ergebnissen halte ich es für sinnvoll, auch in Zukunft für eine zahlenmäßig begrenzte Gruppe Schwerstabhängiger und unter engen Voraussetzungen dieses Hilfsangebot bereitzustellen.

Drogen- und Suchtrat

Nachdem es mit der Einrichtung des „Drogen- und Suchtrates“ am 27. Oktober 2004 erstmals in Deutschland gelungen ist, die zuständigen Bundesressorts und Länderministerkonferenzen zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer, der Suchthilfeverbände, der Gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger, der Kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit, der Selbsthilfe und der Wissenschaft an einem gemeinsamen Tisch zu versammeln, hat sich der Rat am 6. März 2006 erneut konstituiert und setzt damit seine Arbeit aus der letzten Legislaturperiode fort. Jede der im Rat vertretenen Institutionen setzt sich für eine Reduzierung der Suchtproblematik in ihrem Kompetenzbereich ein. Die übergeordnete Zielsetzung bleibt die Reduzierung des Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen. Der Drogen- und Suchtrat hat empfohlen, sich bei der Umsetzung der im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ festgelegten Zielsetzungen und Maßnahmen in den Jahren 2005 und 2006 auf eine Reduzierung des Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsums zu konzentrieren. Dazu gehört zum Beispiel das Ziel, die Quote der jugendlichen Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren weiter deutlich zu senken. Auch hat der Rat konkrete Empfehlungen und Zielsetzungen zum Alkohol- und Cannabiskonsum beschlossen.

Es ist das Ziel aller Beteiligten, die Suchtproblematik in Deutschland weiter zu reduzieren – es handelt sich um eine Aufgabe für die ganze Gesellschaft!

**1. Aufklärung, Beratung und Behandlung
bei Kindern und Jugendlichen**



1. Aufklärung, Beratung und Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

1.1. Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.1.1. Kampagne „Kinder stark machen“

Konzept

„Kinder stark machen“ ist eine Kampagne zur frühen Suchtvorbeugung. Grundgedanke und Ziel der Kampagne ist es, das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen zu stärken und ihre Konfliktfähigkeit zu fördern. Sie sollen in der realistischen Einschätzung ihrer eigenen Stärken und Schwächen unterstützt werden, damit sie vor dem Risiko, zu Suchtmitteln zu greifen, besser geschützt sind.

Bereits im Kindesalter gehören z. B. übermäßiges Naschen, stundenlanges Fernsehen und Computerspielen zu Verhaltensweisen, die sich zu einem an Abhängigkeit grenzenden Verhalten entwickeln können. Für die gesunde Entwicklung sind deshalb die Wahrnehmung des eigenen Körpers, die Entwicklung der Sinne, Freude an der Bewegung und eine gute Kommunikations- und Konfliktfähigkeit grundlegende Voraussetzungen, die schon im frühen Kindesalter gefördert werden müssen.

Mit der Kampagne „Kinder stark machen“ wendet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) primär an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder tragen. Ziel ist es, die Erwachsenen als Vorbilder zu schulen: Kritische Selbstbeobachtung, Ehrlichkeit gegenüber dem gern verharmlosten eigenen Konsum von Tabak und Alkohol, Kenntnisse über die kindliche Entwicklung und das Zustandekommen von Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln sowie die Bereitschaft zum Gespräch sind auf Seiten der Erwachsenen nötig. Mit guten Vorbildern haben die Heranwachsenden eine Chance, Selbstvertrauen, ein starkes Selbstwertgefühl und die nötige Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu entwickeln, um aus einer starken Position heraus „Nein“ zu Tabak, Alkohol und Drogen sagen zu können.

Für die BZgA ist der Sportverein neben Schule und Elternhaus ein wichtiger Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, in dem Suchtvorbeugung stattfinden muss. Über 70 % sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum freiwillig Mitglied in einem Sportverein, dem bedeutendsten Freizeitbereich von Kindern und Jugendlichen. Schon sehr früh hat die BZgA mit den größten Breitensportverbänden Rahmenvereinbarungen geschlossen, in denen die Zusammenarbeit zum Thema Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit festgelegt wurde.

Für die vereins- und alltagsnahe Präsentation der Inhalte hat die BZgA ein personalkommunikatives Konzept mit verschiedenen Bausteinen entwickelt. Im Einzelnen sind dies:

- Massenkommunikation: Sport- und Familienveranstaltungen werden öffentlichkeitswirksam begleitet.
- Personale Kommunikation: Die BZgA steht bei ihren Veranstaltungen im Dialog mit Eltern, Kindern und Erziehern.
- Multiplikatorenarbeit: Die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen zur Suchtprävention.
- Die Schulung von Ausbildungskräften für das Trainingspersonal in den Sportvereinen zum Thema Suchtprävention.
- Der Vereinsservice, der Vereine darin unterstützt, Projekte unter dem Motto „Kinder stark machen“ in Eigenregie durchzuführen.
- Internet-Angebot www.kinderstarkmachen.de

Veranstaltungen

Um eine möglichst breite Öffentlichkeit mit dem Thema „Suchtprävention“ zu erreichen, besuchte das „Kinder-stark-machen“-Team im Rahmen einer Veranstaltungstour im Jahr 2005 insgesamt 22 Sport- und Familienveranstaltungen in ganz Deutschland. Es handelte sich um Veranstaltungen, die jeweils von 3.000 – 150.000 Menschen besucht wurden. Exemplarisch wurde hier gezeigt, wie das suchtpreventive Potenzial der Sportvereine durch eine Orientierung an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen alltagsnah genutzt werden kann. Durch eine begleitende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde dafür gesorgt, dass das Thema eine breite Aufmerksamkeit in der jeweiligen Region bekam.

Qualifizierungsmaßnahmen

Ein wesentlicher Baustein der Kampagne „Kinder stark machen“ ist die Fortbildung von Übungskräften und Trainerinnen und Trainern in der Kinder- und Jugendarbeit. Ziel der Fortbildung ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu befähigen, Kinder in ihrem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu stärken und ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Wichtige Themen sind darüber hinaus die Vorbildrolle der Jugend- und Übungsleiterinnen und Übungsleiter im Umgang mit Tabak und Alkohol sowie Strategien zur Förderung einer suchtpreventiven Ausrichtung der Vereinskultur.

Eine Evaluation der Wirksamkeit des Multiplikatorentrainings, die im Auftrag der BZgA durchgeführt wurde, zeigt deutlich, dass in den Sportvereinen ein hohes Potenzial vorhanden ist, suchtpreventiv wirksam zu werden. Mit dem Angebot erreicht die BZgA eine große Resonanz sowohl hinsichtlich der Wissensvermittlung zur Suchtprävention als auch der Sensibilisierung für die eigene Vorbildrolle.

Das Fortbildungsangebot „Kinder stark machen“ wurde inzwischen in 520 Seminaren von über 12.500 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren besucht.

Qualifizierungsinitiative des DFB

Der Deutsche Fußball-Bund (DFB) hat die Impulse der BZgA aus dem Fortbildungsbereich aufgegriffen und will sich in der Kinder- und Jugendarbeit neu positionieren. Im Mittelpunkt der Initiative des DFB steht eine Qualifizierungsinitiative, durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von E–A Junioren-Teams für die Bewältigung der pädagogischen und sozialen Herausforderungen „fit“ gemacht werden sollen. Hierzu zählt unter anderem auch die altersgerechte Auseinandersetzung mit dem Thema „Missbrauch von Tabak und Alkohol“. Speziell für die C–A Junioren wird mit Unterstützung der BZgA ein Manual für die Ausbilder von Jugend- und Übungsleitern entwickelt, bei dem die Themen „Tabak und Alkohol“ bei Jugendlichen im Mittelpunkt stehen.

Vereinservice

Der Vereinservice wurde als ein basisorientiertes Angebot für die Sportvereine installiert. Die Unterstützung eigeninitiativ durchgeführter Vereinsaktionen zur Suchtvorbeugung stellt sicher, dass suchtpreventive Inhalte bei den Multiplikatoren nicht nur abstrakt präsent sind, sondern durch eigene Aktivitäten auch praktisch umgesetzt werden. Vereinseigene Maßnahmen ermöglichen darüber hinaus, lokale Akteure für die gemeinschaftliche suchtpreventive Arbeit zu gewinnen und Vernetzungsstrukturen zu etablieren bzw. zu stabilisieren. Der Vereinservice hat sich als ergänzendes Instrument der Kampagne bewährt. Im Jahr 2005 nahmen wieder über 800 Vereine aus verschiedenen Sportarten den Vereinservice für sich in Anspruch.

1.1.2. Vereinskampagne „Klub 2006 – Die FIFA WM im Verein“

Unter dem Motto „Klub 2006 – Die FIFA im Verein“ wurde vom Organisationskomitee der Fußballweltmeisterschaft 2006 eine bundesweite Vereinskampagne ins Leben gerufen. Kern der OK-Vereinskampagne ist ein Wettbewerb, der aktive Vereine mit „WM-Punkten“ und schließlich mit attraktiven Preisen belohnt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist mit der Kampagne „Kinder stark machen“ an der Vereinskampagne beteiligt und hat den Status eines offiziellen Unterstützers. Ziel ist es, die breite Aufmerksamkeit an der WM und der Vereinskampagne für die Kommunikation suchtpreventiver Botschaften zu nutzen. Bei dreien der vier Bausteine der Vereinskampagne spielen die Kampagnen „Kinder stark machen“ bzw. „rauchfrei“ eine Rolle.

- Ein so genannter „WM-Tag“ kann unter dem Motto „Kinder stark machen“/„rauchfrei“ durchgeführt werden.
- Die WM-Fahne kann unter dem Motto „Kinder stark machen“/„rauchfrei“ gestaltet werden.

- Im Jahr 2005 konnte von den Multiplikatoren aus dem Verein eine Fortbildung unter dem Motto „Kinder stark machen“ besucht werden.

Die Beteiligung von „Kinder stark machen“ an der Vereinskampagne gewährleistet, dass eine große Zahl von Trainerinnen und Trainern, Eltern und Kindern über die Ansprache von 22.000 Vereinen erreicht wird. Inzwischen haben über 4.000 Vereine die so genannte „Aktions-Box“ angefordert, durch die die Vereine über die Mitwirkungsmöglichkeiten informiert werden. Zu den möglichen „Kinder-stark-machen“-Wettbewerbsbeiträgen gehören auch Vereinsaktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens unter dem Motto „Rauchfrei – für unsere Kinder“. Inzwischen haben sich zahlreiche Vereine für die Durchführung ihrer Aktivitäten unter dem suchtpreventiven Motto „Kinder stark machen“/„rauchfrei“ entschieden.

Zwischenauswertung

Die vorliegenden Rückmeldungen zur Klubkampagne zeigen, dass sich über 60 % der Vereine, die einen WM-Tag ausrichten, für das Motto „Kinder stark machen“/„rauchfrei“ entschieden haben. Die Zwischenauswertung der zurückgesandten Fragebögen brachte folgende Ergebnisse:

- Für 44 % der beteiligten Vereine ist das Thema Suchtprevention relevant.
- 48 % wollen zukünftig bei Veranstaltungen mit Kindern und Jugendlichen keinen Alkohol ausschenken.
- 45 % der Multiplikatoren wollen mehr über das Thema „Kinder stark machen“/„rauchfrei“ wissen.
- 39 % wollen Regeln im Verein zum Umgang mit Tabak und Alkohol entwickeln.
- 35 % wollen erstmals die Themen Rauchen und Alkohol im Verein ansprechen.

1.1.3. Festival „Talente 2006 – Die FIFA WM in der Schule“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligte sich im Rahmen ihrer Kooperation mit dem WM-Organisationskomitee mit der Jugendkampagne „rauchfrei“ am Festival „Talente 2006 – Die FIFA WM in der Schule“. Mit diesem Engagement will die BZgA auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens vor allem bei Jugendlichen aufmerksam machen und für einen rauchfreien Lebensstil werben. Am 10. und 11. Juni 2006 wird in Berlin mit europäischer Beteiligung das Abschlussfestival der Kampagne durchgeführt. Nach ihrer Mitwirkung in Köln beim ersten Schul-Kultur-Festival ist die BZgA vom OK zum zweiten Mal gebeten worden, ihre Jugendkampagne „rauchfrei“ einer großen Öffentlichkeit vorzustellen. Zu dem Festival erwarten die Veranstalter ca. 25 – 30.000 Schülerinnen und Schüler aus dem deutschen und internationalen Raum.

1.1.4. Mitmachparcours „KlarSicht“ zur Tabak- und Alkoholprävention

Im Kontext ihrer Präventionsmaßnahmen für den Bereich legaler Suchtmittel hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Mitmachparcours „KlarSicht“ zur Tabak- und Alkoholprävention entwickelt. Dieses interaktive und spielerisch angelegte Aufklärungsangebot thematisiert die beiden legalen Suchtstoffe Tabak und Alkohol. Der Mitmachparcours ist ein personalkommunikatives, dezentral und bundesweit eingesetztes Element, das die massenmedialen, audiovisuellen und internetbasierten Angebote der BZgA-Kampagnen „Kinder stark machen“ und „rauchfrei“ auf der Ebene persönlicher Informationsvermittlung und Gespräche ergänzt und vertieft.

Der Mitmachparcours „KlarSicht“ vermittelt interaktiv Informationen zu den legalen Suchtmitteln Nikotin und Alkohol, damit Jugendliche im Alter von ca. 12 bis 18 Jahren Entscheidungsgrundlagen und -hilfen erhalten, um ihr Genuss- und Konsumverhalten an einem gesundheitsförderlichen Gebrauchsmuster zu orientieren. Neben der Aufklärung über Wirkungen und Suchtpotenziale der beiden genannten Stoffe zielt der Parcours auf die Sensibilisierung für protektive Faktoren ab. Dabei sind geschlechtsspezifische Aspekte gleichermaßen bei der Stationsgestaltung und der personalkommunikativen Moderation berücksichtigt. Ferner will die BZgA mit diesem Projekt örtliche Präventionsstrukturen aktiv unterstützen, ein Forum für lokale Beratungsstellen bieten und letztlich Multiplikatoren vor Ort zur späteren Adaption dieses Modells motivieren und qualifizieren.

Die „KlarSicht“-Einsätze werden in allen Schulformen durchgeführt, wobei Einsätze an Haupt-, Real-, Gesamt- und berufsbildenden Schulen überwiegen. Die kommunalen Fachstellen werden im Vorfeld ausführlich über die Ziele und Abläufe der „KlarSicht“-Einsätze informiert und aktiv in die Durchführung mit einbezogen. Für das Jahr 2006 liegen der BZgA mittlerweile mehr als 200 Anfragen nach „KlarSicht“-Einsätzen aus allen Bundesländern vor.

1.1.5. Mobilausstellung „SehnSucht“

Die Ausstellung „SehnSucht“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird bundesweit pro Jahr in drei bis vier Städten eingesetzt, um Jugendliche, Erwachsene und Multiplikatoren für die Vielschichtigkeit von Sucht- und Abhängigkeitsverhalten zu sensibilisieren. Da Warnungen vor Drogenkonsum nicht ausreichen, geht es in der Ausstellung vor allem darum, Ursachen und Hintergründe zu erkennen, wie Sucht und Abhängigkeit entstehen können und wie man ein Leben ohne Sucht fördern kann.

Die Ausstellung will dabei helfen, durch spielerische Informationsvermittlung, persönliche Gesprächsangebote und interaktive Stationen die Selbstverantwortung für ein möglichst

suchtfreies Leben zu fördern. Die örtlichen Suchtpräventionsberatungsstellen werden aktiv in jeden Ausstellungseinsatz einbezogen. „SehnSucht“ bietet den kommunalen Fachinstitutionen ein attraktives Forum, sich ca. 10 Tage vor Ort mit ihren jeweiligen Angeboten vorzustellen und so erneut in direkten Kontakt zur lokalen Bevölkerung zu kommen. Die begleitende Presse- und Medienarbeit macht darüber hinaus das Thema und den Ausstellungseinsatz in der gesamten Region publik.

„SehnSucht 2005“ in Zahlen

Im Jahr 2005 konnte die BZgA wieder die Höchstzahl von vier Einsätzen der Wanderausstellung „SehnSucht“ in den Städten Schwäbisch Gmünd, Chemnitz, Kassel und Brandenburg/Havel realisieren. 41.040 Personen besuchten während der vier Einsätze die Ausstellung. Fachberaterinnen und Fachberater im Auftrag der BZgA führten 488 Gruppen und Schulklassen mit insgesamt 8.584 Schülerinnen und Schülern sowie Pädagoginnen und Pädagogen durch die Ausstellung.

Abschluss der Ausstellung zum Ende des Jahres 2005

„SehnSucht“ war seit September 1996 kontinuierlich bundesweit im Einsatz. In diesen zehn Jahren hat die BZgA insgesamt 33 Einsätze realisiert. Bis auf die beiden Bundesländer Saarland und Bremen war „SehnSucht“ in allen Bundesländern zu Gast. In den 33 Städten haben insgesamt 566.848 Menschen die Ausstellung besucht. Darüber hinaus konnten sich in den zehn Jahren insgesamt rund 60 Millionen Menschen durch die begleitende Berichterstattung über „SehnSucht“ informieren. Damit hat die Ausstellung die zentralen Kampagnenziele der BZgA in diesem Themenfeld im Wesentlichen erreicht.

Durch die intensive Nutzung weist die Ausstellung nach zehnjähriger Laufzeit nicht nur deutliche Gebrauchsspuren und einen gravierenden Reparaturbedarf auf, sondern müsste grundlegend überarbeitet und an die beiden aktuellen suchtpreventiven Jugendkampagnen der BZgA angepasst werden. Die dafür erforderlichen Mittel stehen der BZgA jedoch leider nicht mehr zur Verfügung. Die Ausstellung „SehnSucht“ wurde daher zum Jahresende 2005 beendet und wird künftig nicht mehr eingesetzt.

1.1.6. Jugendkampagne „Bist Du stärker als Alkohol?“

Seit dem Jahr 2000 führt die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Sommerkampagne „Bist Du stärker als Alkohol?“ durch. Auf der Basis des „peer-education“-Ansatzes informieren junge geschulte Kräfte, meist Studentinnen und Studenten, in typischen Feriensituationen (z. B. Strand, Feriencamp) oder bei Jugendfreizeitveranstaltungen (z. B. Musik- oder Sportveranstaltungen) über gesundheitsrelevante Fakten zum Thema Alkohol.

Ziel der „Peer“-Einsätze ist es, über einen kurzen Wissenstest ein intensives Gespräch unter Gleichaltrigen anzuregen. Im Vordergrund stehen dabei Informationen über die schädigenden Wirkungen alkoholischer Getränke. Damit soll auf falsche Vorstellungen über die Wirkungen von Alkohol und auf die Gefahren eines Alkoholmissbrauchs aufmerksam gemacht werden. Zur Unterstützung der Aktion stehen den Peers Informationsmaterialien für Jugendliche zur Verfügung. Die Zeitung „Das Nasse Blatt“ oder die Broschüre „Alkohol – Wie viel ist zu viel?“ informieren zum Beispiel in einer jugendgerechten Sprache und Aufmachung rund um das Thema Alkohol.

Das Konzept für das Projekt ist ursprünglich vom Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (NIGZ) entwickelt worden. In Kooperation mit dem NIGZ wird die Kampagne mit deutschen Peers in niederländischen Urlaubsregionen, an denen sich verstärkt deutsche Jugendliche aufhalten, durchgeführt. 2005 konzentrierten sich die Peer-Einsätze auf die niederländischen und deutschen Nordseeregionen sowie die Bundesländer an der Ostsee. In Deutschland wurden bundesweit zusätzlich Kurzeinsätze der Teams bei Jugendveranstaltungen durchgeführt. Insgesamt konnten so etwa 24.000 Jugendliche auf ihren Alkoholkonsum angesprochen werden.

(Unter www.bist-du-staerker-als-alkohol.de können Informationen zum Projekt und zu den Materialien abgerufen werden.)

1.1.7. „rauchfrei“-Jugendkampagne

Um das Nichtrauchen bei Jugendlichen zu fördern, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2002 die Jugendkampagne „rauchfrei“ konzipiert und schrittweise realisiert. Die Maßnahmen konzentrieren sich auf die Zielgruppe der 12- bis 18-jährigen Jugendlichen; die Zielgruppe umfasst insgesamt etwa 6 Millionen Jugendliche. Die Hauptziele der Kampagne sind:

- Jugendliche Nichtraucher sollen in ihrer Ablehnung des Tabakkonsums bestärkt werden. Ihr Einstieg in das Rauchen soll verhindert werden.
- Jugendliche Probier- und Gelegenheitsraucher sollen zu einer bewussten Entscheidung für das Nichtrauchen bewegt, ihr Ausstieg damit gefördert werden.
- Jugendliche Raucher sollen zum Ausstieg motiviert werden.

Im Jahr 2005 wurde die „rauchfrei“-Kampagne für Jugendliche sukzessive weiterentwickelt. Spezifische Interventionsansätze haben sich dabei schwerpunktmäßig auf das Setting „Schule“ sowie Angebote im Internet- und Printbereich konzentriert.

Die Einführung von „rauchfreien Schulen“ hat sich bundesweit zu einem Schwerpunkt entwickelt, der sicherlich auch durch die Verbreitung des BZgA-Leitfadens „Auf dem Weg zur

rauchfreien Schule" und die ergänzenden Angebote von Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen gefördert wurde. Die mittlerweile in vielen Bundesländern in Kraft getretenen Gesetze und Erlasse zum Nichtrauchen müssen im Schulalltag umgesetzt und dort akzeptiert werden – dies ist nicht immer einfach. Nicht selten rührt sich Widerstand. Wichtig ist, dass die Schulen parallel zum Rauchverbot auch Aufklärungs- und Vorbeugungsprogramme durchführen und so Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und Eltern von der Richtigkeit der Entscheidung für die rauchfreie Schule überzeugen und zur aktiven Mitwirkung gewinnen. Denn verschiedene empirische Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine klar beschriebene und durch die Lehrkräfte strikt umgesetzte Schulpolitik zum Nichtrauchen mit einem geringeren Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler verbunden ist.

Die BZgA kooperiert bisher mittels Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen zum Thema „rauchfreie Schule“ schwerpunktmäßig mit den Bundesländern Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Im Verlauf des Jahres 2005 ist Hessen als weiteres Bundesland hinzugekommen. Dem Land Brandenburg ist im Zuge der dort im August 2005 beschlossenen landesweiten Einführung rauchfreier Schulen und der Umsetzung des Programms „rauchfrei – Brandenburg“ ebenfalls die Möglichkeit von gemeinsamen Fortbildungsmaßnahmen für Lehrkräfte angeboten worden.

Zur Unterstützung im Setting „Schule“ sind der Mitmach-Parcours „KlarSicht“ (siehe Beschreibung oben) und die „JugendFilmTage Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ entwickelt worden. Die JugendFilmTage befinden sich – nach positivem Pre-Testergebnis in 2004 – seit 2005 im Einsatz. Bei den JugendFilmTagen werden Kinos als attraktive außerschulische Lern-Orte genutzt, an denen Jugendliche gerne ihre Freizeit verbringen. Ausgewählte Filme setzen Impulse, damit sich Jugendliche persönlich mit dem Thema Nikotin- und Alkoholkonsum auseinandersetzen können. An den Veranstaltungsorten wird durch Spiel- und Aktionsstände ein Rahmenprogramm geboten, das Gesprächsanlässe zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens und des Alkoholtrinkens schafft. Hieran können sich auch regionale Partner mit eigenen Aktionen beteiligen.

Ergänzend zu den personalkommunikativen Maßnahmen sind die Internetangebote zur Nichtraucherförderung ausgeweitet worden. Seit Mai 2005 ist ein Ausstiegsprogramm für jugendliche Raucherinnen und Raucher Bestandteil des Internetangebots www.rauchfrei.info. Mädchen und Jungen werden in dem Programm Schritt für Schritt auf dem Weg zu ihrem persönlichen Ausstiegs- oder Reduktionsziel begleitet. Trotz der weiten Verbreitung, die mittlerweile das Internet gefunden hat, stellen auch weiterhin Printmedien ein wichtiges Instrument dar, um die Inhalte der „rauchfrei“-Kampagne zu vermitteln. Die Informations- und Ausstiegsbroschüren „Let's talk about smoking“, „Stop smoking boys“ und „Stop smoking girls“, von denen seit 2003 über 2 Millionen Exemplare verbreitet wurden, sind im Jahr 2005 durch eine Broschüre für Eltern zum Umgang mit dem Thema Rauchen bei Kindern- und Jugendlichen mit dem Titel „Raucht mein Kind?“ ergänzt worden.

Zur Qualitätssicherung und Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne wurde 2005 eine weitere repräsentative Umfrage nach der Erhebung von 2003 durchgeführt. Die Ergebnisse der beiden Befragungen machen deutlich, dass die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen deutliche Erfolge zeigen: Nach einem Anstieg beim Rauchen in den neunziger Jahren ist seit 2001 ein Rückgang im Zigarettenkonsum Jugendlicher zu verzeichnen. So ist die Raucherquote bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 28 % im Jahre 2001 auf 20 % im Jahr 2005 gesunken. Der Anteil der Nie-Raucher bei den 12- bis 15-Jährigen ist von 48 % im Jahr 2001 auf 62 % im Jahr 2005 gestiegen. Das bedeutet, dass beinahe zwei Drittel der jüngeren Jugendlichen noch nie geraucht haben.

1.1.8. Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen „Be Smart – Don't Start“

Im Schuljahr 2005/2006 wird der Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen „Be Smart – Don't Start“ zum neunten Mal angeboten. Dieser Wettbewerb richtet sich - in diesem Jahr unter dem Titel „rauchfrei – wir sind dabei“ - an Schulklassen der sechsten bis achten Klassenstufen. Ziel des Wettbewerbs ist es, das Thema „Nichtrauchen“ in einer für die Jugendlichen attraktiven Form in den Schulen zu verankern und den Einstieg in das Rauchen zu verzögern. Die teilnehmenden Klassen entscheiden sich, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen. Wöchentlich wird das Thema „Nichtrauchen“ in den Klassen thematisiert. Klassen, die ein halbes Jahr lang rauchfrei sind, nehmen an einer Verlosung attraktiver Preise teil. Der Hauptpreis ist eine Klassenreise nach Portugal.

Im Schuljahr 2005/2006, in dem der Wettbewerb vom 14. November 2005 bis zum 28. April 2006 stattfand, meldeten sich 12.425 Schulklassen mit ca. 320.000 Schülerinnen und Schülern aus dem gesamten Bundesgebiet zur Teilnahme an. Die bisherigen Studien zum Wettbewerb deuten darauf hin, dass der Wettbewerb den Einstieg in das Rauchen verzögern kann. Zur Förderung der Nachhaltigkeit wurde im Rahmen einer Förderung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die wiederholte Teilnahme von Schulklassen über mehrere Schuljahre besonders verstärkt, unter anderem über einen zusätzlichen Preistopf für mehrfach teilnehmende Klassen. Während sich im Schuljahr 2002/2003 11 % der Klassen wiederholt am Wettbewerb beteiligt hatten, waren es im Schuljahr 2005/2006 bereits 26 %. Die Auswirkungen einer wiederholten Teilnahme am Wettbewerb wurden wissenschaftlich überprüft. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass der Wettbewerb einen initialen kurzfristigen Effekt hat, der durch eine wiederholte Teilnahme stabilisiert werden kann. So liegt der Anteil an Nie-Rauchern nach Wettbewerbsende in Wettbewerbsklassen bei 47,3 % und damit 5,9 Prozentpunkte über dem Anteil von 41,4 % in den Kontrollklassen, die nicht an dem Wettbewerb teilnehmen konnten.

Es beteiligen sich derzeit 15 Bundesländer an dem Wettbewerb, der vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT Nord) in Kiel koordiniert wird. „Be Smart – Don't Start“ wird von der Deutschen Krebshilfe, der Europäischen Kommission, der Deutschen Herzstiftung, der BZgA, dem BKK Bundesverband, der Deutschen Lungenstiftung sowie einer Reihe weiterer öffentlicher und privater Institutionen gefördert.

Weitere Informationen zum Wettbewerb sind erhältlich über das Internet unter den Adressen: www.besmart.info und www.ift-nord.de.

1.1.9. Leitfaden zur Prävention des Cannabiskonsums in der Schule

Die Schweizerische „Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme“ hat im Jahr 2002 ermittelt, dass etwa ein Drittel der Lehrkräfte der achten und neunten Jahrgangsstufen Erfahrungen mit Schülerinnen und Schülern, die im Unterricht unter Einfluss von Cannabiskonsum standen, gemacht hat. Abhängig von der Klassenstufe konnten 6 bis 15 % der Lehrpersonen Cannabis- oder Alkoholkonsum auf dem Schulgelände beobachten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat deshalb Anfang 2005 eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der siebten bis dreizehnten Jahrgangsstufen mit dem Titel „Schule und Cannabis – Regeln, Maßnahmen, Frühintervention“ veröffentlicht. Die Handreichung enthält Vorschläge zum Umgang mit Cannabis in der Schule. Sie vermittelt Ideen zur Entwicklung eines schulinternen Regelsystems und gibt Lehrkräften Hinweise, wie sie im konkreten Fall auf Problemsituationen adäquat reagieren können. Schließlich werden Anregungen zur Entwicklung eines Interventionsleitfadens vorgestellt, dem man im Fall von Übertretungen und Regelbrüchen folgen kann. Hinweise auf Internetseiten, Materialien und Ansprechpartner in den Bundesländern ergänzen das Angebot.

1.1.10. Internetplattform „www.drugcom.de“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Jahr 2001 das Suchtpräventionsprojekt www.drugcom.de gestartet. Dieses Internetangebot bietet seitdem für Jugendliche und junge Erwachsene anonyme Information und Beratung zum Konsum von illegalen und legalen Substanzen an. Ziel von www.drugcom.de ist es, junge Menschen zu einem risikoarmen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu motivieren und bei der Reduzierung oder Beendigung des Konsums zu unterstützen. Im vierten Jahr sind die Zugriffe auf www.drugcom.de im Vergleich zum Vorjahr um 70 % auf über 56.000 Besucher und Besucherinnen pro Monat gestiegen. Neben einem ausführlichen Lexikon zu Drogen und Drogenkonsum bietet die Website Wissens- und Selbsttests zu verschiedenen Substanzen, das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ sowie anonyme Online-Beratung per E-Mail

und Chat an. Im Jahr 2005 erhielt www.drugcom.de eine neue Gestaltung. Das Aussehen, die Navigation und die Programmierung entsprechen dem gegenwärtigen Stand der Entwicklung und aktuellen technischen Anforderungen (insbesondere der Barrierefreiheit).

Das Projekt www.drugcom.de wird kontinuierlich um neue Inhalte und innovative Methoden der Prävention erweitert. Ein wichtiger Schwerpunkt des Angebots ist die Prävention der gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums. Ergänzend zum Cannabis-Wissenstest und dem 50-Tage-Programm zur Reduzierung des Cannabiskonsums „Quit the Shit“ wurde 2005 ein neuer Verhaltenstest zum Cannabiskonsum auf www.drugcom.de zur Verfügung gestellt. Dieser so genannte „cannabis check“ ist ein interaktives Instrument zur Früherkennung des riskanten Cannabiskonsums, der das Ziel verfolgt, betroffene Jugendliche anzuregen, ihren Cannabiskonsum selbstkritisch zu überdenken und gegebenenfalls zu verändern. Zielgruppe des „cannabis check“ sind grundsätzlich alle aktuellen Cannabiskonsumierenden. Der „cannabis check“ besteht aus einem Onlinefragebogen mit acht Indikatoren zum eigenen Cannabiskonsum. Nach dem Beantworten der Fragen erhalten die drugcom-Nutzer eine differenzierte, auf das individuelle Konsummuster zugeschnittene Rückmeldung und eine persönliche Empfehlung, in der spezifische Risikoindikatoren des Cannabiskonsums berücksichtigt sind. In Abhängigkeit von dem individuellen Konsummuster wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zudem empfohlen, die Onlineberatung in Anspruch zu nehmen oder an dem Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ auf www.drugcom.de teilzunehmen.

Zu Cannabis werden oft relativ zeitnah Alkohol und andere psychoaktive Substanzen konsumiert, deshalb kommt der Prävention des Mischkonsums große Bedeutung zu. Allerdings mangelt es an empirisch fundiertem Wissen über die Gefahren des kombinierten Konsums, weshalb in der Suchtprävention bislang nur unspezifisch vor den unkalkulierbaren Gefahren gewarnt werden kann. Diese Lücke in der Prävention soll mit dem neuen Modul zum Mischkonsum auf www.drugcom.de geschlossen werden. Um dem Umstand des mangelnden empirisch abgesicherten Wissens Rechnung zu tragen, wird das Erfahrungswissen von Konsumierenden illegaler Substanzen genutzt. Ihre subjektiven Risikobewertungen zu verschiedenen Konsumkombinationen werden zusammen mit Kommentaren von Expertinnen und Experten im Bereich „Mischkonsum“ auf www.drugcom.de präsentiert. Ziel ist es, bereits Drogenkonsumierende über mögliche akute und langfristige Risiken des Mischkonsums unterschiedlicher Substanzen zu informieren, um sie zu einer selbstkritischen Haltung und zu einem möglichst schadensarmen Konsumverhalten anzuregen.

1.1.11. Arbeitskreis „Healthy Nightlife“

Das Nachtleben in Clubs und auf Partys gehört für viele Jugendliche zum Alltag. Für ihre Gesundheit stellt das oft eine erhebliche Gefährdung dar, da Rauchen, Alkohol und illegale Drogen bei vielen zum Nachtleben dazugehören. Gerade bei Jugendlichen und jungen

Erwachsenen ist der Konsum illegaler Suchtmittel weit verbreitet. Über 40 % aller 20- bis 25-Jährigen haben illegale Drogen zumindest einmal ausprobiert und mehr als 14 % haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. Der Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und Kokain ist weniger verbreitet - rund 5 % der jungen Erwachsenen in Deutschland experimentiert mindestens einmal damit. Im Nachtleben wird allerdings deutlich mehr konsumiert. Überdies wird überdurchschnittlich viel geraucht und Alkohol konsumiert.

Klassische Angebote der Drogen- und Suchthilfe erreichen diese Zielgruppe kaum. Alternative Formen des Zugangs und der Ansprache sowie ein erweitertes Verständnis von Suchtprävention sind notwendig. Mithilfe von „peer“-orientierten und partizipativen Aktivitäten gilt es, wirksame Präventionsmaßnahmen in der Zielgruppe der jugendlichen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten nachhaltig zu verankern.

Im November 2005 veranstaltete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Fachtagung zur Veröffentlichung des Leitfadens „Nachts leben – Gesundheitsförderliche Maßnahmen im Nachtleben“. Der Leitfaden enthält grundlegende Informationen und konkrete Handlungsanleitungen für die Umsetzung eines von allen Akteuren gemeinsam gestalteten „gesunden Nachtlebens“. So gibt es Module speziell für Personen, die in Drogenberatungsstellen arbeiten oder sich in „szenenahen“ Initiativen engagieren. Sie finden Hinweise, wie Fachkräfte und engagierte ehrenamtliche Initiativen gesundheitsförderliche Aktivitäten auf Partys umsetzen können. Das Kapitel für Jugend- und Gesundheitsämter stellt die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Organisationen lokaler Suchtprävention im Nachtleben dar. Veranstalter von Partys finden Informationen, wie in Clubs und auf Partys durch gesundheitsförderliche Aktivitäten Drogenprobleme gemindert werden können. Darüber hinaus gibt es Module, die übergreifende Aspekte aufgreifen, wie beispielsweise das Thema Sponsoring, das besonders für Drogenberatungsstellen und szenenahen Initiativen von großem Interesse ist.

Der Leitfaden „Nachts leben – Gesundheitsförderliche Maßnahmen im Nachtleben“ ist ein Resultat der engagierten Zusammenarbeit des Arbeitskreises „Healthy Nightlife“, der von der BZgA im Jahr 2003 initiiert wurde und sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, aus Drogenberatungsstellen, szenenahen Initiativen, kommunalen Behörden sowie Partyveranstaltern zusammensetzt. In dem Arbeitskreis findet ein überregionaler Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Organisationen über bewährte suchtpreventive Strategien im Nachtleben auf der Grundlage eigener Erfahrungen statt, um geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Party-Setting zu entwickeln und umzusetzen. Als Arbeitsmittel konzipiert, soll der Leitfaden bei der Implementierung bester suchtpreventiver Maßnahmen unterstützen und Kooperationen anregen.

1.1.12. Plakataktion zur Stärkung des Jugendschutzes

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) startete im Sommer des Jahres 2005 die Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran“ zur Verbesserung der Einhaltung der Jugendschutzvorschriften. Die Aktion wird in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ), dem Hauptverband des Deutschen Einzelhandels (HDE) e. V., dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA) und dem Bundesverband Tankstellen und Gewerbliche Autowäsche Deutschland e. V. (BTG) durchgeführt.

Die Kampagne bezieht sich auf die Abgabeverbote für Alkohol und Tabakwaren, die Abgabe von Videos und Computerspielen entsprechend den Alterskennzeichnungen sowie die Alters- und Zeitbegrenzungen für Gaststätten- und Diskothekenbesuche. Sie richtet sich sowohl an die Verantwortlichen im Einzelhandel, in Gaststätten und Tankstellen, in Sportheimen und bei Vereinsfesten. Die Verantwortlichen werden durch Plakate, Aufkleber und Broschüren aufgefordert, sich bei Jugendlichen über das Alter zu vergewissern, im Zweifel einen Altersnachweis zu verlangen und so das Jugendschutzgesetz und damit den Kinder- und Jugendschutz aktiv und effektiv umzusetzen. An der Aktion wurden bundesweit und flächendeckend Gaststätten, Einzelhandelsgeschäfte und Tankstellen beteiligt.

Zusammen mit dem HDE wurde beschlossen, dem Bundesfachverband des türkischen Groß- und Einzelhandels (BTGE) die Materialien auch in türkischer Sprache für deren Mitglieder zur Verfügung zu stellen. Mit der Dezember-Ausgabe 2005 der Verbandszeitschrift „EuroTürkHandel“ erfolgte die Verteilung der Materialien. Zusätzlich stehen die Materialien außer in deutsch nun auch in türkischer Sprache auf der Internetseite <http://www.bmfsfj.bund.de/> zur Verfügung.

1.1.13. Exkurs: Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen – unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops

Im Sommer 2004 ist das „Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“ (AlkopopStG) in Kraft getreten. Es beinhaltet im wesentlichen folgende Regelungen: die Erhebung einer Sondersteuer auf Alkopops und die Kennzeichnungspflicht für Alkopops mit dem Hinweis „Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz“. Ziel des Gesetzes war in erster Linie, den Konsum von Alkopops bei Minderjährigen zu reduzieren. Zur Überprüfung der Auswirkungen des Gesetzes auf das Alkoholkonsumverhalten der minderjährigen Jugendlichen führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2005 eine Repräsentativbefragung durch. Mittels computergenerierter Zufallsnummern wurden 3.001 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren in computergestützten

Telefoninterviews zu ihrem Alkohol- und Tabakkonsum befragt. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 14. März 2005 bis 22. April 2005.

Um die Entwicklung des Alkoholkonsums bei den Unter-18-jährigen besser einschätzen zu können, wurden die in der Studie erhobenen Daten für die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen mit den Daten der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus dem Vorjahr (2004) verglichen. Im Folgenden wird berichtet,

- wie sich der Konsum von Alkopops verändert hat;
- wie sich der Konsum anderer alkoholischer Getränkearten entwickelt hat und ob es zu Konsumverschiebungen (Ausweichen auf andere alkoholische Getränke) gekommen ist;
- ob die Jugendlichen insgesamt mehr oder weniger Alkohol konsumieren;
- welche riskanten Konsummuster zu beobachten sind.

Entwicklung des Konsums von Alkopops

a) Spirituosenhaltige Alkopops

Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die bereits einmal in ihrem Leben mit spirituosenhaltigen Alkopops in Berührung gekommen sind („Lebenszeitprävalenz“), ist von 55 % im Jahr 2004 auf 49 % im Jahr 2005 zurückgegangen (bei den weiblichen Jugendlichen von 56 % auf 51 % und bei den männlichen Jugendlichen von 54 % auf 46 %). In noch stärkerem Ausmaß sank der Anteil derer, die spirituosenhaltige Alkopops in den letzten 12 Monaten konsumiert haben, nämlich von 48 % auf 39 % (von 52 % auf 44 % bei den weiblichen Jugendlichen und von 46 % auf 35 % bei den männlichen Jugendlichen).

Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die angaben, mindestens einmal im Monat spirituosenhaltige Alkopops zu trinken, reduzierte sich signifikant von 28 % im Jahr 2004 auf 16 % im Jahr 2005, bei den weiblichen Jugendlichen von 30 % auf 18 % und bei den männlichen Jugendlichen von 27 % auf 14 %. Hiermit einhergehend erhöhte sich der Anteil der Jugendlichen, die innerhalb des letzten Jahres nie spirituosenhaltige Alkopops getrunken haben, von 51 % im Jahr 2004 auf 61 % im Jahr 2005 – bei den weiblichen Jugendlichen von 48 % auf 56 % und bei den männlichen Jugendlichen von 54 % auf 65 %. Die Menge reinen Alkohols, die Jugendliche durchschnittlich pro Woche allein durch spirituosenhaltige Alkopops konsumieren, sank von 8,5 g im Jahr 2004 signifikant auf 4,2 g im Jahr 2005 (bei den weiblichen Jugendlichen von 6,9 g auf 3,7 g und bei den männlichen Jugendlichen von 9,9 g auf 4,6 g).

Unter der Voraussetzung, dass sich die durch die Studienteilnehmer angegebenen Trinkmengen im Jahr 2005 auf die neue Alkopopgeneration mit 3 Vol-% Alkoholgehalt beziehen, sinkt die konsumierte Menge sogar auf 2,2 g (bei den weiblichen Jugendlichen von 6,9 g auf 1,9 g und bei den männlichen Jugendlichen von 9,9 g auf 2,4 g).

Von besonderem Interesse war auch die Entwicklung des Alkopopkonsums innerhalb der Gruppe der 12- bis 15-jährigen Jugendlichen. Diese Jugendlichen sind weder berechtigt, branntwein-, wein- noch bierhaltige Alkopops zu erwerben, noch diese in der Öffentlichkeit zu konsumieren. In dieser Gruppe war der Rückgang des Konsums noch ausgeprägter. Der Anteil derer, die angaben, mindestens einmal im Monat spirituosenhaltige Alkopops zu trinken, reduzierte sich signifikant von 20 % im Jahr 2004 auf 10 % im Jahr 2005, bei den weiblichen Jugendlichen von 21 % auf 12 % und bei den männlichen Jugendlichen von 18 % auf 9 %. Hiermit einhergehend erhöhte sich der Anteil der 12- bis 15-jährigen Jugendlichen, die innerhalb des letzten Jahres nie spirituosenhaltige Alkopops getrunken haben, signifikant von 63 % im Jahr 2004 auf 71 % im Jahr 2005, bei den weiblichen Jugendlichen von 59 % auf 67 % und bei den männlichen Jugendlichen von 67 % auf 76 %.

Die Menge reinen Alkohols, die 12- bis 15-jährige Jugendliche im Mittel pro Woche allein durch spirituosenhaltige Alkopops konsumieren, sank von 4,5 g im Jahr 2004 signifikant auf 1,6 g im Jahr 2005 – bei den weiblichen Jugendlichen von 4,2 g auf 1,7 g und bei den männlichen Jugendlichen von 4,8 g auf 1,5 g. Werden die Mengenangaben auf die neue Alkopopgeneration mit 3 Vol-% Alkoholgehalt bezogen, so geht die konsumierte Menge noch deutlicher auf 0,8 g zurück (bei den weiblichen Jugendlichen von 4,2 g auf 0,9 g und bei den männlichen Jugendlichen von 4,8 g auf 0,7 g).

b) Wein- oder bierhaltige Alkopops

Im Jahr 2005 gaben 48 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen an, jemals wein- oder bierhaltige Alkopops getrunken zu haben, im Jahr 2004 waren es 51 %. Es zeigt sich, dass der Anteil der weiblichen Jugendlichen, die wein- oder bierhaltige Alkopops jemals konsumiert haben, von 50 % im Jahr 2004 auf 45 % gesunken ist. Bei den männlichen Jugendlichen zeigte sich nur eine geringfügige Änderung von 52 % auf 51 %. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Referenzzeitraum der letzten 12 Monate. Der Anteil der Jugendlichen, die innerhalb der letzten 12 Monate wein- oder bierhaltige Alkopops konsumiert haben, sank von 43 % im Jahr 2004 auf 39 % im Jahr 2005. Hierbei reduzierte sich insbesondere der Anteil der weiblichen Jugendlichen von 43 % auf 36 %. Der Anteil der männlichen Jugendlichen sank von 43 % auf 42 %. Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die angaben, mindestens einmal im Monat wein- oder bierhaltige Alkopops zu trinken, veränderte sich nur geringfügig von 23 % im Jahr 2004 auf 21 % im Jahr 2005. Auch hier ist der Rückgang von 22 % auf 18 % deutlicher bei den weiblichen Jugendlichen als bei den männlichen Jugendlichen von 25 % auf 24 %.

Der Anteil der Jugendlichen, die innerhalb des letzten Jahres nie wein- oder bierhaltige Alkopops getrunken haben, erhöhte sich insgesamt von 57 % im Jahr 2004 auf 61 % im Jahr 2005, bei den weiblichen Jugendlichen signifikant von 57 % auf 64 % und bei den männlichen Jugendlichen kaum von 57 % auf 58 %. Die Menge reinen Alkohols, die Jugendliche durchschnittlich pro Woche allein durch wein- oder bierhaltige Alkopops konsumierten,

stieg von 3,9 g im Jahr 2004 auf 5,3 g im Jahr 2005. Dieser Anstieg ist ausschließlich auf den Konsum der männlichen Jugendlichen zurückzuführen. Während bei den weiblichen Jugendlichen die Menge Alkohol/Woche von 2,8 g auf 2,6 g geringfügig sank, nahm sie bei den männlichen Jugendlichen von 4,8 g auf 7,7 g signifikant zu.

Entwicklung des Konsums anderer alkoholischer Getränke

Im Jahr 2004 gaben 31 % der Jugendlichen an, mindestens einmal im Monat Bier zu trinken, im Jahr 2005 waren es 30 %. Bei den weiblichen Jugendlichen blieb der Anteil mit 21 % konstant, während er bei den männlichen Jugendlichen von 42 % auf 37 % sank. Die Menge des konsumierten reinen Alkohols pro Woche allein durch Bier ging von 19,2 g (7,6 g bei den weiblichen Jugendlichen und 30,1 g bei den männlichen Jugendlichen) auf 17,1 g (5,6 g bei den weiblichen Jugendlichen und 27,7 g bei den männlichen Jugendlichen) zurück.

Bezüglich des Konsums von Wein und Sekt gaben im Jahr 2004 20 % der Jugendlichen (22 % weibliche Jugendliche und 18 % männliche Jugendliche) an, diesen mindestens einmal pro Monat zu konsumieren. Im Jahr 2005 reduzierte sich der Anteil der Jugendlichen insgesamt signifikant auf 16 % (auf 20 % bei den weiblichen Jugendlichen und auf 13 % bei den männlichen Jugendlichen). Die Signifikanz resultiert aus der Reduzierung des Wein- und Sektkonsums der männlichen Jugendlichen. Die Menge des konsumierten reinen Alkohols pro Woche allein durch Wein und Sekt betrug im Jahr 2004 4,5 g (4,3 g bei den weiblichen Jugendlichen und 4,7 g bei den männlichen Jugendlichen) und 3,1 g im Jahr 2005 (3,8 g bei den weiblichen Jugendlichen und 2,4 g bei den männlichen Jugendlichen).

Spirituosen wurden sowohl 2004 als auch 2005 von 16 % der Jugendlichen mindestens einmal pro Monat konsumiert (zu beiden Zeitpunkten von 14 % der weiblichen Jugendlichen und 18 % der männlichen Jugendlichen). Die Menge des konsumierten reinen Alkohols pro Woche allein durch Spirituosen betrug im Jahr 2004 3,6 g (1,9 g bei den weiblichen Jugendlichen und 5,2 g bei den männlichen Jugendlichen) und 2,8 g im Jahr 2005 (2,3 g bei den weiblichen Jugendlichen und 3,2 g bei den männlichen Jugendlichen).

Cocktails und Longdrinks tranken im Jahr 2004 29 % der Jugendlichen mindestens einmal pro Monat (30 % der weiblichen Jugendlichen und 28 % der männlichen Jugendlichen). Im Jahr 2005 reduzierte sich der Anteil der Jugendlichen signifikant auf 24 %. Auch diese Signifikanz beruht auf dem stärkeren rückläufigen Konsum von Cocktails und Longdrinks der männlichen Jugendlichen. Während der Anteil bei den weiblichen Jugendlichen leicht auf 27 % zurückging, sank er bei den männlichen Jugendlichen signifikant auf 22 %. Die Menge des konsumierten reinen Alkohols pro Woche allein durch Cocktails und Longdrinks betrug im Jahr 2004 3,8 g (3,4 g bei den weiblichen Jugendlichen und 4,1 g bei den männlichen Jugendlichen) und 2,9 g im Jahr 2005 (2,8 g bei den weiblichen Jugendlichen und 3,0 g bei den männlichen Jugendlichen).

In der Gruppe der 12- bis 15-jährigen Jugendlichen gibt es vergleichbare Entwicklungen. Zusätzlich zeigen sich signifikante Rückgänge der Mengen reinen Alkohols, die die Jugendlichen wöchentlich im Mittel durch Spirituosen (von 2,1 g im Jahr 2004 auf 0,8 g im Jahr 2005) und Cocktails oder Longdrinks (von 1,7 g im Jahr 2004 auf 0,9 g im Jahr 2005) zu sich nahmen, so dass sich insgesamt der Alkoholkonsum noch stärker zurückentwickelt hat.

Entwicklung des Alkoholkonsums insgesamt

Der Anteil 12- bis 17-jähriger Jugendlicher, die regelmäßig mindestens einmal pro Woche wenigstens eine alkoholische Getränkeart konsumierten, ist leicht von 20 % im Jahr 2004 auf 18 % im Jahr 2005 (bei den weiblichen Jugendlichen von 16 % auf 14 % und bei den männlichen Jugendlichen von 26 % auf 23 %) gesunken. Der Anteil derjenigen, die innerhalb des letzten Jahres keinen Alkohol konsumierten, stieg signifikant von 24 % im Jahr 2004 auf 30 % im Jahr 2005 (bei weiblichen Jugendlichen von 24 % auf 29 % und bei männlichen Jugendlichen von 25 % auf 32 %). Auch die getrunkenen Alkoholmengen verringerten sich.

Die Berechnungen der Gesamtalkoholmengen, die die Jugendlichen wöchentlich konsumierten, wurden auf zwei Grundlagen durchgeführt. Es wurden erstens die Mengen errechnet, die den Alkopops-Alkoholgehalt für beide Erhebungszeitpunkte mit 5,5 Vol-% zugrunde legen. Auf dieser Grundlage sank die Menge reinen Alkohols, die die Jugendlichen im Durchschnitt pro Woche insgesamt zu sich nahmen, von 43,9 g auf 35,7 g (von 59,2 g auf 49,1 g bei den männlichen Jugendlichen und von 27,4 g auf 21,2 g bei den weiblichen Jugendlichen). Da seit Beginn 2005 fast ausschließlich Alkopops mit 3,0 Vol-% Alkohol im Handel erhältlich sind, wurde die Gesamtalkoholmenge zusätzlich auf dieser Basis berechnet. Der Gesamt-Alkoholkonsum reduzierte sich danach im Jahr 2005 signifikant auf 33,7 g (auf 47,0 g bei den männlichen Jugendlichen und signifikant auf 19,5 g bei den weiblichen Jugendlichen). Auch unter Ausschluss der spirituosenhaltigen Alkopops sank die Alkoholmenge von 35,1 g auf 31,3 g. (bei den männlichen Jugendlichen von 49,0 g auf 44,4 g und bei den weiblichen Jugendlichen von 20,3 g auf 17,3 g).

Riskante Konsummuster

Neben dem regelmäßigen Konsum alkoholischer Getränke stellen das episodisch starke Trinken und das bis zu einem Rausch führende Trinken ein erhöhtes gesundheitliches Risiko dar. Als Indikatoren dafür werden das „binge drinking“ (Binge engl. = Gelage) und die Alkoholrausch-Erfahrung verwendet. Gemeint ist mit „binge drinking“ ein Konsummuster des Alkoholtrinkens, bei dem die Jugendlichen bei einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander trinken. Erfragt wird, an wie vielen Tagen dieses Trinkverhalten im Zeitraum der letzten 30 Tage vorgekommen ist. In der Drogenaffinitätsstudie 2004 wurde dieser Indikator für riskantes Alkoholtrinken erstmalig erhoben. Die Alkoholrausch-Erfahrung wird als 12-Monats-Prävalenz und als Häufigkeit bisheriger Alkoholräusche (Lebenszeitprävalenz) schon seit 1973 erfragt und erfasst die subjektiv wahrgenommene Erfahrung

des Betrunkenseins ohne eine Quantifizierung der getrunkenen Menge Alkohols, die zu diesem Zustand führte.

a) Binge drinking:

Im Jahr 2004 berichteten 23 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von mindestens einer binge drinking-Erfahrung innerhalb der letzten 30 Tage, im Jahr 2005 waren es mit 19 % der Jugendlichen etwas weniger. 13 % der männlichen Jugendlichen gaben sowohl 2004 als auch 2005 an, binge drinking an 1 bis 2 Tagen des letzten Monats praktiziert zu haben. Bei den weiblichen 12- bis 17-Jährigen kam binge drinking an ein bis zwei Tagen des letzten Monats im Jahr 2004 bei 13 % und im Jahr 2005 bei 10 % vor. Der Anteil der männlichen Jugendlichen, der im Jahr 2004 an drei Tagen oder häufiger fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander getrunken hatte, ging leicht zurück. Im Jahr 2004 waren es 13 % und im Jahr 2005 10 %. Bei den weiblichen Jugendlichen berichteten in beiden Jahren 6 %, an drei Tagen oder häufiger binge drinking-Erfahrungen gemacht zu haben.

b) Alkoholrausch-Erfahrung

Der Anteil Jugendlicher, die schon einmal einen Alkoholrausch hatten, bleibt konstant. Im Jahr 2004 gaben 35 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen an, sie hätten schon mal einen Alkoholrausch gehabt, im Jahr 2005 waren es 34 %. Die männlichen Jugendlichen haben etwas mehr Alkoholrausch-Erfahrung als die weiblichen Jugendlichen. Von ihnen berichten sowohl 2004 als auch 2005 38 %, bereits einen Alkoholrausch gehabt zu haben. Bei den weiblichen Jugendlichen sank der Anteil leicht von 33 % im Jahr 2004 auf 31 % im Jahr 2005. Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen geht der Anteil derer zurück, die angaben, den letzten Alkoholrausch innerhalb der letzten drei Monate erlebt zu haben. Er sank bei den weiblichen Jugendlichen von 14 % auf 9 % und bei den männlichen Jugendlichen von 19 % auf 15 %.

Bei der Frage nach der Häufigkeit von Alkoholräuschen zeigt sich keine Veränderung zwischen 2004 und 2005 – weder bei den weiblichen noch bei den männlichen Jugendlichen. Im Jahr 2004 gaben 19 % der Jugendlichen (17 % männliche und 20 % weibliche Jugendliche) an, Alkoholräusche ein bis zwei Mal in ihrem Leben erlebt zu haben. Im Jahr 2005 waren es 18 % bei beiden Geschlechtern. Gleich bleibend berichten 2004 und 2005 11 % der männlichen und 9 % der weiblichen Jugendlichen von drei bis fünf Alkoholräuschen. Häufigere Rauscherfahrungen wurden 2004 von 8 % der männlichen und 4 % der weiblichen Jugendlichen berichtet. Im Jahr 2005 wurde von 7 % der männlichen Jugendlichen und von 5 % der weiblichen Jugendlichen angegeben, bereits mehr als fünf Alkoholräusche erfahren zu haben. Im Jahr 2005 sahen mehr Jugendliche in einem Alkoholrausch eine große gesundheitliche Gefahr als ein Jahr zuvor. Der Anteil der männlichen Jugendlichen stieg von 42 % auf 52 % an. Bei den weiblichen Jugendlichen nahm die Einschätzung von Alkoholräuschen als große gesundheitliche Gefahr von 52 % der Befragten im Jahr 2004 auf 59 % im Jahr 2005 zu.

1.2. Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.2.1. Bundesmodellprojekt „HaLT“

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Gesundheitsministerrat der Europäischen Union haben in der Vergangenheit übereinstimmend auf das drängende Problem des zunehmenden exzessiven Trinkens von Kindern und Jugendlichen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund wurde 2003 das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Pilotprojekt HaLT („Hart am Limit“) der „Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention“ in Lörrach mit dem übergeordneten Ziel begonnen, die Zahl alkoholvergifteter Kinder und Jugendlicher in der Region messbar zu senken. Nachdem dies in der Pilotphase beeindruckend gelang, wurde das Vorhaben 2004 in Absprache mit den Ländern als vom BMG gefördertes Bundesmodellprojekt für alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche auf neun Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen) an elf Standorten ausgedehnt. Im Modellprojekt sollen Häufigkeit, Begleitumstände und Auslöser von Alkoholvergiftungen im Zusammenhang mit einer Krankenhauseinweisung bei Kindern und Jugendlichen erfasst und Beratungs- und Hilfeangebote für die Betroffenen entwickelt werden.

Die in Vorbereitung des Modellprogramms HaLT im Rahmen einer Studie erhobenen Daten zum Problem alkoholintoxikierter Kinder und Jugendlicher hatten alarmiert: Bundesweit wurde in den Jahren 2000 bis 2002 bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der stationären Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen um 26 % festgestellt (zusammengestellte Daten der Statistischen Landesämter). Fallzahlsteigerungen zeigten sich dabei in sämtlichen Bundesländern. Die komplette Studie ist im Internet unter www.drogenbeauftragte.de zu finden.

Um diesem Anstieg bei Alkoholvergiftungen von Kindern und Jugendlichen wirksam zu begegnen, beinhaltet HaLT nicht nur die sekundärpräventive Intervention bei auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen, sondern auch die Aufklärung von Jugendlichen über Alkohol und die Schaffung eines stützenden Umfelds, um so letztlich die Verbreitung und Häufigkeit von hochriskanten Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen zu verringern.

Das Projekt umfasst konkret folgende zwei Bausteine:

- der **REAKTIVE** Baustein zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsummuster, insbesondere im Zusammenhang mit schweren Alkoholintoxikationen, frühzeitig innerhalb eines niedrighschwelligigen Angebots zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten zu bewegen. Die Ansätze auf dieser individuellen Ebene sind Gruppen- und Einzelgespräche, erlebnispädagogische Angebote und – falls notwendig – die Überleitung in weiterführende Hilfen. Das Ziel ist, neuartige Zugangswege und Kontaktmöglichkeiten

zu der Zielgruppe zu entwickeln und dafür vor allem Kooperationen mit Akteuren außerhalb des Suchthilfesystems zu nutzen.

- der **PROAKTIVE** Baustein bedeutet eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen und ihre Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie die konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen und Schulfesten. Zu den Ansätzen auf der kommunalen Ebene gehören die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes bei Veranstaltungen und im Handel, die Sensibilisierung von Eltern, Lehrkräften, Verkaufspersonal etc. und eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit.

Die Laufzeit des Modellprojektes, das wissenschaftlich begleitet wird, endet an allen elf Standorten am 31. Dezember 2006. Der Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitung vom Juli 2005 kann im Internet unter www.drogenbeauftragte.de ebenso aufgerufen werden wie die InfoLetter, die weitere Informationen zu den Hintergründen des Bundesmodellprogramms und zu den einzelnen Standorten liefern.

Laut Zwischenbericht zeichnet sich im Ergebnis an allen Standorten des Bundesmodellprojektes eine Erfolg versprechende Umsetzung des Pilotprojektes ab. Insbesondere die in das sekundärpräventive Angebot integrierten erlebnispädagogischen Elemente (Tauch- und vor allem Kletterkurse) sensibilisieren die Jugendlichen in hohem Maß für die Missbrauchs- und Suchtproblematik. Detaillierte Ergebnisse des Bundesmodellprojekts werden mit der abschließenden Projektberichterstattung Anfang 2007 vorgestellt.

1.2.2. Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“

Das Projekt „Realize it“ wird vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit, vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit, von den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Aargau sowie vom Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation (blv) seit September 2004 gefördert.

Die Zielgruppe von „Realize it“ sind Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die ihren Konsum einstellen oder zumindest deutlich reduzieren wollen. Das Programm beinhaltet fünf Einzelberatungen und eine Gruppensitzung, die innerhalb eines Zeitrahmens von zehn Wochen absolviert werden. Zu der spezifischen Herangehensweise des Programms gehört auch das Führen eines Tagebuchs zum Cannabiskonsum.

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, die aufgrund der noch nicht vollständig ausgewerteten Daten allerdings noch mit Vorsicht zu betrachten sind, stimmen optimistisch. Auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die z. B. depressiv-ängstlich sind, gelingt es, über das Programm ihren Cannabiskonsum zu reduzieren. Damit besteht die

Hoffnung, dass auch diese Gruppe mit einem relativ kurzfristigen Programm wie „Realize it!“ zu erreichen ist. Ein Abbruch der Beratung durch einen Teil der Patienten gilt als Teil des Behandlungsprozesses und wird von Expertinnen und Experten für durchaus üblich gehalten. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird die Gründe für den Abbruch ebenfalls untersuchen. Offenbar gelingt es über das Projekt, für die schwer zugängliche Gruppe der Cannabiskonsumenten bzw. zumindest für bestimmte Teilzielgruppen ein angemessenes Angebot bereitzuhalten. Die Studie wird 2006 abgeschlossen. Detaillierte Aussagen werden deshalb erst im nächsten Drogen- und Suchtbericht möglich sein.

1.2.3. Fünf-Länder-Studie „INCANT“ zur Verbesserung der Behandlung von Cannabisabhängigen

Die internationale multizentrische Studie „INCANT“ (International Cannabis Need of Treatment Study) wurde zur Verbesserung der Behandlung von Cannabisabhängigen initiiert. Im Rahmen von INCANT wurde in jedem der fünf teilnehmenden Länder Niederlande, Frankreich, Belgien, Schweiz und Deutschland zunächst von Oktober 2004 bis Februar 2005 eine Pilotstudie realisiert.

Im Rahmen der Pilotstudie wurde behandlungsbedürftigen jungen (15- bis 20-jährigen) Cannabisabhängigen eine Behandlung angeboten, die auf einer evidenzbasierten Behandlungsmethode, der so genannten multidimensionalen Familientherapie (MDFT) fußt, die in den USA entwickelt wurde.

Die Behandlungsmethode der multidimensionalen Familientherapie hat ihre Wirksamkeit in sechs klinischen Studien in den USA bewiesen; stets konnte ein Rückgang des Cannabisgebrauchs und eine Festigung der Familienbeziehungen nachgewiesen werden. Im Projekt zeigte sich, dass diese positiven Effekte aus den USA auf Europa bzw. die fünf teilnehmenden Länder übertragbar sind. Von Oktober 2004 bis Februar 2005 wurden drei Cannabiskonsumenten bzw. ihre Familien nach der Methodik der Familientherapie MDFT behandelt. Projektträger für die Pilotstudie in Deutschland war der Therapieladen e. V. in Berlin. Das Behandlungsprogramm, das psychotherapeutische und sozialarbeiterische Anteile beinhaltet, erbrachte neue Impulse für den therapeutischen Umgang mit Cannabisabhängigen.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen aus der Pilotphase wird derzeit geprüft, ob von 2006 bis 2008 an verschiedenen Standorten in den Ländern die Hauptstudie durchgeführt werden soll.

1.2.4. Projekt zur Verbesserung des Zugangs von Cannabiskonsumenten in das Hilfesystem

Vor dem Hintergrund, dass der Cannabiskonsum in den letzten Jahren in Deutschland stark zugenommen hat, fördert das BMG verschiedene Vorhaben, die der Verbesserung der Suchtkrankenhilfe dienen. Das Projekt „Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten“ geht unter anderem der Frage nach, warum Cannabiskonsumenten, die sich in der Regel nicht als krank oder gar abhängig empfinden, bislang viel zu selten den Weg in die Drogenberatung finden.

Träger ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinationsstelle Sucht, in Münster. Im Mittelpunkt des Projekts steht zunächst die Frage der Erreichung und des Zugangs zu jungen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten. Faktoren und Bedingungen sollen herausgearbeitet werden, die die Erreichung der Zielgruppe durch die Angebote der Drogen- und Suchthilfe beeinflussen und verbessern. Durch eine systematische Untersuchung der Einrichtungen, Angebote und Gruppen, die bereits einen guten Zugang zu Cannabis konsumierenden Jugendlichen und Heranwachsenden haben, sollen Handlungsvorschläge abgeleitet werden, mit denen die Akzeptanz von ambulanten Beratungs- und Betreuungsangeboten verbessert werden kann. Erwartet wird, dass auf der Grundlage dieser Untersuchung „durchschnittliche“ Drogen- und Suchtberatungsstellen umsetzbare Hinweise für den Umgang mit Cannabiskonsumenten erhalten.

1.2.5. Projekt „Brücken bauen“ – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe mit ihren vielen Hilfeangeboten wird vor allem von jüngeren suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Menschen zu wenig als möglicher Weg aus der Sucht wahrgenommen. Auf Seiten der traditionellen Selbsthilfegruppen bestehen ebenfalls noch Vorbehalte, die Bedürfnisse junger Suchtkranker ausreichend zu berücksichtigen. Dadurch wird die Integration erheblich erschwert und zum Teil verhindert.

Aus diesem Grund fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit Juni 2003 das von fünf großen Suchtselbsthilfeverbänden (Kreuzbund, Blaues Kreuz in Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Guttempler in Deutschland) gemeinsam durchgeführte Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe.“

Das zentrale Anliegen des Projektes ist es, junge suchtkranke und -gefährdete Menschen von der Suchtselbsthilfe her zu erreichen, sie zu integrieren und speziell auf sie ausgerichtete Angebote zu erarbeiten. Im Einzelnen sollen mit dem Vorhaben „Brücken bauen“ folgende Ziele erreicht werden:

- Einleitung von Veränderungsprozessen in den Selbsthilfegruppen und -verbänden, um junge suchtkranke/suchtgefährdete Menschen stärker zu integrieren;
- Erarbeitung altersadäquater Angebote durch und für junge Leute, die den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen;
- Qualifizierung freiwilliger Mitarbeiter für die Arbeit mit jungen Suchtkranken/-gefährdeten;
- Zusammenarbeit mit der professionellen Suchthilfe im ambulanten und stationären Bereich, damit sie junge Suchtkranke vermitteln und eine optimale Versorgung erreicht werden kann;
- Zusammenwirken mit Einrichtungen der Jugendhilfe, Schulen, Vereinen, Behörden etc., die Kontakt mit jungen Suchtkranken/-gefährdeten haben;
- Stärkung der Suchtselbsthilfeverbände durch Verjüngung der Mitarbeiter- und Mitgliederstruktur.

Junge Suchtkranke, die eine Selbsthilfegruppe besuchen, werden aktiv in die Gestaltungsprozesse des Gesamtprojektes einbezogen. So soll sichergestellt werden, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche in die Entwicklung adäquater zielgruppenorientierter Angebote einfließen. Die im Projekt von den Suchtselbsthilfeverbänden zu erarbeitenden Angebote sollen während der drei Jahre modellhaft erprobt werden. In der ersten Phase des Projektes wurde über eine Befragung ermittelt, was junge Leute von Selbsthilfegruppen erwarten. Dabei wurde deutlich, dass sie neben dem Gruppengespräch vor allem Hilfe bei Alltagsproblemen und eine stärkere Beratung im Einzelfall erwarten. Gesucht wird in erster Linie der Austausch mit Gleichaltrigen und gemeinsame Freizeitaktivitäten in der Gruppe. In der zweiten Phase des Projektes wurde eine Workshop-Reihe zum Aufbau von Suchtselbsthilfegruppen, die sich gezielt an jüngere Menschen richten, entwickelt. Erste Workshops fanden 2005 statt, weitere sollen in 2006 folgen, eine begleitende Öffentlichkeitskampagne wurde vorbereitet.

1.2.6. Selbsthilfe und Kinder aus suchtblasteten Familien

In Deutschland leben über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Sie unterliegen einem erhöhten Erkrankungsrisiko für Suchtkrankheiten und psychische Störungen. Zudem leiden diese Kinder unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Die Verbesserung der Situation dieser Kinder aus suchtblasteten Familien und die suchtpreventive Aufgabe, die sich daraus ergibt, hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bewogen, im Rahmen der Selbsthilfe Hilfeansätze zu entwickeln.

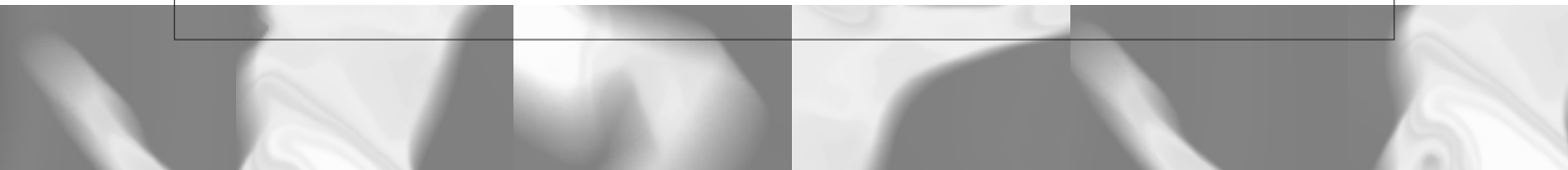
Schon lange werden von Expertinnen und Experten mehr Informationen und Hilfestellungen für die genannte Zielgruppe gefordert. Bisher wurde den Kindern suchtkranker Eltern

nur wenig Aufmerksamkeit zuteil. Lange Zeit erfolgte sowohl in der professionellen Hilfe als auch im Bereich der Selbsthilfe eine starke Fokussierung auf den suchtkranken Symptomträger (zumeist alkoholabhängiger Mann) oder die suchtkranke Symptomträgerin (z. B. drogenabhängige Frau). Insbesondere Kinder rückten erst dann in den Blickpunkt der Helferinnen und Helfer, wenn es galt, Maßnahmen bzw. institutionelle Interventionen einzuleiten. Für die Zukunft ist es erforderlich, mehr auf die Interessen und Bedürfnislagen der Kinder in ihren Familien einzugehen, ihnen und ihren Familien Hilfestellung geben zu können und die familiäre Situation insgesamt zu verbessern, insbesondere auch um präventiv einer späteren Suchterkrankung (analog zu den Eltern) vorzubeugen.

Hierzu hat die DHS in Zusammenarbeit mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) einen Workshop „Kinder suchtkranker Eltern – wie kann Selbsthilfe helfen?“ mit dem Ziel, Hilfeansätze im Familienverbund zu entwickeln, durchgeführt. Der Workshop wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Suchtselbsthilfe durchgeführt. Durch die Selbsthilfe wird eine hohe Zahl an Betroffenen (schätzungsweise 120.000 Menschen) erreicht. Die Selbsthilfe bietet gute Zugangswege zu den Betroffenen. Im schützenden Rahmen der Selbsthilfegruppen können Blockaden und Widerstände der suchtkranken Eltern leichter angesprochen und ausgesprochen werden. Dadurch können die betroffenen Eltern besser für die Problemlagen ihrer Kinder sensibilisiert werden und sind offener für die Annahme von Hilfen für ihre Familien und ihre Kinder.

Die DHS wird im Jahr 2006 zusammen mit der DAK einen Leitfaden für Mitglieder aus Selbsthilfegruppen, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien arbeiten, herausgeben. Hiermit soll dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf für die Aktiven in Selbsthilfe entsprochen und der Aufbau erweitert werden.

2. Allgemeine Prävention



2. Allgemeine Prävention

2.1. Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“

Mit der Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Plattform geschaffen, die eine Vielzahl von Akteuren in eine Initiative für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol einbindet. Für die langfristig angelegte Kampagne, die insgesamt auf die Reduzierung des Konsumniveaus von Alkohol in Deutschland zielt, wurden folgende Teilziele festgelegt:

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

Um diese Ziele zu erreichen, bietet die BZgA eine Reihe von Medien und Maßnahmen an, die vor allem dazu dienen sollen, die Allgemeinbevölkerung über die Folgen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums zu informieren sowie Fachberufsgruppen und Multiplikatoren durch Arbeitshilfen in ihrer Beratungstätigkeit bei Alkoholproblemen zu unterstützen. Dazu gehören:

- Basismedien für Erwachsene, die dazu dienen, den eigenen Umgang mit Alkohol anhand eines Tests zu überprüfen sowie über kritische Konsummengen zu informieren.
- Medien für Menschen, die bereits riskant oder abhängig konsumieren, um sie für Beratung und Behandlung zu gewinnen. Diese Medien, gemeinsam entwickelt mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), werden über Präventionsfachstellen, Ehe-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen, die Bundeswehr und Arztpraxen gestreut.
- Maßnahmen, die die Beratungskompetenz in der Ärzteschaft und anderen Berufen im Gesundheitswesen fördern, um die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Alkoholproblemen einzuleiten. Es handelt sich um Arbeitshilfen für niedergelassene Allgemeinärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen, die in der Schwangerenvorsorge tätig sind.
- Medienpaket für die Alkoholprävention im Betrieb.

Im Verlauf des Jahres 2005 sind mit zahlreichen Tageszeitungen ergänzende regionale Telefonaktionen zum Thema „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ durchgeführt

worden. Im Rahmen der Aktionen erhielten die Leserinnen und Leser der Zeitungen Gelegenheit, ihre Fragen an das BZgA-Beratungsteam zu stellen. In den Zeitungen wurden zum Teil umfangreiche Vor- und Nachberichte zu den Telefonaktionen gedruckt.

2.2. Kommunalen Wettbewerb „Alkoholprävention vor Ort“

Im Juni 2005 ist der Startschuss für die dritte Runde des kommunalen Wettbewerbs zur Suchtprävention gefallen. Alle deutschen Städte, Gemeinden und Kreise wurden aufgefordert, bis zum 15. Dezember 2005 ihre Konzepte zum Thema „Alkoholprävention vor Ort“ einzureichen. Der Wettbewerb ist erstmalig 2001 durchgeführt worden, um die Bedeutung der Suchtprävention auf kommunaler Ebene hervorzuheben und zu fördern. Der Wettbewerb wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung der Kommunalen Spitzenverbände und den gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt. Das Preisgeld beträgt insgesamt 70.000 Euro: Die BZgA stellt ein Preisgeld von 60.000 Euro zur Verfügung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen weitere 10.000 Euro für Maßnahmen zur „Alkoholprävention für arbeitslose Jugendliche und Erwachsene“.

Mit dem Wettbewerb werden Gemeinden gesucht, die im Bereich der Alkoholprävention aktiv sind und ihr Engagement bundesweit bekannt machen wollen. Über diesen Weg werden Informationen über gelungene und erfolgreiche Ansätze bekannt gemacht, aber auch wertvolle Informationen über den Bedarf vor Ort gewonnen. Dies bietet Anregungen für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionskampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ der BZgA. Mit der Betreuung des Wettbewerbs ist das Deutsche Institut für Urbanistik beauftragt. Informationen zu dem Kommunalen Wettbewerb stehen im Internet unter www.kommunale-suchtpraevention.de zur Verfügung. Zum Bewerbungsschluss im Dezember 2005 lagen aus 111 Kommunen Wettbewerbsbeiträge vor. Die Abschlussveranstaltung des Wettbewerbs und die Bekanntgabe der prämierten Beiträge erfolgt Mitte des Jahres 2006.

2.3. „rauchfrei“-Kampagne

Nicht rauchen liegt im Trend. Ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein und gestiegene Zigarettenpreise lassen bei immer mehr Rauchern den Wunsch aufkommen, rauchfrei zu werden. „rauchfrei“ ist auch der Titel der nationalen Dachkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Förderung des Nichtrauchens. Um dem gestiegenen Interesse nach Informationen zum Thema Nicht rauchen und dem zunehmenden Bedarf

nach Materialien zum Rauchverzicht zu entsprechen, bietet die BZgA ein breit gefächertes Angebot an Unterstützung und Informationen an, die in der Regel kostenlos zu beziehen sind. Neben der Verbreitung von schriftlichen Informationsmaterialien zum Nikotinverzicht standen im Jahr 2005 insbesondere die Weiterentwicklung internetgestützter Informations- und Beratungsangebote, die telefonische Beratung zum Nichtrauchen, die Überprüfung der Wirksamkeit des von der BZgA mitentwickelten Kursprogramms zum Rauchverzicht sowie die Thematisierung der Folgen des Passivrauchens im Zentrum der Weiterentwicklung der „rauchfrei“-Kampagne.

2.3.1. Basisbroschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“ und Start „rauchfrei“

Basismedium zum Rauchverzicht ist die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“, die aufhörwilligen Rauchern eine praktische Anleitung gibt, wie sie erfolgreich den Weg in die Rauchfreiheit antreten können. Die Broschüre beschreibt sehr verständlich jeden einzelnen Schritt von der Vorbereitung des Rauchverichts, über die genaue Planung und Gestaltung der ersten rauchfreien Tage bis hin zu den ersten Wochen ohne Zigarette. Anschaulich wird vermittelt, wie der „Nikotinhunger“ gebändigt werden kann und welche Möglichkeiten es gibt, eine Gewichtszunahme nach dem Rauchverzicht zu begrenzen. Allein im Jahr 2005 sind etwa 295.000 Einzelexemplare der Broschüre abgegeben worden.

Häufig ist allerdings das Lesen einer Broschüre nicht ausreichend, um die Nikotinabhängigkeit zu überwinden. Oft werden mehrere Anläufe gemacht, bis es gelingt, endgültig von den Zigaretten loszukommen. Damit auch diesem Personenkreis der Rauchverzicht gelingt, hat die BZgA das „Startpaket“ zum Rauchverzicht zusammengestellt. Das Paket bietet umfassende Hilfe, um von den Zigaretten loszukommen, und richtet sich an alle Sinne. Neben der Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ enthält das Paket z. B. einen Relax-Ball, um statt der Zigarette etwas zur Ablenkung und Entspannung in den Händen zu haben, und eine Dose mit Pfefferminzpastillen. Dass die BZgA mit dem Startpaket auf großes Interesse bei den aufhörwilligen Rauchern stößt, zeigt die weiterhin rege Nachfrage nach dem Material: Im Jahr 2005 wurden 91.497 Pakete angefordert und verschickt.

2.3.2. www.rauchfrei-info.de

Die Bedeutung des Internets zur Informationsvermittlung hat auch im Bereich der Rauchentwöhnungsberatung in den letzten Jahren stark zugenommen. Um dieser Entwicklung zu entsprechen, hat die BZgA zum Welt-Nichtraucher-Tag 2005 unter der Internetadresse www.rauchfrei-info.de ein umfangreiches Informationsangebot zur Förderung des Nichtrauchens online geschaltet. Kernstück des neuen Internet-Angebots ist ein Programm zur Nikotinentwöhnung. Das „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm begleitet aufhörwillige Raucher-

rinnen und Raucher über einen Zeitraum von bis zu vier Wochen auf ihrem Weg zum Nicht-rauchen.

Wer sich für das Ausstiegsprogramm anmeldet, erhält zunächst für die Vorbereitungsphase auf den Rauchverzicht über mehrere Tage hinweg praktische Tipps und Informationen. Dies dient dazu, sich gut für die Zeit des Nichtrauchens vorzubereiten und einen persönlichen „Stopp“-Tag festzulegen. Nach dem „Stopp-Tag“ begleitet das Programm die Teilnehmer über mehrere Wochen mit täglichen Informationen, die per Email zugeschickt werden und auf die jeweils persönliche Situation beim Rauchverzicht zugeschnitten sind.

Das online-Ausstiegsprogramm ergänzt die bereits bestehenden „rauchfrei“-Angebote der BZgA und ermöglicht es, noch genauer auf die individuellen Bedürfnisse beim Rauchverzicht einzugehen. Mit dem Ausstiegsprogramm kann eine große Zahl aufhörwilliger Raucherinnen und Raucher direkt erreicht und betreut werden. Über die regelmäßigen E-Mails besteht eine gute Möglichkeit, auf dem Weg zum Rauchverzicht zu motivieren und zu unterstützen.

2.3.3. 01805/31 31 31 – Beratungs-Hotline zum Nichtrauchen

Die BZgA bietet nicht nur schriftliches Informationsmaterial zum Rauchverzicht, sondern hat ergänzend zu den Selbsthilfeangeboten in den Broschüren auch eine telefonische Beratungsmöglichkeit eingerichtet. Unter der Telefonnummer 01805/31 31 31 – zum bundesweit einheitlichen Tarif von 12 Cent pro Minute – können sich Raucherinnen und Raucher mit ihren Fragen an geschulte Beratungskräfte wenden. Gerade beim Rauchverzicht ist eine Beratung zu empfehlen. Viele Raucher haben zunächst zwei bis drei Versuche unternommen, bis der Ausstieg tatsächlich gelingt. Insbesondere können dann Schwierigkeiten auftreten, wenn eine hochgradige Nikotinabhängigkeit vorliegt. Umso wichtiger ist es deshalb, Rauchern Hilfestellungen bei der Rauchentwöhnung zu geben.

Die Beraterinnen und Berater der BZgA-Nichtraucher-Hotline stehen von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 10:00 bis 22:00 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10:00 bis 18:00 Uhr zur Verfügung. Wer Fragen zum Thema „Rauchen“ hat, eine individuelle Beratung zum Rauchverzicht sucht, Adressen von Beratungsstellen vor Ort benötigt oder Informationsmaterial zum Thema „Nichtrauchen“ braucht, kann sich an die Nichtraucher-Hotline wenden. Etwa 24.000 Beratungsgespräche hat die BZgA-Telefonberatung im Jahr 2005 insgesamt durchgeführt (größtenteils zu den Themen „AIDS“ und „Suchtprävention“); ca. 3.800 Gespräche konzentrierten sich direkt auf das Thema „Rauchen“ bzw. „Nichtrauchen“. Aufgrund der Änderung der Tabakprodukt-Verordnung, in der der Aufdruck der Telefonnummer der BZgA-Beratung zum Nichtrauchen und der Aufdruck des Internetangebots www.rauchfrei-info.de auf die Zigarettenverpackungen geregelt wird, ist zu erwarten, dass

die Nachfrage nach telefonischer Beratung zum Nichtrauchen zukünftig deutlich ansteigen wird.

2.3.4. Evaluation des Kursprogramms „Rauchfrei in 10 Schritten“

„Eine Chance für Raucher – Rauchfrei in 10 Schritten“ ist das am weitesten verbreitete Tabakentwöhnungsprogramm in Deutschland. Es bietet aufhörwilligen erwachsenen Rauchern im Rahmen eines Gruppenprogramms Unterstützung beim Rauchstopp. Das in den 70er Jahren entwickelte Programm wurde kontinuierlich an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Eine Evaluation sollte die Effekte des aktuellen Programms untersuchen und einen möglichen Überarbeitungsbedarf darlegen.

In den Jahren 2003 und 2004 wurden 109 Kurse evaluiert (10 % der in diesem Zeitraum mit den Programmunterlagen durchgeführten Kurse). Die Kursteilnehmer wurden zu Beginn des Kurses, direkt nach Kursende und sechs Monate später zu ihrem Rauchverhalten befragt. Zu Kursbeginn wurden 826 Teilnehmer erfasst. Sechs Monate später konnten noch 595 Teilnehmer (72 %) erreicht werden. Mit dem Kursprogramm werden etwas mehr Frauen als Männer, vornehmlich im Alter zwischen 30 und 60 Jahren (Durchschnittsalter 44 Jahre), erreicht. Sie rauchen fast ausschließlich Zigaretten, durchschnittlich 23 am Tag, und seit durchschnittlich 25 Jahren. Die Nikotinabhängigkeit ist bei fast 70 % mittelschwer bis sehr schwer zu nennen. Die Sorge über das Rauchen ist sehr groß, der Wunsch, Nichtraucher zu werden ebenfalls. Die meisten wollen aus gesundheitlichen Gründen aufhören.

Zum Ende des Kurses sind 46,1 % der Teilnehmer, die den Fragebogen ausfüllten, Nichtraucher. Wertet man alle Personen, die nicht befragt werden konnten, als Raucher, ergibt sich eine Aufhörquote von 26,6 %. Der Tabakkonsum wurde um etwa 60 % reduziert. Entscheidend ist die langfristige Wirkung des Programms: Nach sechs Monaten waren nach eigenen Angaben 21,5 % aller Kursteilnehmer „rauchfrei“ (das sind 30 % aller Personen, die den Fragebogen beantworteten). Diejenigen Raucher, für die nach sechs Monaten Angaben vorliegen, haben ihren Konsum um 45 % reduziert. Zwischen Männern und Frauen konnten keine unterschiedlichen Aufhörraten festgestellt werden.

Die erzielten Abstinenzraten sind zufrieden stellend, da sie den in der internationalen Literatur berichteten Erfolgsquoten für kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme entsprechen und es sich bei der Studie um eine Evaluation in der „realen Welt“ (keine spezielle Auswahl, Vorbereitung und Schulung der Kursleiter, keine speziellen Studienzenter) handelt. Bei solchen Studien sind von vornherein geringere Abstinenzwerte zu erwarten als in Studien, die unter experimentellen Bedingungen durchgeführt werden.

Dennoch: Die Aufhörquote von 46 % der erreichten Teilnehmer am Kursende ist nicht zufrieden stellend. In vergleichbaren Programmen werden höhere Abstinenzquoten erreicht. Zählt man die im Kurs wieder rückfällig gewordenen Personen hinzu, hören nur 60 % der Teilnehmer im Kurs mit dem Rauchen auf, 40 % verfehlen das Kursziel der Abstinenz. Der hohe Stellenwert, der einer Reduktion des Rauchens beigemessen wird, scheint sich negativ auszuwirken. Fast alle Teilnehmer schaffen – zumindest vorübergehend – eine Reduktion ihres Zigarettenkonsums, aber eine beträchtliche Anzahl nicht den Rauchstopp. Möglicherweise wird in dem Kurs nicht mit hinreichend Nachdruck auf das Kursziel Rauchstopp hingearbeitet. Es erscheint sinnvoll, die Zeit vor dem Rauchstopp vermehrt für das Motivieren, die Vorbereitung des Stopptags und die Vorbereitung des Lebens als Nichtraucher zu nutzen.

2.3.5. Spot „Kinder rauchen mit“ – Materialien gegen Passivrauchen bei Kindern

Die im Zigarettenrauch enthaltenen giftigen Stoffe werden nicht nur durch die Raucher mit dem Rauch inhaliert, sondern sie verbreiten sich – z. B. beim Glimmen der Zigarette im Aschenbecher – in der Raumluft und werden so auch von den Nichtrauchern eingeatmet. Durch dieses passive Mitrauchen sind insbesondere kleine Kinder in ihrer Gesundheit gefährdet. Das liegt zum einen daran, dass ihre körperliche Entwicklung bei weitem noch nicht ausgereift ist und sie von daher anfälliger für die Giftstoffe des Zigarettenrauchs sind; zum anderen inhalieren Kleinkinder in Relation zu ihrem Körpergewicht mehr Atemluft als Erwachsene. So nehmen sie im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht deutlich mehr giftige Substanzen auf. Als Folge atmen Kinder in einem verqualmten Raum pro Stunde so viele Giftstoffe ein, als ob sie selbst eine Zigarette rauchen würden.

Da die gesundheitlichen Schäden des Passivrauchens bei Kindern so gravierend sind, hat die BZgA das Thema in einem neuen Spot mit dem Titel „Kinder rauchen mit“ aufgegriffen. Die Zielgruppe für den Spot ist verhältnismäßig groß. Schätzungen zufolge leben etwa zwei Drittel aller 6- bis 13-Jährigen in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht. Der Spot „Kinder rauchen mit“ kann auf dem Internetportal, das speziell für alle audiovisuellen Medien der BZgA errichtet wurde und unter der Adresse www.bzga-avmedien.de erreichbar ist, angesehen werden. Der Spot ergänzt das Informationsangebot der BZgA zum Thema Passivrauchen in der Kindheit. Dazu gehören die Broschüren „Ich bekomme ein Baby. Rauchfrei in der Schwangerschaft“ und „Das Baby ist da. Ein Ratgeber zum Rauchverzicht für Mütter und Väter“ sowie das Falblatt „Ihr Kind raucht mit“.

2.3.6. Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“

Im Oktober 2002 wurde die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) um einen Nichtraucherschutz-Paragrafen ergänzt, der einen wirksamen betrieblichen Nichtraucherschutz ver-

pflichtend macht. Die gesetzliche Regelung (§ 5 ArbStättV) verlangt im Wesentlichen, dass in Betrieben die erforderlichen Maßnahmen zu treffen sind, damit die Beschäftigten in der Arbeitsstätte wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt werden.

Eine herausragende Stellung bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen kommt den Krankenhäusern zu. Nichtraucherschutz im Krankenhaus sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Dabei geht es aber nicht allein um den Schutz der Nichtraucher unter den Beschäftigten. Ein Krankenhaus, das Aufenthaltsort für Menschen ist, die genesen wollen, hat eine weitergehende Vorbildfunktion zu erfüllen und sollte einen umfassenden Beitrag leisten, um eine so gesundheitsschädigende Verhaltensweise wie das Rauchen zu reduzieren. Wirksamer betrieblicher Nichtraucherschutz sollte daher sowohl Maßnahmen der Beschäftigten zum Schutz vor Passivrauchen als auch Angebote an die rauchenden Beschäftigten zum Rauchverzicht umfassen. In Krankenhäusern sind darüber hinaus der Schutz der Patienten vor dem Passivrauchen und Angebote zum Rauchstopp für die rauchenden Patienten weitere notwendige Bestandteile eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsschutzes. Die Realisierung eines so weit gefassten Nichtraucherschutzes im Krankenhaus setzt die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vieler Beteiligter auf allen Organisationsebenen voraus. Dies ist häufig ein Prozess, der längere Zeit in Anspruch nimmt, wenn er erfolgreich verlaufen soll.

Mit dem Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“ hat die BZgA Ende des Jahres 2004 eine Arbeitshilfe bereitgestellt, die möglichst viele Krankenhäuser ermutigen soll, den Weg in die „Rauchfreiheit“ zu gehen. Das Manual folgt einem modularen Aufbau und gibt Planungs- sowie Durchführungsvorschläge, so dass die einzelnen Häuser den für sie richtigen Weg zum Nichtraucherschutz finden können.

Als Maßnahme der Qualitätssicherung wird seit Mitte 2005 die Praktikabilität des Manuals im Rahmen eines von der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. in Bonn durchgeführten Modellprojektes überprüft. Am Ende der zweijährigen Laufzeit des Projektes werden die Erfahrungen ausgewählter Krankenhäuser bei der praktischen Arbeit mit dem Manual ausgewertet und für eine Optimierung des Leitfadens genutzt werden. Im bisherigen Projektverlauf sind im Jahr 2005 mehr als 100 am Thema „rauchfreies Krankenhaus“ interessierte Krankenhäuser und Kliniken über die Möglichkeiten der Teilnahme am Modellprojekt informiert und gebeten worden, einen Befragungsbogen auszufüllen. Auf der Basis der Rückmeldungen wurden etwa 40 Einrichtungen, die sich aufgrund bestimmter Indikatoren als Modellkrankenhäuser für das Projekt besonders eignen, für die Teilnahme ausgewählt. Diese Krankenhäuser werden im Jahr 2006 bei der Arbeit mit dem BZgA-Leitfaden begleitet, beraten und medial unterstützt. Die Hälfte der Häuser in dieser Gruppe erhält darüber hinaus auch die Möglichkeit einer persönlichen Beratung vor Ort für die Umsetzung von Maßnahmen zum „rauchfreien Krankenhaus“.

2.4. Modellprojekt „Aufbau eines Netzwerkes rauchfreier Krankenhäuser“

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert in der gleichen, im vorigen Kapitel beschriebenen Absicht das Nichtrauchen in Krankenhäusern im Rahmen des „Modellprojektes zum Aufbau eines deutschen Netzes rauchfreier Krankenhäuser“. Ziel des Projektes ist, alle Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in Deutschland zu einer rauchfreien Kultur zu motivieren und diese aktiv für Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Region einzusetzen. Die Umsetzung des Projektes basiert auf dem Kodex und den Standards des „Europäischen Netzwerkes für rauchfreie Krankenhäuser“ (ENSH). Krankenhäuser sind danach verpflichtet, bei der Reduzierung des Tabakkonsums und seiner gesundheitsschädigenden Folgen eine wesentliche Aufgabe zu erfüllen. Die Umsetzung besteht nicht nur darin, zum Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen, sondern verpflichtet auch dazu, Raucherinnen und Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt für Patienten und Krankenhauspersonal gleichermaßen. Deutschland gehört zu den 19 europäischen Ländern, die über ein organisiertes Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser verfügen. Deutschland beteiligt sich auch auf europäischer Ebene an der Weiterentwicklung der Konzepte des ENSH. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat für das Netzwerk die Schirmherrschaft übernommen.

Die europäischen Standards entsprechen internationalen Empfehlungen zur Tabakkontrolle und -entwöhnung. Sie geben Krankenhäusern Orientierung bei der Entwicklung zum rauchfreien Krankenhaus; die Umsetzung wird durch einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung unterstützt. Je nach Grad der Umsetzung der Standards können europäische Zertifikate in Bronze, Silber oder Gold erworben werden. Weitere hilfreiche Instrumente sind der „Leitfaden zur Entwicklung rauchfreier Krankenhäuser“ und der Fragebogen zum Rauchverhalten der Mitarbeiter im Krankenhaus.

Eine aktuelle Übersicht zu den Mitgliedskrankenhäusern und den Zertifizierungen ist unter www.rauchfreie-krankenhaeuser.de verfügbar. Über die Webseite werden wichtige Informationen auf dem Weg zum rauchfreien Krankenhaus und zum Projekt zur Verfügung gestellt. Das Projektbüro informiert und berät Krankenhäuser und veranstaltet Workshops und regionale Treffen für Mitglieder und Interessierte. Im Netzwerk werden Beispiele guter Praxis herausgestellt und verbreitet. Das Interesse ist sowohl bei einzelnen Krankenhäusern, Krankenhausverbänden und auch bei den zuständigen Stellen auf Länderebene sehr groß. So wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ein Runder Tisch „Rauchfreie Krankenhäuser“ eingerichtet, in dem das Projekt als Partner fungiert. Das Netzwerk ist weiterhin Kooperationspartner im Projekt „Berlin Qualmfrei“ und beteiligt sich an der Umsetzung von rauchfreien Krankenhäusern in Berlin. Weitere Projekte auf Länderebene sind in Vorbereitung. Als Forum für den nationalen Erfahrungsaustausch wird jährlich eine Konferenz für Rauchfreie Krankenhäuser veranstaltet.

2.5. Vereinbarung zur Verbesserung des Nichtraucher-schutzes in der Gastronomie

Die gesundheitlichen Gefahren durch das Passivrauchen sind aufgrund der toxikologischen Schadstoffe beträchtlich und können akute und chronische Gesundheitsschäden verursachen. Das Ziel der Bundesregierung ist daher, eine Reduzierung des Tabakkonsums in der Bevölkerung zu erreichen und Nichtraucherinnen und Nichtraucher in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten besser zu schützen.

Am 1. März 2005 hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) eine Zielvereinbarung geschlossen, um den Nichtraucherschutz in der Hotellerie und Gastronomie zu verbessern. Innerhalb eines Stufenplans sollen bis zum 1. März 2008 mindestens 90 % der Speisebetriebe mindestens 50 % des Platzangebotes für Nichtraucher verbindlich bereit stellen. Die Vereinbarung betont, dass nur bei einer erfolgreichen Umsetzung der Vereinbarung eine gesetzliche Regelung zum Nichtraucherschutz vermieden werden kann. Diese mögliche Konsequenz behält sich die Bundesregierung ausdrücklich vor.

Mit der Zielvereinbarung soll zunächst versucht werden, eine gemeinsame Lösung zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes auf den Weg zu bringen. Die Gastwirte werden in die Verantwortung genommen, einen aktiven Beitrag zum Nichtraucherschutz zu leisten. Österreich und die Niederlande haben ähnliche Vereinbarungen geschlossen.

Mit der Zielvereinbarung verpflichten sich der DEHOGA und die angeschlossenen Landesverbände, auf ihre Mitgliedsbetriebe und die Gesamtbranche dahingehend einzuwirken, dass bis zum 1. März 2006 mindestens 30 % aller Speisebetriebe 30 % ihres Platzangebotes, bis zum 1. März 2007 mindestens 60 % aller Speisebetriebe 40 % ihres Platzangebotes und bis zum 1. März 2008 mindestens 90 % aller Speisebetriebe 50 % ihres Platzangebotes für Nichtraucherinnen und Nichtraucher bereithalten. Die Vereinbarung gilt für alle Speisebetriebe, wie z. B. Restaurants, Bistros, Cafés, Kantinen usw., die über mindestens 75 m² Gastfläche oder 40 Sitzplätze verfügen.

Der DEHOGA wird zu den jeweiligen Stichtagen bei den Mitgliedsbetrieben eine Abfrage über den Stand der Umsetzung durchführen. Am 28. Februar 2006 hat der DEHOGA eine Untersuchung vorgelegt, nach der das erste Etappenziel erreicht wurde. Danach haben zum 1. Stichtag 31,5 % der Betriebe mindestens 30 % ihres Platzangebotes als Nichtraucherplätze ausgewiesen. Zugleich gaben in der Befragung 53,3 % der Betriebe an, mit Nichtraucherplätzen positive Erfahrungen gemacht zu haben. Lediglich 20,3 % der Betriebe berichteten von negativen Erfahrungen. Das BMG behält sich nach der Zielvereinbarung ausdrücklich vor, zur Überprüfung der Umsetzung eigene stichprobenartige Kontrollen zu veranlassen.

2.6. Suchtprävention in der Bundeswehr

Das Bundesministerium der Verteidigung hat auch im Jahre 2005 intensive Anstrengungen unternommen, um dem Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln entgegenzuwirken. Mit dem „Dokumentationszentrum Suchtprävention und -bekämpfung“ beim „Zentrum Innere Führung“ in Koblenz steht allen Dienststellen der Bundeswehr eine zentrale Informationsstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung zur Verfügung. Zu den Aufgaben des Dokumentationszentrums gehört es, Maßnahmen, Programme und Materialien der Bundesregierung und anderer öffentlicher Einrichtungen zum Thema „Sucht“ zu erfassen und sie bezüglich ihrer Eignung für die Bundeswehr zu prüfen. Daneben hat das Zentrum die Aufgabe der fachlichen Unterstützung bei der Erstellung von Unterrichtsmaterialien auf dem Gebiet der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Ausbildung von Vorgesetzten und Multiplikatoren. Zu diesem Zweck wird mehrfach im Jahr der Beraterlehrgang „Suchtprävention für militärische Vorgesetzte“ durchgeführt.

Zur Unterstützung der Ausbildung und zur Information der Soldatinnen und Soldaten sowie zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundeswehr wurden im Jahre 2005 zwei CDs zur Suchtprävention herausgegeben. Mit der CD-ROM „Suchtprävention in der Bundeswehr“ hat die Bundeswehr ein umfassendes Standardwerk der Suchtprävention als Informations- und Ausbildungshilfe aufgelegt. Sie bietet Informationen zu allen relevanten Themen der Suchtprävention und ist gleichzeitig Grundlage für die Multiplikatoren Ausbildung. Sie steht auf Anforderung auch externen Einrichtungen zur Verfügung. Gezielte Einzelmaßnahmen wie eine Informationskampagne bei jungen Wehrpflichtigen gegen Alkoholmissbrauch oder die Verteilung von Informationsbroschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden flankierend durchgeführt. Die Internetpräsenz der Bundeswehr zur Suchtprävention (www.suchtpraevention-bundeswehr.de) dient ebenfalls der internen Information, wird aber auch von anderen Personengruppen regelmäßig nachgefragt. Im Jahre 2005 wurden ca. 50.000 Zugriffe registriert.

Die Bundeswehr widmet insbesondere den legalen Sucht- und Genussmitteln, die häufig missbraucht werden, Aufmerksamkeit. So hat der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Jahr 2005 am Facharztzentrum in München ein Pilotprojekt zur Raucherentwöhnung aufgelegt, in dem ein „Raucher-Risiko-Check“ angeboten und Raucherentwöhnungskurse als Gruppenseminar durchgeführt werden. Die eingesetzten Informations- und Hilfsmittel zur Raucherentwöhnung werden derzeit getestet und evaluiert.

Eine wichtige Säule im Rahmen kommunikativer Netzwerke zur Suchtprävention in der Bundeswehr ist die „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht“, eine ehrenamtliche Einrichtung innerhalb der Bundeswehr, die aufgrund ihrer Kompetenz und Akzeptanz zu einem wichtigen Bindeglied zwischen Primär- und Sekundärprävention insbesondere im Bereich des Alkoholmissbrauchs geworden ist. Sie arbeitet komplementär mit den Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Militärseelsorgern in der Bundeswehr zusammen.

Die Meldungen mit Verdacht auf Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten nach dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln lagen in der Bundeswehr im Jahre 2005 auf dem niedrigsten Stand seit inzwischen zehn Jahren. Für die Bundeswehr ist dies aber kein Grund zur Entwarnung. Die Vorgesetzten und Fachleute in der Bundeswehr sind sich bewusst, dass weiterhin große Anstrengungen erforderlich sind, um die Risiken und Folgen des Drogenkonsums und die davon ausgehenden Suchtprobleme zu verdeutlichen und den notwendigen erzieherischen Einfluss auszuüben.

Das Bundesministerium der Verteidigung unterstützt die Arbeit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung unter anderem im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe Drogen und Sucht. Die Bundeswehr wird auch in Zukunft im Einklang mit dem Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung alles daran setzen, dem Konsum illegaler und legaler Drogen im Bereich der Bundeswehr entgegenzuwirken, zumal der Aktionsplan mit seiner stärkeren Gewichtung der Prävention im Verhältnis zu Repression und Therapie unter Einbeziehung auch legaler Suchtmittel (Alkohol, Nikotin) den Interessen der Bundeswehr entgegenkommt.

2.7. Entwicklung und Prävention bei drogenbedingten Verkehrsunfällen

Das Führen eines Fahrzeuges unter dem Einfluss von Drogen ist strafbar, wenn der Fahrer sich infolge des Konsums von Rauschmitteln in einem Zustand der Fahrunsicherheit befindet. 1998 wurde außerdem das Führen von Kraftfahrzeugen unter der Wirkung von bestimmten illegalen Drogen verboten; Zuwiderhandlungen sind mit Geldbuße und Fahrverbot bewehrt. Die Polizei kann Informationen über Zweifel an der Fahreignung den Fahrerlaubnisbehörden übermitteln, woraufhin diese gegebenenfalls Maßnahmen zur Klärung der Fahreignung anordnen (z. B. ein ärztliches Gutachten).

Die Zahl der Verkehrsunfälle, bei denen eine Beeinflussung durch den Konsum illegaler Drogen nachgewiesen werden konnte, nahm in den letzten Jahren deutlich zu: Zwischen 1997 und 2004 stieg die Zahl der Unfälle mit Personenschaden und der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ von 612 auf 1.521, das entspricht einem Anstieg um rund 150 %. Im Gegensatz hierzu ging die Gesamtzahl aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden in diesem Zeitraum um ca. 11 % zurück (von 381.000 auf 339.000).

Während Fahrer unter Alkoholeinfluss relativ leicht an dem typischen Atemgeruch erkannt werden können, ist die Entdeckung von drogen- oder arzneimittelbeeinflussten Fahrern deutlich schwieriger. Die Polizei ist darauf angewiesen, durch das Erkennen von Auffälligkeiten im Verhalten und Erscheinungsbild oder durch die Entdeckung von Drogenutensilien im Fahrzeug einen Hinweis auf aktuellen Konsum zu erhalten.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) hat die Bundesanstalt für Straßenwesen ein Schulungsprogramm „Drogenerkennung im Straßenverkehr“ für Polizeibeamte entwickeln lassen. Mit zunehmender Fähigkeit der Polizeibeamten, die Drogenbeeinflussung von Kraftfahrern zu erkennen, reduziert sich die Dunkelziffer der „Drogenfahrten“. Eine Studie hat jetzt den Erfolg dieser Maßnahme bestätigt. Danach sind durch das Schulungsprogramm insgesamt circa 180.000 und damit zwei Drittel aller Polizeibeamten erreicht worden. Auch andere Länder haben mittlerweile ihr Interesse an den Schulungsmaßnahmen signalisiert.

Kraftfahrer, die unter dem Einfluss des Konsums illegaler Drogen stehen, müssen zunehmend damit rechnen, dass die Drogenfahrt erkannt und bestraft wird. Hieran hat sich auch durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 21. Dezember 2004 zu Fahrten unter Cannabiseinfluss nichts geändert. Das Urteil ist keineswegs als Lockerung des Verbots für Fahrten unter Cannabiseinfluss zu verstehen. Es stellt lediglich klar, dass die nach § 24a Abs. 2 StVG erforderliche Wirkung nur vorliegt, „wenn eine THC-Konzentration im Blut festgestellt wird, die es als möglich erscheinen lässt, dass der untersuchte Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr teilgenommen hat, obwohl seine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt war“. Dem Urteil ist zu entnehmen, dass eine solche Wirkung bei THC-Konzentrationen unter 1 ng/ml im Blut regelmäßig nicht mehr angenommen werden kann. Die konsequente Ahndung von Drogenfahrten ist ein wichtiger Beitrag zur Prävention.

Bei der Prävention von „Alkohol am Steuer“ ist seit Anfang der 90er Jahre viel erreicht worden. Insbesondere die Einführung der 0,5-Promille-Grenze hat zu einem spürbaren Rückgang von Unfällen unter Alkoholeinfluss geführt. Dieser positive Trend setzt sich fort. Auch 2004 ist die Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss im Straßenverkehr zurückgegangen, und zwar um rund 6 %. Alkohol liegt mittlerweile in der Liste der Unfallursachen erst an fünfter Stelle. Dennoch sterben immer noch zu viele Menschen an den Folgen alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr. Allein 2004 forderte Alkohol am Steuer 704 Verkehrstote. Dabei hat sich gezeigt, dass gerade der Anteil junger Fahrerinnen und Fahrer, die alkoholisiert an Unfällen mit Personenschaden beteiligt sind, überdurchschnittlich hoch ist. Vor diesem Hintergrund gibt es Überlegungen der Bundesregierung, ein besonderes Alkoholverbot für junge Fahrer während der Probezeit einzuführen.

2.8. Migration und Sucht

2.8.1. Projekte zur Suchtprävention des Bundesministeriums des Innern

Die beste Suchtprävention für Migrantinnen und Migranten ist die Integration. Deshalb fördert das Bundesministerium des Innern (BMI) zahlreiche Maßnahmen zur Integration, die grundsätzlich auch einen präventiven Charakter haben. Hervorzuheben ist insbesondere das Projekt „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund seit 1989 durchgeführt wird. Der Sport hat außer der integrativen auch eine präventive Funktion. Durch die Stärkung des Selbstwertgefühls durch sportliche Erfolgserlebnisse und das feste Regel- und Normensystem der Sportvereine wird den Zuwanderern Halt und Orientierung in der für sie schwierigen Eingewöhnungsphase gegeben. Dies macht sie weitgehend immun gegen Gefährdungen aller Art, wie beispielsweise dem Konsum legaler und illegaler Drogen. Im Haushaltsjahr 2005 wurde dieses Projekt mit 5,2 Millionen Euro gefördert.

Außerdem sind im Haushaltsjahr 2005 aus Integrationsmitteln des BMI Projekte gefördert worden, die neben der sozialen Integration auch eine gezielte Vorbeugung gegen Alkoholmissbrauch und den Konsum illegaler Drogen enthalten. Diese Projekte enthalten die Drogenprävention als flankierende Maßnahme zu anderen Themenbereichen.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Projekte:

PROJEKTLISTE

1. Projekt: „Brückenschlag“
Projektort: Emden/Niedersachsen
Träger: Evangelische KK Emden

Projekthinhalte:

- geschlechtsspezifische Angebote für junge Migrantinnen
- Angebote zur Förderung des Zusammenlebens von Einheimischen und Migranten
- Trainingskurse zur Stärkung der Persönlichkeit
- Prävention im Bereich von Suchtmittelmissbrauch und Gewalt

2. Projekt: „Miteinander leben“
Projektort: Wolfhagen/Hessen
Träger: Diakonisches Werk Hofgeismar-Wolfhagen

Projektinhalte:

- Integrationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche
- Aufbau von Kontakten zwischen Einheimischen und Zuwanderern
- aufsuchende Sozialarbeit
- Einbindung in vorhandene Netzwerke
- präventive Sozialarbeit im Bereich Gewalt und Sucht

3. Projekt: Schaffung eines Netzwerkes zur sozialen Integration von Aus-siedlern
Projektort: Georgsmarienhütte/Kreis Osnabrück/Niedersachsen
Träger: Stadt Georgsmarienhütte

Projektinhalte:

- Einrichtung einer Informationsstelle, Vernetzung der Angebote
- Gewinnung von Kooperationspartnern
- Abbau von Berührungängsten
- Ermöglichung von Begegnungen
- Präventionsarbeit zu Gewalt und Sucht
- Stärkung der Selbsthilfekräfte
- Entwicklung von Perspektiven

4. Projekt: Integration junger Spätaussiedler in das Gemeinwesen des Landkreises Straubing
Projektort: Kreis Straubing/Bayern
Träger: Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e. V.

Projektinhalte:

- aufsuchende Betreuungsarbeit
- primäre und sekundäre Suchtpräventionsarbeit
- erlebnispädagogische Freizeitangebote
- Familienhilfe
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit

5. Projekt: Einbindung ehrenamtlicher Betreuer von Aussiedlern in bestehende Netzwerke
Projektort: bundesweit
Träger: Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e. V.

Projekthalte:

- Ausbau von Jugendbetreuung
- Einbindung der Eltern in Schulen und Ausbildungseinrichtungen
- Verstärkung der Suchtprävention
- Betreuung straffällig gewordener Jugendlicher in den Justizvollzugsanstalten

6. Projekt: Integration junger Spätaussiedler in das Gemeinwesen von Heinsberg
Projektort: Heinsberg/Nordrhein-Westfalen
Träger: Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e. V.

Projekthalte:

- Aufbau und Koordination ehrenamtlicher Betreuung
- aufsuchende Betreuungsarbeit
- Suchtpräventionsarbeit
- erlebnispädagogische Freizeitangebote
- Gewährung von ehrenamtlicher Multiplikatoren

Daneben werden aus Mitteln des BMI spezielle Drogenpräventionsprojekte gefördert. In diesen Projekten werden mittels gezielter sozialpädagogischer Begleitung insbesondere drogengefährdete bzw. -abhängige Aussiedler veranlasst, die Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen, da sie die Regelangebote häufig von sich aus nicht nutzen.

1. Projekt: „Horizont“
Projektort: Niederschlesischer Oberlausitzkreis/Sachsen
Träger: Diakonisches Werk Hoyerswerda

Projekthalte:

- Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten von Spätaussiedlern und anderen Migranten zur Suchtkrankenhilfe und Prävention

- 2. Projekt:** Interkulturelle Suchtprävention
Projektort: Euskirchen/Nordrhein-Westfalen
Träger: „Pater Noster“ – Kath. Jugendwerk im Kreisdekanat Euskirchen

Projekthinhalte:

- punktgenaue Klientenaufklärung der Zielgruppe zur Thematik „Sucht und ihre Gefahren“
- Hinführung ins bestehende Beratungsnetzwerk

- 3. Projekt:** Psychosoziales Angebot im Gemeinwesen für Migranten
Projektort: Chemnitz/Sachsen
Träger: Caritasverband für Chemnitz und Umgebung e. V.

Projekthinhalte:

- Hilfe durch Gespräche und Erfahrungsaustausch in der Gruppe
- Erlernen von Konfliktlösungsstrategien
- Gesundheitsschutz und vorbeugende Arbeit gegen Suchtentwicklung

- 4. Projekt:** Netzwerk Suchtprävention
Projektort: Borken/Nordrhein-Westfalen
Träger: Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk West-Münsterland

Projekthinhalte:

- Netzwerkarbeit und Suchtprävention für jugendliche Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler im Kreis Borken

- 5. Projekt:** Präventionsangebote und Hilfen für Aussiedler zum Thema Alkoholgefährdung
Projektort: Bielefeld/Nordrhein-Westfalen
Träger: Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Borken

Projekthinhalte:

- Aufklärung über Alkoholmissbrauch, Sucht- und Suchtentwicklung
- Integration in bestehende Angebote der Suchtkrankenhilfe
- Förderung der Vernetzung von Einrichtungen im Suchthilfebereich

6. Projekt: „Handschlag“
Projektort: Friedrichshafen/Bodenseekreis/Baden-Württemberg
Träger: Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Bodenseekreis e. V.

Projekthalte:

- integrative Sucht- und Gewaltprävention mit jungen Spätaussiedlern
- primärpräventive Angebote für Aussiedler und ihr Familiensystem in enger Kooperation zwischen den Fachdiensten

7. Projekt: „Kampf der Sucht“
Projektort: Kreis Rosenheim/Bayern
Träger: Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e. V.

Projekthalte:

- Aufbau und Koordination der ehrenamtlichen Betreuung
- aufsuchende Betreuungsarbeit
- Einsatz von Key- und Lotsenpersonal, primäre und sekundäre Suchtprävention zusammen mit der Drogenberatung
- erlebnispädagogische Freizeitangebote
- Familienhilfe
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit

Insgesamt sind für alle oben genannten Maßnahmen mehr als 600.000 Euro zur Verfügung gestellt worden.

2.8.2. Fortbildungsreihe „Sucht – Migration – Hilfe“

Aus Integrationsmitteln des Bundesministeriums des Innern (BMI) wurde ferner auf Initiative der Drogenbeauftragten und des Aussiedlerbeauftragten der Bundesregierung im Jahr 2002 die Werkstattreihe „Sucht – Migration – Hilfe“ initiiert. Die Reihe richtete sich an Fachkräfte aus Suchthilfe und Migrationsdiensten. Ziele des Fortbildungsprojektes waren zum einen die Sensibilisierung für den Zusammenhang von Sucht und Migration, die Förderung von Qualitäts- und Kompetenzentwicklung in Prävention, Beratung, Therapie und die Anregung von Prozessen der interkulturellen Öffnung. Ein wesentlicher Schwerpunkt war die Verbesserung der Versorgungssituation für abhängigkeitskranke oder -gefährdete

Migrantinnen und Migranten sowie die Initiierung von Kooperation und Vernetzung durch die Zusammenarbeit in der Seminargruppe.

Das Modellprojekt wurde 2002 unter Federführung des BMI und in Trägerschaft des AWO Bundesverbandes e.V. und des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR) eingerichtet und ist im Mai 2004 ausgelaufen. Durch das Projekt konnten Erkenntnisse im Hinblick auf die Entwicklung von neuen Konzeptionen und Methoden in der Integrationsarbeit gewonnen werden. Hierzu zählen unter anderem Maßnahmen zur gezielten Vorbeugung gegen Drogen und Kriminalität bei Jugendlichen.

Die praktischen Erfahrungen bei der Durchführung des erfolgreichen Modellprojekts wurden in einer von der AWO und dem FDR herausgegebenen Handreichung aufgezeigt, die jetzt erschienen ist und Einrichtungen der Suchthilfe zur Verfügung gestellt werden soll. Darüber hinaus zeigt die Publikation den Zusammenhang zwischen Sucht und Migration auf. Sie soll damit den in der Praxis Tätigen helfen, die Ursachen für die Gefahren der Sucht besser zu erkennen und fachliche Lücken zu schließen. Außerdem soll die Publikation in den Einrichtungen der Suchthilfe eingesetzt werden und zur Verbesserung suchtgefährdeter und suchtkranker Zuwanderinnen und Zuwanderer beitragen.

2.9. Bundesweite Vernetzung: PrevNet.de und Dokumentation Dot.sys

Ein zentrales Ziel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist die Professionalisierung der suchtpreventiven Arbeit in Deutschland. Die BZgA besitzt eine Schlüsselstellung bei der Kompetenz- und Kooperationsförderung von Fachleuten aus dem Bereich der Suchtprevention. Durch zwei von Bund und Ländern gemeinschaftlich getragene Projekte fördert sie die Bildung von Expertentum im suchtpreventiven Versorgungssektor.

Das internetgestützte „Netzwerk Prevnet.de“ wurde für Expertinnen und Experten der Suchtvorbeugung entwickelt. Es ist im September 2004 online gegangen und verfügt bis dato über mehr als 500 aktive Mitglieder aus fast 400 Einrichtungen der Suchtvorbeugung aus zehn Bundesländern: Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Saarland. Besonders gut hat sich der interaktive Teil des Portals entwickelt. Über die Funktionen eines virtuellen Büros, wie beispielsweise Arbeitsgruppen und die dazugehörigen Foren, werden der fachliche Austausch und die Kooperation der Fachleute unterstützt. Dieser Bereich ist passwortgeschützt und steht ausschließlich PrevNet-Mitgliedern zur Verfügung. In dem informativen Teil des Portals werden Informationen über Einrichtungen, Akteure und Aktivitäten gebündelt zur Verfügung gestellt. Es sind über 200 Projekte, ca. 250 Materialien und über 60 Studien der Suchtprevention enthalten. Fachleute und andere Interessierte können ohne Anmeldung eine Datenbankrecherche in allen Rubriken der Seite betreiben.

Das computergestützte Dokumentationssystem „Dot.sys“ dient der bundesweit einheitlichen Sichtung, Systematisierung und Optimierung von Präventionsaktivitäten in Deutschland. Seit Januar 2005 hat es in allen Bundesländern seinen Einsatz gefunden. Mitte dieses Jahres werden erste aggregierte Daten zu suchtpreventiven Maßnahmen in Deutschland vorliegen.

2.10. Expertise „Prävention des Substanzmissbrauchs“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Jahr 2004 die Erstellung einer Expertise zum Thema „Suchtprävention“ eingeleitet. Nachdem im Jahre 1993 die erste „Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ veröffentlicht worden war, bestand nach über 10 Jahren Bedarf, den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Suchtprävention der Fachöffentlichkeit in Deutschland zusammenzufassen. Damit wurde das Institut für Therapieforchung in München beauftragt. Während die Expertise von 1993 den Fokus auf der Zusammenstellung von Vorschlägen für präventive Strategien hatte, sollte in der aktuellen Expertise die Weitergabe von evidenzbasiertem Wissen zur Suchtprävention im Mittelpunkt stehen.

Ziel der Expertise war es, die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention des Substanzmissbrauchs anhand von qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen zu beurteilen. Wirksamkeit wurde dabei definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsumverhaltens von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen. Sowohl Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention wurden berücksichtigt.

Für den Zeitraum 1993 bis 2003 wurden 49 Veröffentlichungen systematisch identifiziert und ausgewählt. Die untersuchten Präventionsmaßnahmen wurden nach Art der Ergebnisse, Zielgruppe der Maßnahme, Handlungsfeld und Substanz systematisiert. Präventionsstrategien wurden in Form einer Schlussfolgerung zusammen mit einem Evidenzstärkegrad bewertet. Jede Schlussfolgerung enthält einen Evidenzstärkegrad und wurde mit einem Hinweis versehen, auf welchen Arbeiten sie basiert. Vorgestellt werden Schlussfolgerungen zur Effektivität von Maßnahmen, die in unterschiedlichen Settings angesiedelt sind sowie substanzspezifische Schlussfolgerungen. Aussagen zu geschlechtsspezifischer Wirksamkeit und negativen Folgen von Suchtprävention sowie zu Effizienz werden ebenfalls gezeigt. Außerdem wird der theoretische Hintergrund der effektiven Maßnahmen dargestellt.

Die wichtigsten Ergebnisse

Unter Berücksichtigung der Evidenzgrade kann empfohlen werden,

- in der Familie umfassende Maßnahmen, d. h. kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings anzubieten;
- in der Schule interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme durchzuführen;
- in der Schule keine alleinige Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen durchzuführen;
- Medienkampagnen als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme einzusetzen;
- über gesetzgeberische Maßnahmen den Preis von Substanzen und die legale Altersgrenze des Konsums zu beeinflussen.

Für das Handlungsfeld Freizeit konnten keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Hinsichtlich der kommunalen Suchtprävention (Community) besteht noch eine widersprüchliche Befundlage.

Die Expertise richtet sich an Planer und Entscheider auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und informiert über den gegenwärtigen Stand bester suchtpreventiver Praxis; sie soll eine qualifizierte Unterstützung für die Konzeption suchtpreventiver Maßnahmen bieten. Die Expertise ist in der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ der BZgA veröffentlicht.

2.11. Exkurs: Pathologisches Glücksspiel

Das so genannte „Pathologische Glücksspiel“ ist als Krankheit anerkannt, und zwar als eigenständiges Krankheitsbild innerhalb der psychischen Störungen. Nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger aus den Jahren 2000 und 2001 bedarf damit das Pathologische Glücksspiel einer entsprechenden Rehabilitation mit glücksspielspezifischen Behandlungsangeboten. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass die Rentenversicherungsträger auch eine Rehabilitationsbehandlung finanzieren.

Nach Schätzungen sind 80 % der pathologisch Glücksspielsüchtigen Automatenspieler. Was die Gesamtzahl der Betroffenen in Deutschland angeht, gibt es unterschiedliche Schätzungen, die von 50.000 bis zu mehreren Hunderttausend Personen reichen. Um in Zukunft über belastbarere Daten zu verfügen, ist geplant, den regelmäßig durchgeführten „Epidemiologischen Suchtsurvey“ um zusätzliche Fragen zum Thema „Pathologisches Spielverhalten“ zu ergänzen.

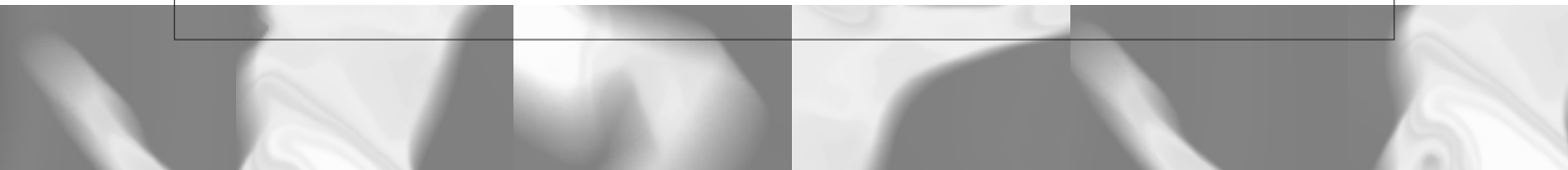
Der Großteil der Umsätze des Glücksspielmarktes ist Regulierungen unterworfen, die in der ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz der Länder liegen. Im Gegensatz zu diesem so genannten „Staatlichen Glücksspiel“ liegt die Regelungskompetenz für das „gewerbliche Spiel“ beim Bund. Hier fanden im Jahr 2005 die über sechsjährigen Verhandlungen über die Novellierung der Spielverordnung mit deren Inkrafttreten zum 1. Januar 2006 ihren Abschluss.

Um die gesundheits- und suchtpolitische Sichtweise beim Thema „Gewerbliches Spiel“ nicht außer Acht zu lassen, nahm das Bundesministerium für Gesundheit und die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung an den Verhandlungen über die Novellierung der Spielverordnung teil, obwohl dies nach der Gewerbeordnung nicht vorgesehen ist. Die aus suchtpolitischer Sicht geäußerten Bedenken deckten sich mit vielen Stellungnahmen zu dem Novellierungsentwurf von Suchthilfeverbänden und auch der Jugend- und Gesundheitsministerien der Länder. Es konnte nachdrücklich deutlich gemacht werden, dass die Interessen der Anbieterseite nach Markterweiterung und der damit verbundenen wachsenden Einnahmen nicht übermäßig stark berücksichtigt werden dürfen.

In den strittigen Punkten konnten die ursprünglichen Vorgaben des damaligen Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit in Zusammenarbeit mit den Einvernehmensministerien des Innern und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend deutlich abgeschwächt werden. Dies betrifft die Verkürzung der Mindestlaufzeit auf fünf Sekunden, die zulässige Höchstverlustgrenze von 80 Euro inklusive Umsatzsteuer, die zusätzlichen technischen Sicherungsmaßnahmen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes an allen drei Geräten in Gaststätten, wenn ein drittes Gerät aufgestellt wird, sowie die zulässige Gesamtzahl von höchstens zwölf Geräten in Spielhallen, was der Intervention des Bundesrates zu verdanken ist. Im Zuge der Ressortabstimmung wurde der ursprüngliche Entwurf auch um Maßnahmen des verbesserten Jugend- und Spielerschutzes ergänzt. Diese Maßnahmen sowie das Verbot der Fun Games sind aus suchtpolitischer Sicht ausdrücklich zu begrüßen. Das Verbot der Fun Games schafft in diesem Bereich endlich Rechtsklarheit.

Es ist nicht klar, ob die Novellierung wirklich zu größeren Problemen führen wird. Eine Ausweitung der Problematik des Pathologischen Glücksspieles wird durch die Neugestaltung der Spielverordnung letztlich aber nie ganz auszuschließen sein. Aus suchtpolitischen Erwägungen wurde eine Berichtspflicht nach vier Jahren über die Auswirkungen der neuen Bestimmungen, insbesondere auch im Hinblick auf die Problematik des Pathologischen Glücksspiels, in die Verordnungsbegründung aufgenommen.

3. Behandlung



3. Behandlung

3.1. Behandlung Opiatabhängiger

3.1.1. Erfahrungen mit dem Substitutionsregister

Vorbemerkung zur Substitutionsbehandlung

Eine Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Suchterkrankung. Neben einer drogenfreien ambulanten oder stationären Therapie gibt es das Angebot einer substitutionsgestützten Therapie. Die rechtlichen Grundlagen der Substitutionsbehandlung wurden im Jahr 2001 im Betäubungsmittelgesetz und in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (§§ 5 ff) verankert. Die von der Bundesärztekammer 2002 erarbeiteten Substitutions-Richtlinien stellen die fachliche Grundlage für die Substitutionsbehandlung dar. Sie halten an der Suchtmittelfreiheit als oberstem Ziel der Behandlung fest, wobei aber die Sicherung des Überlebens, die gesundheitliche und soziale Stabilisierung und die berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration als Vorstufen innerhalb eines umfassenden Behandlungskonzeptes gelten. Die Substitutionsbehandlung erfüllt auch präventive Aufgaben, z. B. die Vermeidung von Infektionskrankheiten. Die Substitutionsbehandlung soll von psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen begleitet werden. In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – den so genannte BUB-Richtlinien – wird die substitutionsgestützte Behandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt.

Rechtsgrundlage des Substitutionsregisters

Gemäß § 5a Abs. 1 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder als vom Bund entliehenes Organ das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben (insbesondere Patientencode, Substitutionsmittel, Beginn und Ende der Behandlung, ggf. Konsiliarius) zu melden. Ferner haben die Ärztekammern zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle die Ärztinnen und Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, gemäß § 5a Abs. 5 Satz 1 BtMVV mitzuteilen.

Aufgaben

Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Verhinderung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für denselben Patienten, die Überprüfung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte und die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden.

Derzeitiges Meldeverfahren

Das elektronisch ausfüllbare Meldeformular sowie Informationen zum Substitutionsregister stehen im Internet unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel“ zur Verfügung. Circa 75 % der eingehenden Meldeformulare sind allerdings handschriftlich ausgefüllt. Die Meldungen erfolgen derzeit ausschließlich schriftlich per Post und die gemeldeten Daten werden manuell in der Datenbank des Substitutionsregisters erfasst. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchtttherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst.

Ausblick zum Meldeverfahren

Es wird aktuell das Verfahren erprobt, alternativ zur schriftlichen Meldung der Ärzte einen Datenaustausch auf elektronischem Wege - unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften - zu ermöglichen und damit Ressourcen sowohl bei den meldenden Ärzten als auch beim Substitutionsregister einzusparen.

Datenauswertung

Innerhalb der ersten dreieinhalb Jahre der bestehenden Meldepflicht (01.07.2002 bis 31.12.2005) wurden rund 206.000 Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Davon wurden ca. 142.000 Behandlungen bereits wieder beendet. Diese hohen Zahlen sind die Folge davon, dass oftmals dieselben Patienten innerhalb weniger Monate entweder durch denselben Arzt oder auch durch verschiedene Ärzte mehrfach an- und wieder abgemeldet werden. Die Zahl der aktuell in Behandlung befindlichen und gemeldeten Patienten steigt seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich an:

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland

Stichtag	Anzahl (ca.)
01.07.2002 (Beginn der Meldepflicht)	46.000
01.07.2003	52.700
01.07.2004	57.700
01.07.2005	61.000

Die Anzahl der meldenden substituierenden Ärzte liegt deutlich niedriger als die Anzahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchtttherapeutisch qualifizierten Ärzte. Auch seitens der Ärzte ist eine nicht zu vernachlässigende Fluktuation zu verzeichnen (z. B. in Substitutionsambulanzen), die mit Ummeldungen der Patienten einhergeht.

Anzahl der substituierenden Ärzte in Deutschland in 2005

Ärzte	Anzahl (ca.)
Meldende substituierende Ärzte	2.670
von substituierenden Ärzten gemeldete Konsiliarier	300
Ärzte mit suchtttherapeutischer Qualifikation lt. Ärztekammer-Meldungen	9.000

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Auffällig ist allerdings der in den vergangenen Jahren ansteigende Anteil an Buprenorphin:

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel in Deutschland

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005
Methadon	72,1 %	70,8 %	68,3 %	66,2 %
Levomethadon	16,2 %	14,8 %	15,0 %	15,8 %
Buprenorphin	9,7 %	13,0 %	15,6 %	17,2 %
Dihydrocodein	1,7 %	1,2 %	0,9 %	0,7 %
Codein	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %

Erhöhte Sicherheit im Rahmen von Substitutionsbehandlungen

Seit bestehender Meldepflicht konnten durch das Substitutionsregister bis Ende 2005 bundesweit ca. 800 Doppelbehandlungen von Patienten aufgedeckt werden, die von den betroffenen Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters gem. § 5a Abs. 4 BtMVV beendet wurden.

An die zuständigen Überwachungsbehörden werden gem. § 5a Abs. 5 Satz 2 BtMVV regelmäßig Daten über Ärzte weitergeleitet, die ohne Konsiliarier Substitutionsmittel verschrieben haben oder als Konsiliarier gemeldet wurden, jedoch nicht die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen. In erfolgreicher Zusammenarbeit mit den zuständigen Überwachungsbehörden hat sich die Anzahl dieser Ärzte hauptsächlich durch zwischenzeitlichen Erwerb der suchtttherapeutischen Qualifikation oder nachträgliche Einschaltung eines Konsiliarier kontinuierlich reduziert:

Substituierende Ärzte ohne Konsiliarius und suchttherapeutische Qualifikation in Deutschland

Recherche	Anzahl Ärzte
Januar 2003	358
November 2003	153
November 2004	100
November 2005	68

Statistische Auswertungen

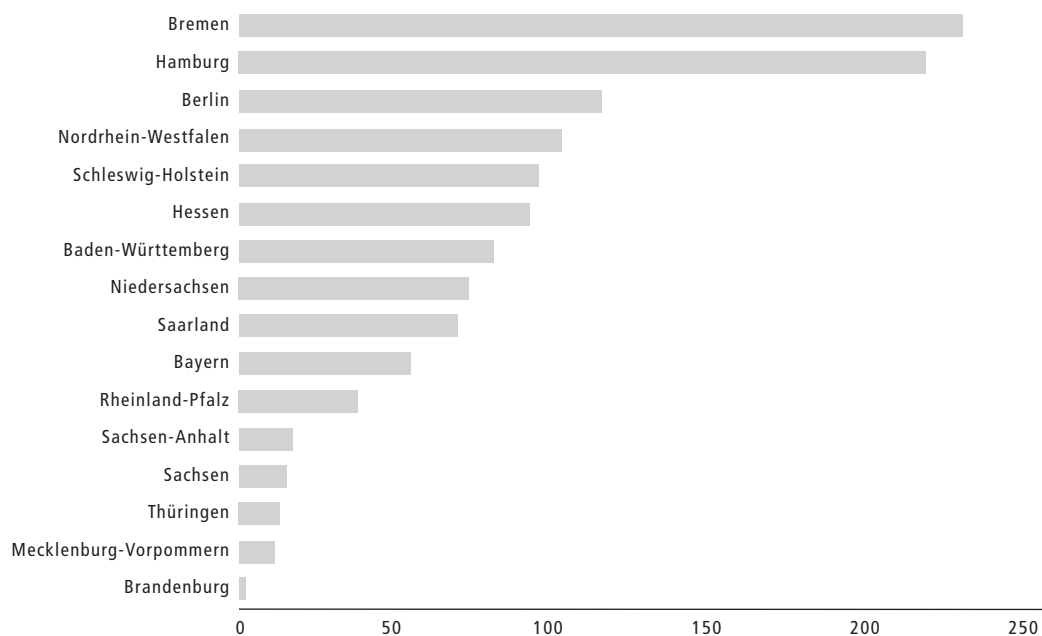
Das Substitutionsregister teilt den 181 Überwachungsbehörden in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung gebietsspezifisch die arztbezogenen Daten gemäß § 5a Abs. 6 BtMWV mit.

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.10.2005	substituierende Ärzte in 2005
Baden-Württemberg	8.870	420
Bayern	7.035	317
Berlin	3.769	161
Brandenburg	38	11
Bremen	1.539	67
Hamburg	3.858	110
Hessen	5.889	218
Mecklenburg-Vorpommern	180	16
Niedersachsen	5.832	271
Nordrhein-Westfalen	18.474	770
Rheinland-Pfalz	1.628	78
Saarland	740	24
Sachsen	643	18
Sachsen-Anhalt	451	28
Schleswig-Holstein	2.790	133
Thüringen	278	22

Stand: Januar 2006

Die Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern stellt sich wie folgt dar:

Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.10.2005)



3.1.2. Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiat-abhängiger“ (ASTO)

Seit Januar 2000 führte die Ärztekammer Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES, Berlin) ein Entwicklungsprojekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger durch (Projekt „ASTO“). Das Projekt wurde durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, das Bundesministerium für Gesundheit sowie Industriesponsoren unterstützt.

Folgende Hauptziele wurden für das Projekt ASTO formuliert:

- Optimierung der therapeutischen Prozesse in der ambulanten Substitutionstherapie;
- Optimierung der organisatorischen Abläufe innerhalb der einzelnen Praxen und Ambulanzen;
- Verbesserung der Kooperation und Vernetzung zwischen substituierenden Ärzten und dem übrigen Drogenhilfesystem;
- Erhöhung der Rechtssicherheit für substituierende Praxen und Ambulanzen.

Wichtigstes Arbeitsergebnis der ersten Projektphase ist das „Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO-Handbuch), das durch Projektteilnehmer unterschiedlicher Professionen entwickelt wurde. Konkrete Erfahrungen und Werkzeuge aus der täglichen Praxis sind direkt in das ASTO-Handbuch eingeflossen. Das ASTO-Handbuch soll den Benutzer zur systematischen Analyse der eigenen Einrichtung und ihrer Arbeitsprozesse anleiten. Der Benutzer soll seine Praxis oder Ambulanz einer Analyse unterziehen, um Problemfelder und Schwachstellen aufdecken zu können. Es werden Empfehlungen zu geeigneten Lösungen für die Probleme gegeben und Beispiele für die Umsetzung der Lösungen in die Praxis aufgezeigt.

Im Dezember 2004 wurde die zweite Phase des ASTO-Projektes, in der es primär darum ging, die Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie bzw. in den beteiligten Einrichtungen voranzutreiben, abgeschlossen. Als Grundlage dazu diente das ASTO-Handbuch, das gleichzeitig weiterentwickelt und überarbeitet wurde. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen wurden Ärztinnen und Ärzte sowie deren Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus Suchthilfeeinrichtungen umfassend zum Thema Qualitätsmanagement informiert. Anhand praktischer Beispiele wurden die Teilnehmer im Umgang mit dem ASTO-Handbuch geschult und erhielten Hilfestellungen für die konkrete Umsetzung.

Darüber hinaus wurden die Inhalte des ASTO-Handbuchs in ausgesuchten Modellpraxen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines neu entwickelten Gruppen-Coaching-Modells umgesetzt. Dieses Coaching-Modell stellt ein spezielles Beratungsangebot für Arztpraxen dar, die ein Qualitätsmanagement-System für ihre Praxis am Beispiel der Substitutionstherapie Opiatabhängiger aufbauen wollen. Im Laufe eines Coachingdurchgangs sollen die teilnehmenden Praxen:

- mit den Instrumenten und Normen des Qualitätsmanagement vertraut gemacht werden;
- ihre wichtigsten Arbeitsprozesse in der Substitutionstherapie - und in diesem Zusammenhang auch die internen Arbeitsstrukturen und Rahmenbedingungen der Praxis - einer Schwachstellenanalyse unterziehen;
- ein Optimierungskonzept für ihre Praxis erarbeiten;
- die einzelnen Verbesserungsmaßnahmen in der Praxis erproben und einführen;
- praxisinterne Verfahren der kontinuierlichen Verbesserung installieren und
- ihr QM-System entsprechend den Vorgaben einschlägiger Normen dokumentieren.

Das ASTO-Coaching orientiert sich methodisch an etablierten Verfahren des Qualitätsmanagements (QM) sowie an Systemansätzen, die bereits im Gesundheitswesen angeboten werden. Nach Ablauf der jeweiligen Coachingphase sollen die beteiligten Arztpraxen über ein dokumentiertes QM-System für die Substitutionstherapie Opiatabhängiger verfügen. Mehr als 1550 ASTO-Handbücher wurden bundesweit bereits durch Arztpraxen und Ambulanzen sowie weitere Institutionen angefordert. Eine erste umfassende Überarbeitung, die

insbesondere auch Gesetzes- und Verordnungsänderungen berücksichtigte, wurde Anfang 2004 an alle Bezieher des Handbuchs versendet.

Die Ergebnisse der beiden Phasen des ASTO-Projekts wurden im Rahmen einer längsschnittlich angelegten Evaluationsstudie untersucht. Bei Start des Projekts im Jahr 2000 wurde in 74 Arztpraxen und 16 Ambulanzen eine Erhebung zur Versorgungspraxis und Qualität der Substitutionstherapie bzw. der entsprechenden Dokumentation durchgeführt. Am Ende des ASTO-Projektes im Jahr 2005 folgte in diesen Einrichtungen eine zweite Erhebung. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass in den substituierenden Arztpraxen und Ambulanzen in Nordrhein-Westfalen ein Prozess der Professionalisierung und der Organisationsentwicklung stattgefunden hat, der zu einer erkennbaren Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität geführt hat. Die Evaluation belegt ferner, dass dieser Prozess sowohl durch das ASTO-Handbuch als auch durch das Coaching-Angebot in starkem Maße positiv unterstützt wurde.

3.1.3. Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung

Das seit 2002 laufende „Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung“ Opiatabhängiger ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), den Städten Bonn, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und München sowie den Bundesländern Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen gemeinsam durchgeführtes und finanziertes Projekt.

Zielgruppe des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung sind Schwerstopiatabhängige, die entweder überhaupt nicht therapiert bzw. von keinem Drogenhilfesystem erreicht werden, obwohl sie dringend behandlungsbedürftig sind, oder die nicht ausreichend von einer Methadon-Behandlung profitieren. Die eine Hälfte dieser Opiatabhängigen wurde mit Heroin, die andere mit Methadon behandelt. Untersucht wurde, ob durch eine heroingestützte Behandlung diese Zielgruppe erreicht und gesundheitlich sowie sozial besser stabilisiert werden kann als durch die Behandlung mit Methadon, die die Kontrollbehandlung darstellt. Überprüft wurde auch, inwiefern die Patienten in der Behandlung gehalten und zur Teilnahme an weiterführenden Therapien zur Suchtbehandlung motiviert werden konnten und ob das Angebot sinnvoll in das bestehende Drogenhilfesystem integriert werden kann. Neben der medikamentösen Behandlung wurden die Patienten psychosozial betreut.

Nach Abschluss der ersten 12-monatigen Studienphase zeichnen sich folgende Tendenzen ab:

- In beiden Behandlungsgruppen sind eine deutliche gesundheitliche Verbesserung und ein Rückgang des illegalen Drogenkonsums eingetreten.
- Die Heroinbehandlung führte bei der speziellen Zielgruppe dieses Projektes bezüglich der gesundheitlichen Verbesserung und des Rückgangs des illegalen Drogenkonsums zu signifikant größeren Effekten als die Methadonbehandlung.
- Die verschiedenen untersuchten Formen der psychosozialen Betreuung (Case-Management oder Psychoedukation) unterschieden sich hinsichtlich ihres Einflusses auf den Behandlungserfolg nicht.

Nach erfolgter Auswertung der Unterlagen aus dieser ersten Studienphase betreibt der pharmazeutische Unternehmer die Zulassung von Heroin als Arzneimittel beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Im Rahmen des Zulassungsverfahrens prüft das BfArM auf der Grundlage der vorgelegten Studiendaten insbesondere die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des heroinhaltigen Prüfartzeimittels. Die zweite Studienphase des Modellprojekts wurde Ende 2005 abgeschlossen. Bis Juni 2006 werden weitere Verlaufsdaten dieser Studienphase zur Sicherheit und langfristigen Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung ausgewertet.

Am 17. Oktober 2005 haben sich die Experten des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel nach § 1 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz mit den Ergebnissen des Modellprojektes befasst und im Wesentlichen folgende Empfehlungen abgegeben:

- Die Verschreibung von Diamorphin (= „Heroin“) soll für Schwerstopiatabhängige mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in engen Grenzen ermöglicht werden.
- Diamorphin soll den Patienten aus Sicherheitsgründen nur in speziell hierfür ausgestatteten Einrichtungen (vergleichbar jenen, die an der Studie beteiligt waren) zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden.

3.2. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung

Vorbemerkung

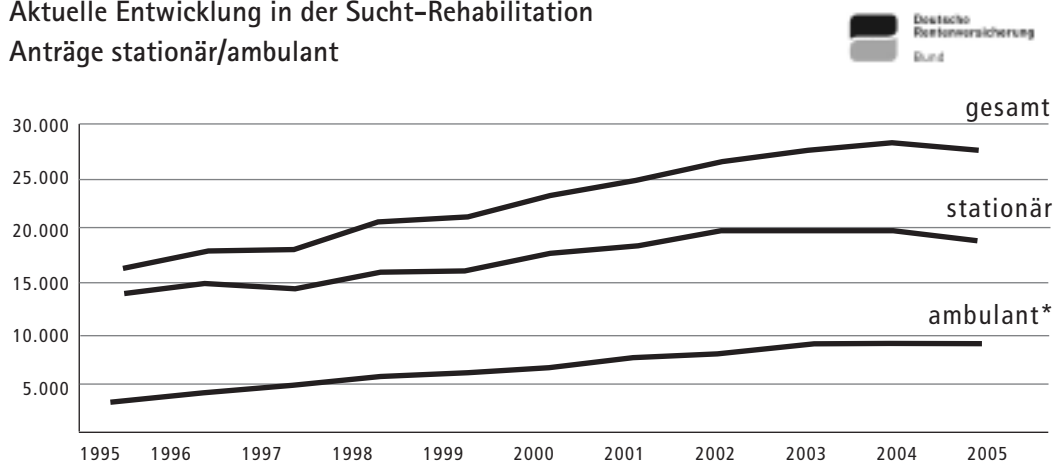
Durch die Organisationsreform der „Deutschen Rentenversicherung“ im Jahr 2005 ist die Unterscheidung nach Arbeiter- und Angestelltenversicherung entfallen. Es wird somit nur noch nach Bundes- und Regionalträgern unterschieden.

3.2.1. Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund

Entwicklung der Anträge, Bewilligungen und der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen in den Jahren 1995 bis 2005

Aktuelle Entwicklung in der Sucht-Rehabilitation

Anträge stationär/ambulant



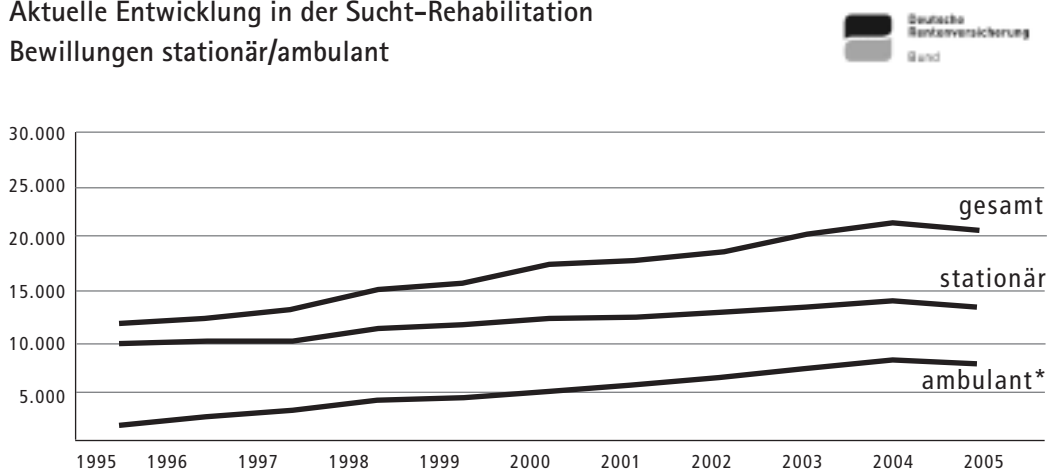
Quelle: Infosys

*inkl. amb. Nachsorge

Die Antragsentwicklung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (vormals BfA) war bis zum Jahre 2004 durch einen stetigen Anstieg sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich gekennzeichnet. Im Jahr 2005 ist ein geringer Rückgang der Anträge auf Suchtrehabilitation um ca. 600 Fälle zu verzeichnen. Der Antragsrückgang betrifft ausschließlich den stationären Bereich. Bei Anträgen auf ambulante Rehabilitation ergibt sich ein leichter Anstieg.

Aktuelle Entwicklung in der Sucht-Rehabilitation

Bewilligungen stationär/ambulant



Quelle: Infosys

*inkl. amb. Nachsorge

Die Entwicklung der Bewilligungen entspricht der Antragsentwicklung. Bis zum Jahre 2004 stieg die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen insbesondere im ambulanten Bereich an.

Im Jahr 2005 gingen die Bewilligungen entsprechend der Entwicklung bei den Anträgen zurück, d.h. der stationäre Bereich ist vom Rückgang betroffen. Die Bewilligungszahlen im ambulanten Bereich sind im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben.

Themen und Projekte der Deutschen Rentenversicherung Bund

1) Selbsthilfeförderung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund unterstützt seit Jahren sowohl die regionale Suchtselbsthilfe (Regionalmittel) als auch die Arbeit der Nachsorge- bzw. Selbsthilfereferenten der innerhalb der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) organisierten Suchtverbände durch finanzielle Zuwendungen gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI. Die Zielstellung der Selbsthilfegruppen besteht darin, langfristig suchtkranke Menschen zu stabilisieren und Rückfälle zu verhindern. Dazu ist es notwendig, durch lebensnahe, praktische und begleitende Unterstützung wichtige Hilfestellungen für die Reintegration ins Erwerbsleben anzubieten. Dies erfordert u. a. einen erhöhten Einsatz ehrenamtlicher Kräfte. Für die regionale Suchtkrankenhilfe sind daher 2005 Zuwendungen in Höhe von 714.000 Euro durch die Deutsche Rentenversicherung Bund verausgabt worden. Diese Regionalmittel kommen in erster Linie den bundesweit existierenden Selbsthilfegruppen zugute, gleichzeitig werden mit diesen Mitteln Schulungen für ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer durchgeführt und Projekte unterstützt, die einen engen Bezug zur Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung aufweisen. Die Arbeit der insbesondere im Bereich der Selbsthilfe tätigen Nachsorgereferenten wurde 2005 mit finanziellen Zuwendungen in Höhe von ca. 1.340.500 Euro gefördert.

2) Weitere Entwicklung der Suchtrehabilitation

Die bereits teilweise in der Vergangenheit beschriebenen Arbeitsschwerpunkte in der Zusammenarbeit der Deutschen Rentenversicherung Bund mit den Rehabilitationsfachklinien, wie

- die Reduzierung der Nichtantrittsquote,
- der weitere Auf- und Ausbau der teilstationären medizinischen Rehabilitationsangebote,
- die Weiterentwicklung der Kombinationsbehandlungen,
- die Schaffung von Verbänden,
- die Anpassung der Therapiekonzepte,
- die methodische Weiterentwicklung des Visitationsverfahrens als Instrument der externen Qualitätssicherung

waren auch im Jahr 2005 im Sinne der größtmöglichen Rehabilitationschance der betroffenen Versicherten handlungsleitend.

- a) Teilstationäre medizinische Rehabilitationsangebote und Kombinationsbehandlungen und Schaffung von Verbänden: Die Rehabilitationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen war in den letzten 20 Jahren mehr als andere Indikationsgebiete von strukturellen Weiterentwicklungen geprägt. Es steht in Deutschland ein differenziertes und hochprofessionelles Rehabilitationssystem zur Verfügung, welches ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten von der ambulanten Behandlung bis zur stationären Langzeittherapie bietet. Vervollständigt wird das Spektrum auch auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung Bund durch das Segment der Tagesrehabilitation. Der Vorzug der modularen Behandlungspläne bzw. -möglichkeiten besteht darin, die jeweiligen Vorteile gegenüber den anderen Angebotsformen zu nutzen und dabei deren Nachteile für den Einzelnen zu vermeiden. Durch die zunehmende Etablierung der teilstationären medizinischen Rehabilitation wird auch die Weiterentwicklung der Kombinationsbehandlung ermöglicht.
- b) Anpassung der Therapiekonzepte: Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt war und ist in Zusammenarbeit mit den Fachkliniken die Anpassung der Behandlungskonzepte und Behandlungsangebote entsprechend den epidemiologischen Veränderungen. Psychiatrische Komorbidität – z. B. Persönlichkeitsstörungen, Angst- und depressive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Essstörungen – finden zunehmend im Rahmen indikativer Behandlungsangebote und spezifischer Behandlungssettings Berücksichtigung.
- c) Methodische Weiterentwicklung des Visitationsverfahrens als Instrument der externen Qualitätssicherung: Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Visitationen von Rehabilitationseinrichtungen durch Zuwendungsmittel gefördert. Visitationen sind ein wesentliches Instrument der externen Qualitätssicherung. Sie stellen im fachlichen Dialog den unmittelbaren Kontakt zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer her. Die zwei zentralen Funktionen sind:
- Verifizierung – gibt den Einrichtungen Sicherheit über die (Kunden-)Zufriedenheit des Leistungsträgers.
 - Beratung – vermittelt den Einrichtungen eine Orientierung über aktuelle und zukünftige Anforderungen an die Einrichtungen.
- Die methodische Weiterentwicklung dieses Instrumentes erhöht die Effizienz der Visitationen und garantiert wesentlich die hohe Qualität rehabilitativer Behandlungen Abhängigkeitskranker.

3.2.2. Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung

1. Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover)

Im Sommer 2005 wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover das Projekt „Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund“ gestartet. Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung erfolgreich erprobter Formen prozessorientierter Intervalltherapie. Sie dient dem Zweck, die von einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung belasteten Versicherten auf eine Teilhabe am Erwerbsleben in ihrer Heimatregion optimal vorzubereiten.

Der Behandlungsrahmen beträgt zwölf Monate. Innerhalb dieses Zeitrahmens können konzeptionell abgestimmte ambulante, ganztags ambulante, stationäre und adaptive Interventionsformen nach Maßgabe des individuellen Verlaufes des Therapieprozesses zielorientiert eingesetzt werden. Wesentliche Grundlage hierfür ist eine prospektive Therapieplanung, mit deren Hilfe der individuelle Bedarf an Interventionen, die notwendig zu sein scheinen, um eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Patienten für seine Erwerbstätigkeit zu erreichen oder einer Verschlechterung entgegenzuwirken, vorläufig festgelegt wird. Um Schnittstellenprobleme beim Übergang von einer Therapieform zur anderen zu verringern, wurde ein Übergabemanagement in Form einer Dreierkonferenz implementiert. An dieser nehmen der abgebende sowie der übernehmende Therapeut und der Patient teil. Eine weitere Schnittstellenproblematik, nämlich der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung und eine daraus resultierende hohe Nichtantrittsquote, wird dadurch krisenarm verringert, dass der Patient die Möglichkeit hat, während des stationären Teils seiner Behandlung gleichsam probeweise die ambulante Behandlungsstelle, seine neue Gruppe und seine neuen Bezugstherapeuten zu besuchen. Dabei auftretende Ängste oder Verunsicherungen können nach der Rückkehr bearbeitet und verringert und ein neuer Anlauf vorbereitet werden. Die Möglichkeit eines therapiebegleitenden Controllings ist durch ein Fallmanagement gegeben, mit dem fortlaufend die Prozessdaten, die Planung der Übergänge, der Verbrauch von Zeiten und Ressourcen überwacht und gegenüber den Therapeuten und dem Leistungsträger kommuniziert werden kann.

Um die Validität wissenschaftlich zu verifizieren, wird die Umsetzung des Konzeptes Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund Lukas-Werk (Region Salzgit-ter) durch ein Forschungsprojekt der Universität Oldenburg wissenschaftlich begleitet. Mit Ergebnissen ist im Jahre 2007 zu rechnen. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover beabsichtigt durch dieses zusätzliche, flexible und passgenaue Therapieangebot die Erfolgchancen einer Entwöhnungsbehandlung zu verbessern, die Nichtantritts- und Frühabbruchquote zu verringern und auf diese Weise langfristig die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wieder herzustellen.

2. Integrierte Rehabilitationsbehandlung (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover)

Bei dem im Oktober 2005 begonnenen Modell „Integrierte Rehabilitationsbehandlung“ handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt zwischen der AOK Niedersachsen, der IKK Niedersachsen, der IKK Weser-Ems sowie der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und dem Diakonieklinikum Osnabrücker Land, Betriebsteil Georgsmarienhütte. Die beteiligten Krankenkassen erbringen diese Leistung im Rahmen der Integrierten Versorgung (§§140a ff SGB V), während die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover dieses Projekt nach §§ 26, 27 SGB IX abwickelt. Bei der Integrierten Rehabilitation erfolgt nach der somatischen Entgiftung in einer internistischen Abteilung (DRG-gebunden) nahtlos ein Übergang in die Integrierte Rehabilitationsbehandlung. Sie richtet sich an Patienten, die direkt nach der Entgiftung noch nicht über eine ausreichende rehabilitationsorientierte Stabilität für weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen verfügen, aber definierte Kriterien erfüllen müssen (dafür wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert). Um die erreichte Abstinenz der Versicherten zu sichern, den so genannten „Drehtüreffekt“ zu vermeiden und um die Nichtantrittsquote zu verringern, wechselt der Versicherte unmittelbar nach der stationären Entgiftung in eine bis zu drei Wochen dauernde Motivations- und Rehabilitationsbehandlung. In dieser werden -mehr als bisher- im zweiten Teil rehabilitative Elemente eingeflochten. Die 21 Tage dauernde Leistung wird in den ersten 14 Tagen von den beteiligten Krankenkassen und für die verbleibende Zeit von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover vergütet, soweit die sich dann nahtlos anschließende medizinische Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover geleistet wird. Das Projekt wird mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden intern von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und den beteiligten Krankenkassen auf seine Wirksamkeit hin überprüft.

3. Modellprojekt „Jugendabteilung Fachklinik Haus Weitenau“ (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg hat mit dem Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation e. V. vereinbart, im Rahmen eines Modellprojekts zur Verbesserung der Rehabilitation suchtkranker Jugendlicher und junger Erwachsener eine praktikable Lösungsmöglichkeit zu erproben. Zielsetzung des Modellprojektes ist die garantierte Nahtlosigkeit der Gesamtbehandlung und ein hohes Maß an Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme. Eine Rehabilitationseinrichtung für suchtmittelabhängige Jugendliche und junge Volljährige muss die Nahtlosigkeit von Entgiftung, Entwöhnung, Adaption und Nachsorge mit der Option zum nahtlosen Übergang in eine stationäre oder ambulante Jugendhilfemaßnahme garantieren. Dies wird durch ein abgestimmtes Therapiekonzept und regional organisierte Kooperationsbeziehungen sichergestellt.

Im Rahmen eines auf 3 Jahre angelegten Modellprojekts soll die Praktikabilität, Umsetzung und Finanzierung überprüft werden. Die Fachklinik „Haus Weitenau“ hat in den letzten Jah-

ren eine spezielle Abteilung für Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren aufgebaut. Sie ist in die Gesamteinrichtung integriert und umfasst 12 Plätze. Jugendliche Abhängigkeitserkrankte kommen dann zur stationären Aufnahme, wenn ambulante Therapiemöglichkeiten und die Angebote der stationären Jugendhilfe nicht mehr ausreichen. In der Jugendabteilung werden drogenabhängige Jugendliche beiderlei Geschlechts aufgenommen. Vorausgesetzt wird die Rehabilitationsfähigkeit des Klientels, eine vorangegangene Entgiftung und eine Kostenzusage des Rehabilitationsträgers. Die Unterbringung des Klientels erfolgt in separaten Räumlichkeiten auf dem Gelände der Fachklinik. Die Jugendlichen haben die Möglichkeit, während des stationären Aufenthalts eine angeschlossene Sonderberufsfachschule zu besuchen und damit ihrer gesetzlichen Pflicht zum Besuch einer Berufsschule nachzukommen. Darüber hinaus kann die Prüfung zum Hauptschulabschluss abgelegt und eine begleitende Vorbereitung für andere Schularten in Anspruch genommen werden.

Obwohl das Modellprojekt erst zum 1. Mai 2005 gestartet wurde, ist die Jugendlichenabteilung mit Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren bereits voll ausgelastet. Die Kapazitätserweiterung wird derzeit insbesondere unter dem Aspekt erwogen, dass zukünftig auch Jugendliche und junge Erwachsene aus dem Kanton Basel in der Jugendlichenabteilung der Fachklinik Weitenau behandelt werden sollen.

4. Antragstellung nach § 125 SGB III auf eine Entwöhnungsbehandlung ohne Sozialbericht (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Um die Zugangswege in die Rehabilitation zu verkürzen und die Effizienz in der Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen zu erhöhen, erfolgt im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (ehemalige LVA Sachsen) die Antragstellung nach § 125 SGB III auf eine Entwöhnungsbehandlung ohne Sozialbericht aus einer Suchtberatungsstelle. Werden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland von der Agentur für Arbeit nach § 125 SGB III aufgefordert, einen Antrag für eine Entwöhnungsbehandlung zu stellen, wird kein Sozialbericht von einer Suchtberatungsstelle benötigt. Der notwendige ärztliche Befundbericht mit Zusatzbogen wird vom Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland mit einem Anschreiben an den Versicherten gesandt. Darin wird dieser aufgefordert, den Hausarzt aufzusuchen. Das Antragsverfahren wird auf diese Weise für den genannten Personenkreis verkürzt und der Versicherte erhält schneller einen Bescheid auf seinen gestellten Antrag. Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland wird dieses unbürokratische und versichertenfreundliche Verfahren auch in den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Thüringen nutzen.

5. Modellprojekt „Modifizierte Kurzzeittherapie“ für Alkoholabhängige am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren (Deutsche Rentenversicherung Schwaben) – Erste Erfahrungen

Das Konzept, welches bereits im Drogen- und Suchtbericht 2004 vorgestellt wurde, sieht nach einer abgeschlossenen, qualifizierten Entzugsbehandlung eine in zwei Teilen durchzuführende Entwöhnung über einen Gesamtzeitraum von 13 Monaten vor. Zunächst wird eine

vierwöchige stationäre Entwöhnung durchgeführt. Während des sich direkt anschließenden ambulanten Teils, welcher für ein Jahr vorgesehen ist, erfolgt eine intensive, ambulante Entwöhnung. Durch das qualifizierte, ambulante wohnortnahe Setting sollen eine größere Anzahl sowie auch andere Gruppen betroffener Menschen erreicht und der Rehabilitationserfolg längerfristig gesichert werden. An der Modellphase, die am 1. Februar 2005 startete, nahmen 120 Patienten teil. Eine von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben geförderte wissenschaftliche Begleituntersuchung soll Aussagen über die Behandlungseffizienz anhand der Parameter Haltequote, Abstinenzquote, kumulative Abstinenz und Schadensbegrenzung treffen.

Nach dem Zwischenbericht des die wissenschaftliche Begleituntersuchung durchführenden Instituts erweist sich die Haltequote als hoch (nur 4,6 % Abbrüche). Das Angebot wird besonders von Männern ab 40 Jahren wahrgenommen, wobei das Leben in einer Partnerschaft und ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis wichtige Erfolgsfaktoren sind.

3.2.3. Fachtagung „Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen“

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung veranstaltete im Oktober 2005 eine Fachtagung unter dem Titel „Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen“. Die Tagung befasste sich mit einer Bestandsaufnahme der Situation zehn Monate nach der Zusammenführung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Arbeitsmarktreform. Es nahmen über 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Suchtkrankenhilfeeinrichtungen, Suchthilfeverbänden, Beschäftigungsträgern, Rentenversicherungsträgern, der Bundesministerien sowie Arbeitsagenturen bzw. Arbeitsgemeinschaften von Agenturen und Sozialämtern sowie eine Reihe von Drogenkoordinatoren der Länder teil.

Die Tagung sollte dazu dienen, Beispiele gelungener Zusammenarbeit von Arbeitsgemeinschaften zwischen Arbeitsagenturen und Sozialämtern, den so genannten „Argen“, und der Suchthilfe besser zu kommunizieren. In der so genannten „Wolfsburger Erklärung“ hatten sich 2002 auf Initiative des Fachverbandes Sucht (FVS) Vertreter der Suchtkrankenhilfe, der Arbeitsagenturen, der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen darauf verständigt, dass die Teilhabe am Arbeitsleben einer der zentralen Faktoren für die soziale Rehabilitation von Suchtkranken und die Aufrechterhaltung der Abstinenz sei. In der Folge hatte die Bundesagentur eine „Handlungsempfehlung“ herausgegeben, wonach bereits während einer Sucht-Rehabilitationsmaßnahme regionale Ansprechpartner der Arbeitsagenturen zur Verfügung stehen sollten. Durch die Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen der Arbeitsmarktreform ist diese sinnvolle Empfehlung vernachlässigt worden. In einer Umfrage des FVS über die Erfahrungen der Zusammenarbeit von Suchtkrankenhilfeeinrichtungen und Arbeitsgemeinschaften haben nur 9 % von „guter“, aber 20 % von „mangelhafter“ Zusammenarbeit berichtet.

In Deutschland werden rund 300.000 Suchtkranke ambulant oder stationär behandelt. Die Arbeitslosigkeit bei Suchtkranken ist erheblich höher als in der Allgemeinbevölkerung (im ambulanten/stationären Bereich sind bei Alkoholkranken 22,5/38,7 % der Männer und 17,6/27,6 % der Frauen arbeitslos; bei Drogenabhängigen sind 39,2/54,9 % der Männer und 39/45,7 % der Frauen arbeitslos). Aber es darf nicht vergessen werden, dass bei Alkoholkranken im ambulanten Bereich immerhin noch 60,3 % der Männer und 53 % der Frauen, im stationären Bereich noch 50 % der Männer und 45,6 % der Frauen einen Arbeitsplatz haben. Und selbst bei Drogenabhängigen im ambulanten Bereich ist bei 34,8 % der Männern und 22,1 % der Frauen noch ein Arbeitsplatz vorhanden, im stationären Bereich bei 24,1 % der Männer, allerdings bei nur 14,8 % der Frauen.

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass im Rahmen der Suchtbehandlung tatsächlich 23 % der Behandelten wieder in Arbeit und Beschäftigung kommen. Forschungsarbeiten belegen zudem, dass durch die Förderung der beruflichen (Re-)Integration eine deutliche Reduktion des Rückfallrisikos bzw. eine Festigung von erreichter Abstinenz zu erreichen ist. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund ist die Bedeutung der Wiedererlangung einer Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Rahmen einer medizinischen Reha-Maßnahme seit langem offensichtlich. Die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im stationären und ambulanten Suchtreha-Bereich ist von 51.500 im Jahr 2003 auf 52.500 im Jahr 2004 gestiegen. Die Rentenversicherungsträger zeigen sich offen für eine stärkere Flexibilität und eine stärkere Verzahnung von therapeutischen mit arbeitsfördernden Maßnahmen.

Die grundsätzliche Möglichkeit der Zusammenarbeit von Suchtberatung und JobCentern im Rahmen des SGB II besteht insbesondere mit Fallmanagern/persönlichen Ansprechpartnern bei den JobCentern (gesetzlich geregelt im § 16 Abs. 2 SGB II). Diese Zusammenarbeit wird aber oft nur per Anweisung praktiziert. Nur ein Fünftel der Betroffenen kommt gegenwärtig auf Grund einer Eingliederungsvereinbarung des JobCenters in die Suchtberatung. Dabei hat die ambulante Suchtberatung aufgrund ihrer generellen Schnittstellenfunktion eine „Übersetzungskompetenz“ im Interesse suchtkrankter Klienten.

DAS FAZIT DER TAGUNG WAR:

1. Die soziale Lage suchtkrankter Menschen zeigt besondere Benachteiligungen für diese Personengruppe auf: weit überproportionale Arbeits- und Erwerbslosigkeitsquoten, einen höheren Grad an sozialer Vereinsamung, höhere Perspektivlosigkeit. In diesem negativen Kreislauf wird die Erreichung und Festigung einer erreichten oder zu erzielenden Abstinenz deutlich erschwert.
2. Die Ergebnisse der Suchtrehabilitationsmaßnahmen sind unter diesen Voraussetzungen in Bezug auf das Ziel der Wiedereingliederung in Arbeit und Beschäftigung bescheiden.
3. Dennoch lohnen Maßnahmen zur Suchtbehandlung sowie arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Förderung von Beschäftigung doppelt: volkswirtschaftlich werden langfristig

„Gewinne“ erzielt und auf den Betroffenen bezogen wird die Abstinenz stabilisiert, Rückfälle vermieden und die Lebenszufriedenheit erhöht.

4. Behandlungseinrichtungen orientieren sich neu und integrieren Maßnahmen zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration zunehmend in die psychotherapeutisch ausgerichteten Behandlungsformen. Diese Orientierung darf nicht durch Reibungsverluste in den Schnittstellenbereichen zwischen psychosozialer Behandlung und sozialer und beruflicher (Re-)Integration gestört werden.
5. Die eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Reformen sind vom Ansatz her notwendig und richtig, aber in der Umsetzung gibt es zahlreiche Probleme, die dringend gelöst werden müssen:
 - die Ausschlussfrist von sechs Monaten – wer länger als sechs Monate in Behandlung ist, erhält keine Leistungen aus dem SGB II/III, weil er dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht – ist zu unflexibel. Auch innerhalb einer ambulanten und stationären Behandlung sind Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Reintegration sinnvoll und notwendig;
 - die Höchstfrist von berufsfördernden Maßnahmen von sechs Monaten ist unflexibel, weil im Einzelfall zusätzliche psychosoziale Stabilisierungshilfen sinnvoll und notwendig sind, um die berufliche Reintegration zu erreichen oder zu festigen und Rückfälle zu vermeiden;
 - die Kooperation von Arbeitsgemeinschaften und optierenden Gemeinden mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe muss dringend verbessert werden, insbesondere von Seiten der Arbeitsgemeinschaften; dazu sollen die Argen die möglichen Maßnahmen und Modelle fördern und ausweiten (Sonderfallmanager, Kooperationsvereinbarungen u.ä.);
 - die traditionelle Vorstellung, dass erst nach einer erfolgreich durchgeführten Suchtrehabilitation und erreichter Abstinenz eine berufliche (Wieder-)Eingliederung möglich und Erfolg versprechend ist, grenzt viele Hilfebedürftige aus (keine Kostenzusage mehr); diese irriige Vorstellung sollte überwunden werden;
 - angesichts der Arbeitsmarktbedingungen sollten Arbeitsgelegenheiten (gem. § 16 Abs. 3 SGB II) verstärkt zur sozialen Stabilisierung und Abstinenzmotivation angeboten werden;
 - es muss klare Zuständigkeiten für betroffene Suchtkranke geben; der „Verschiebebahnhof“ zwischen Arbeitsagenturen, Sozialämtern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern muss beendet werden.

Beispielhaft sei auf einige Modelle für die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten für Suchtkranke hingewiesen:

- Selbsthilfe im Taunus – www.sit-taunus.de
- jugend hilft jugend Hamburg – www.stadthaushotel.com; www.jugend-hilft-jugend.de
- Q-Train Pforzheim – www.agdrogen-pf.de; www.q-printsandservice.de
- Verein Arbeits- und Erziehungshilfen Frankfurt/Main – www.vae-ev.de; www.cafefix.de
- Mudra Nürnberg – www.mudra-online.de

3.3. Fachkonferenz „Früherkennung und Frühintervention“

Früherkennung und Frühintervention im Suchtbereich richten sich sowohl auf die Identifizierung gefährdeter Personengruppen, auf riskanten Konsum als auch auf das frühzeitige Erkennen einer Abhängigkeit. Bei letzterem geht es darum, Menschen zu erreichen, die bisher keinen oder einen sehr späten Zugang zum Hilfesystem gefunden haben. Für Deutschland sind mittlerweile eine Reihe erfolgreicher Konzepte zur Früherkennung und Frühintervention entwickelt und weiterentwickelt, teilweise wissenschaftlich begleitet und evaluiert worden.

In der Suchtkrankenhilfe mit ihrer historisch gewachsenen Ausrichtung auf manifest erkrankte Abhängige und einem hierfür nachweislich gut ausgebauten, effizienten Versorgungssystem verschiebt sich entsprechend der Fokus hin zu den frühen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung. Auf der anderen Seite findet auch in der Suchtprävention eine Verschiebung vom abstinenzorientierten, suchtmittelunspezifischen Blickwinkel auf eine stärker akzeptierende, aber dennoch unterstützende Ausrichtung ab.

Die Arbeitsfelder, in denen Früherkennung und Frühintervention stattfinden können, reichen weit über die Suchtkrankenhilfe hinaus: Auch die Schule, die Familie, die Jugendhilfe, die Justiz, die allgemeine medizinische Versorgung in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Arztpraxen, die Apotheken und die Betriebe sind Lebensbereiche, in denen Menschen in einem angemessenen Umgang mit Suchtmitteln unterstützt werden können. Die Erprobung möglicher Schnittstellen und Kooperationen zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern und den in ihnen handelnden Personen ist deshalb ein vorrangiges Ziel der nahen Zukunft.

Mit der „Fachkonferenz Sucht 2005“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter dem Titel „Früherkennung und Frühintervention bei substanz- und verhaltensbezogenen Störungen“ im November 2005 in Berlin konnte – dank finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin – eine Vielzahl von Konzepten und Projekten dem Fachpublikum vorgestellt und diskutiert werden.

3.4. Exkurs: Medikamentenabhängigkeit

3.4.1. Studie zur Problemlage und Forschungsstand

Zum Thema „Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit“ gibt es für Deutschland nur wenige verlässliche Daten. Im Rahmen der Repräsentativerhebung 2003 wurden die Prävalenz und die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme, die problematische Einnahme von

Medikamenten, medikamentenorientierte Einstellungen und schließlich Trends untersucht. Danach hatten mehr als die Hälfte aller Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein psychoaktives Medikament eingenommen. Jeder Vierte berichtete eine häufige Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in den letzten 30 Tagen. Frauen und ältere Personen wiesen einen höheren Medikamentenkonsum auf als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Schmerzmittel wurden weitaus häufiger als Beruhigungs- und Schlafmittel sowie Antidepressiva eingenommen. Ein problematischer Medikamentenkonsum wurde bei 4,3 % der Befragten (Frauen 5,5 %, Männer 3,2 %) festgestellt. Trotz eines Rückgangs der häufigen Einnahme von Beruhigungsmitteln und gleich bleibender Tendenz bei Schlaf- und Anregungsmitteln zeigt der Umfang der problematischen Medikamenteneinnahme leichte Steigerungen zwischen 2000 und 2003.

Aus älteren qualitativen Studien ist bekannt, dass insbesondere weniger qualifizierte Frauen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, einen auffälligen Konsum psychoaktiver Medikamente aufweisen. Über die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik sowie die Schätzungen einzelner Krankenkassen hinaus ist wenig bekannt über Beratungs- und Behandlungsnachfrage, wie insgesamt das Wissen zu diesem Themenbereich eher gering ist.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wurde deshalb beauftragt, anhand von aktuellen Forschungsergebnissen und Beispielen aus der Praxis die Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen aufzuarbeiten. Im Vordergrund der Analyse stehen sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen. Vorhandene Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit werden kritisch bewertet. Ergebnisse werden 2006 vorgelegt.

3.4.2. Projekt „Motivierende Kurzintervention bei Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus“

Das Projekt „Motivierende Kurzintervention bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“ (MIMiK) ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziertes Projekt, das am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, durchgeführt wird.

Bei diesem seit November 2005 laufenden Projekt werden Interventionen bei medikamentenabhängigen Männern und Frauen, die Patienten im Allgemeinkrankenhaus sind, eingeleitet und auf ihre Wirksamkeit mit dem Ziel eines Absetzplans für das betreffende Medikament geprüft. Als Methode wurde ein randomisierter Kontrollgruppenvergleich gewählt: In der Interventionsgruppe erhalten die Patientinnen und Patienten eine Beratung mit dem Ziel der Ausschleichung aus dem Medikament. In der Kontrollgruppe wird der Patient bzw. die Patientin über das Ergebnis der Diagnostik einer Medikamentenabhängigkeit informiert;

es erfolgt aber keine Beratung. Die Effektivität der Verfahren soll in einer 12-Monats-Katamnese im Rahmen des insgesamt drei Jahre dauernden Projektes geprüft werden. Erwartet werden Informationszuwächse über Medikamentenabhängigkeit insgesamt und eine Verbesserung der Implementierung von Interventionsangeboten für Medikamentenabhängige in Allgemeinkrankenhäusern. Da das Projekt erst seit kurzem angelaufen ist, liegen noch keine Ergebnisse vor.

3.4.3. Medikamentenabhängigkeit und Selbsthilfe

Die Ergebnisse des Kooperationsprojektes „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. und dem BKK Bundesverband mit den Abstinenz- und Suchtselbsthilfeverbänden (Laufzeit Februar 2002 bis August 2004) wurden im März 2005 veröffentlicht (Hrsg.: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm: Frauen – Medikamente – Selbsthilfe. Bericht über ein Projekt. Autorin Karin Mohn, Schriftenreihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 10). Ziel des Projektes war, den Zugang von Frauen mit Medikamentenproblemen zur Selbsthilfe zu fördern. Hierfür wurde unter anderem das kostenfrei erhältliche Handbuch „Nicht mehr alles schlucken ...!“ entwickelt, welches Interessierten als Unterstützung beim eigenständigen Aufbau von Selbsthilfegruppen dienen kann. Das Thema Medikamentenabhängigkeit wurde von den Abstinenz- und Sucht-Selbsthilfeverbänden über das Projektende hinaus durch Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen für Selbsthilfegruppen verstärkt aufgegriffen.

Im Projektverlauf zeigten sich deutliche strukturelle und konzeptuelle Defizite im Bereich Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit, die sowohl in der Suchtkrankenhilfe als auch in der sonstigen Gesundheitsversorgung den Zugang und somit die Hilfe für Medikamentenabhängige erschweren. Die Ergebnisse des Projektes zeigten außerdem, dass ein differenziertes Angebot für Medikamentenabhängige notwendig ist, welches unterschiedliche Problem- und Interessenlagen berücksichtigen kann. Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurde von BKK Bundesverband und DHS im März 2005 die Kooperationstagung „Hilfe für Medikamentenabhängige“ in Berlin organisiert.

3.4.4. Tagung „Hilfe für Medikamentenabhängige“

Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sind in den Arbeitsfeldern der Medizin, der Pharmazie und der Suchtkrankenhilfe bisher selten. Deshalb fallen Medikamentenabhängige oft aus dem Versorgungsnetz heraus. Diese Situation haben die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und der BKK Bundesverband mit der Kooperationstagung „Hilfe für Medikamentenabhängige“ am

10. März 2005 in Berlin aufgegriffen. Ziel der Tagung war, die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Arbeitsfelder aufzuzeigen und die gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Thema zu fördern. Hierzu wurde der gegenwärtige Stand der Versorgung Medikamentenabhängiger in Deutschland aus den unterschiedlichen Blickwinkeln wichtiger Akteure der Gesundheitsversorgung reflektiert, um Ansatzpunkte für einen Dialog zu schaffen. Es wird angestrebt, eine entsprechende Tagung nach Ablauf von zwei Jahren zu wiederholen.

Ein weiteres Kooperationsprojekt von BKK Bundesverband und DHS, welches die Information über Schlaf- und Beruhigungsmittel und die Förderung der Zusammenarbeit verschiedener professioneller Arbeitsfelder sowie der Gesundheitsselbsthilfe in einem regionalen Modellprojekt zum Ziel hat, wurde im Herbst 2005 gestartet. Mit ersten Erfahrungen wird im Frühjahr 2006 gerechnet.

4. Schadensreduzierende Maßnahmen und Überlebenshilfen

4. Schadensreduzierende Maßnahmen und Überlebenshilfen

4.1. Drogenkonsumbedingte Infektionskrankheiten

Epidemiologie

Beim Konsum intravenös verabreichter Drogen (z. B. Heroin, Kokain, Amphetamine) besteht die Gefahr, dass durch gemeinschaftliche Verwendung von Injektionsutensilien (Spritzen, Kanülen, Löffel, Filter) und bestimmte Aufteilungsprozeduren durch Blut übertragbare Infektionserreger weitergegeben werden. Die größte Bedeutung haben dabei die Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren sowie das Humane Immundefizienz-Virus (HIV). Ein erhöhtes Risiko besteht auch für Infektionen mit dem Hepatitis-A-Virus.

Obwohl in Deutschland keine repräsentativen Prävalenzuntersuchungen zur Verbreitung von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen bei intravenös drogenkonsumierenden Personen vorliegen, muss die Prävalenz von Hepatitis C auf über 50 % und die Prävalenz von HIV auf einen einstelligen Prozentwert geschätzt werden. Etwa 50–60 % der injizierenden Drogenkonsumenten haben eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht, von denen 3–5 % als chronisch mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert gelten können.

Sowohl Hepatitis B, Hepatitis C und HIV sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Insbesondere bei neudiagnostizierten Hepatitis-C-Infektionen, aber auch bei Hepatitis B und HIV, spielt intravenöser Drogenkonsum als Übertragungsweg eine zum Teil erhebliche Rolle.

Die Meldedaten zeigen, dass der aktuell bedeutsamste Infektionsweg für Hepatitis C bei jüngeren Betroffenen intravenöser Drogengebrauch ist. Bei den Hepatitis-C-Fallmeldungen im Jahr 2005 (alle Altersgruppen) wurde dieser Infektionsweg mit 37 % der Fälle am häufigsten angegeben, in der Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer sogar bei 71 % der Fallpersonen. Bei 7 % der im Jahr 2005 übermittelten Hepatitis-B-Fälle wurde intravenöser Drogengebrauch als möglicher Übertragungsweg angegeben (Quelle Robert Koch Institut: Virushepatitis B, C und D im Jahr 2004 – Zur Situation wichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland. Epid Bull 2005; 46:421–29).

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland ist seit Anfang der 90er Jahre rückläufig. Am deutlichsten sind die Neudiagnosezahlen in einstigen „Drogenhochburgen“ wie Frankfurt, Berlin und Hamburg zurückgegangen, in denen ein Netz niedrigschwelliger Präventions- und Betreuungseinrichtungen aufgebaut wurde. In deutlich geringerem Umfang sanken die Infektionszahlen in ländlichen Gebieten.

Die Anzahl der jährlich neudiagnostizierten HIV-Infektionen, bei denen injizierender Drogenkonsum als wahrscheinlicher Infektionsweg angegeben wurde, sank im Jahr 2005 auf unter 100 und machte nur noch einen Anteil von etwa 5 % aller HIV-Fallmeldungen des Jahres aus. Bei intravenösen Drogenkonsumenten erfolgten 77 % der Infektionen in Deutschland. Die im Ausland erworbenen Infektionen erfolgen überwiegend in Osteuropa (46 %) und anderen westeuropäischen Ländern (23 %) (Quelle Robert-Koch-Institut: HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Halbjahresbericht I/2005 aus dem Robert Koch-Institut. Epid Bull; Sonderausgabe B/2005: 2–16).

Es ist bekannt, dass die Hälfte aller Insassen von Justizvollzugsanstalten „drogenerfahren“ ist und etwa 50 % der Drogenkonsumenten mit intravenösem Konsum diesen auch in Haft mit z. T. hochriskanten Konsummustern fortsetzen. Haftaufenthalte stellen einen zentralen Risikofaktor für den Beginn eines Drogenkonsums dar (5–25 % der i. v.-Drogenkonsumenten geben an, ihre ersten Drogenerfahrungen in Haft gemacht zu haben). Über Kontakte im Rahmen eines Drogenkonsums hinaus können ungeschützte sexuelle Kontakte sowie die in Haft verbreitete Praxis des Tätowierens zu einer Übertragung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV beitragen.

Eine Evaluierung eines Spritzentauschprogramms zweier deutscher Justizvollzugsanstalten in den Jahren 1998–2001 zeigte, dass das Tauschen von Kanülen auf ein minimales Maß zurückging und keine HIV- und Hepatitis-B-Neuinfektionen festgestellt wurden, während es zu noch weiteren Hepatitis-C-Übertragungen kam. Insgesamt scheint ein Angebot an sterilen Spritzen für injizierende Drogenkonsumenten in geeigneten Justizvollzugsanstalten zu einer substantiellen Reduktion des Kanülentauschs und Übertragung von Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis B beizutragen, wobei zur Prävention der Übertragung von Hepatitis C zusätzliche Strategien notwendig scheinen.

Prävention

Als wichtige Prophylaxe-Maßnahmen zur Verhütung von HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Infektionen bei Konsumenten intravenös verabreichter Drogen stehen für Hepatitis B (und Hepatitis A) wirksame Impfstoffe zur Verfügung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI empfiehlt Angehörigen von Risikogruppen für eine Übertragung von Hepatitis B, wie injizierenden Drogenkonsumenten, eine Impfung.

Allerdings sind nach derzeitigem Wissensstand die Impfraten in dieser Risikogruppe unbefriedigend. Ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung und mangelhafte Compliance sind Gründe hierfür. Ein verbesserter Impfschutz sollte in dieser Gruppe dringend angestrebt werden.

Durch eine Kombination präventiver Maßnahmen – in enger Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und den Selbsthilfegruppen – ist es in Deutschland gelungen, die HIV-Ausbreitung unter injizierenden Drogenkonsumenten einzudämmen. In deutlich geringerem Umfang konnte die Verbreitung von Hepatitis C beeinflusst werden. Die Ursachen für die anscheinend unterschiedlichen Effekte der bisherigen Präventionsbemühungen im Hinblick auf HIV- und Hepatitis C bei intravenös drogenkonsumierenden Menschen sind bislang unzureichend geklärt. Eine systematische Surveillance (infektionsepidemiologische Überwachung) von HIV- und Hepatitis-Infektionen und eine Surveillance von Verhaltens- und Wissensparametern bei drogenkonsumierenden Personen könnten dazu beitragen, umfassendere Kenntnisse zur Epidemiologie und zu Präventionsmöglichkeiten zu gewinnen.

Hepatitis-B-, HIV- und insbesondere auch Hepatitis-C-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten stellen ein erhebliches Public-Health-Problem dar. Eine strategische Herangehensweise an die Surveillance insbesondere von Hepatitis C in dieser Personengruppe wird benötigt, um Trends zeitnah zu erfassen und gezielte Maßnahmen zur Verhütung neuer Infektionen durchführen zu können.

Zur Vorbeugung der genannten Infektionen müssen gefährdete Personen Kenntnisse zu den betreffenden Infektionskrankheiten wie deren Übertragungswege aufweisen. Sie sollten Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen kennen und diese nach Möglichkeit nutzen. So sollten sterile Einmalutensilien zur Injektion, möglichst ohne größere finanzielle oder praktische Barrieren, verfügbar sein.

Sofern der Besitz derartiger Utensilien keine nachteiligen Konsequenzen hinsichtlich strafrechtlicher oder polizeilicher Ermittlungen für die Besitzer bedingte, wäre anzunehmen, dass ein hygienischerer Umgang mit Injektionsbestecken resultieren könnte. Es existieren Hinweise gegen die These, dass eine leichte Verfügbarkeit von Injektionsutensilien zu einem verstärkten Drogenkonsum führe. Auch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen, in denen Drogenkonsumenten unter medizinischer Überwachung und unter guten hygienischen Bedingungen ohne polizeilichen Verfolgungsdruck Drogen konsumieren können, kann ein geeignetes Mittel sein, Gesundheitsschäden durch Drogenkonsum zu reduzieren. Therapeutische Angebote wie eine Substitutionstherapie, aber auch alternative Formen des Drogenkonsums, wie Rauchen und Schniefen, können ebenfalls zu einer Verminderung der Injektionsfrequenz und damit von Infektionsübertragungsrisiken beitragen.

Defizite bei Angeboten zur Reduktion gesundheitlicher Folgeschäden des Drogenkonsums existieren in Deutschland zum einen regional (höhere Angebotsdichte in Großstädten als in kleineren Städten und ländlichen Regionen), zum anderen im Bereich des Justizvollzugs, wo die meisten Angebote zur Schadensreduzierung entweder gar nicht (sterile Einmalutensilien) oder nur in begrenztem Umfang (Substitutionsplätze) zur Verfügung stehen. Auch

das Angebot einer Hepatitis-A- und -B-Impfung sollte in größerem Umfang und mit der notwendigen Niedrigschwelligkeit und Flexibilität an drogenkonsumierende Personen herangetragen werden. Schließlich werden auch die sexuellen Übertragungsrisiken vor allem hinsichtlich HIV und Hepatitis B in den Präventionsbotschaften für Drogenkonsumenten mitunter vernachlässigt.

Einen wichtigen Beitrag zur Prävention der HIV-Infektion unter Drogenkonsumenten wird von der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) geleistet. Während die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Aufklärung der gesamten Bevölkerung über das Risiko einer HIV-Infektion verantwortlich ist, richten sich die Aktivitäten der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) mit ihren ca. 130 lokalen AIDS-Hilfegruppen gezielt an die Hauptbetroffenen- und Hauptgefährdetengruppen, zu denen vor allem Drogenkonsumenten zählen. Die DAH findet wegen ihres Selbsthilfeansatzes besondere Akzeptanz und Glaubwürdigkeit bei dieser speziellen Zielgruppe. Entsprechend der Aufgabenverteilung im Präventionsbereich wird ein Teil der Bundesmittel zur AIDS-Aufklärung für die Präventionsarbeit der DAH zur Verfügung gestellt. Schon seit vielen Jahren ermöglicht dies der DAH, gezielte Projekte im Drogenbereich durchzuführen und die nötigen Kenntnisse zur Risikovermeidung zu vermitteln. Damit solche Maßnahmen ihre Adressaten erreichen und befolgt werden können, stellt die DAH vor allem auf das „soziale Nahfeld“ der Drogenkonsumenten ab. Es wird eine Strategie verfolgt, die unterschiedliche Settings und Angebotsbereiche (z. B. Haftanstalten, Konsumräume, Kontaktläden, Streetwork) umfasst. An Mitarbeiterkreise von AIDS- und Drogenhilfen gerichtete Qualifizierungsmaßnahmen sorgen dafür, dass neue Erkenntnisse und Entwicklungen im Bereich der Übertragungswege und Therapiemöglichkeiten berücksichtigt und Methoden für die Gestaltung von Beratungs- und Betreuungsprozessen weiterentwickelt werden.

Behandlung

Sowohl in Bezug auf HIV wie auf Hepatitis C gibt es Anhaltspunkte dafür, dass nicht nur insgesamt der Anteil der medikamentös behandelten, sondern auch der erfolgreich behandelten Drogenkonsumenten zum Teil deutlich geringer ist als in anderen Betroffenenengruppen. Gründe hierfür sind unter anderem fehlende suchttherapeutische Kompetenz bei infektiologisch versierten Ärzten und fehlende infektiologische Kompetenz bei substituierenden Ärzten. Ganzheitliche Betreuungskonzepte, bei denen Suchttherapie, Therapie von Infektionskrankheiten, die Berücksichtigung psychopathologischer und sozialer Aspekte im Rahmen einer individuellen ganzheitlichen Fallbetreuung (Case Management) kombiniert und koordiniert werden und die die Voraussetzung für eine erfolgversprechende Dauer- (HIV) bzw. längerdauernde Therapie (Hepatitis C) von Infektionskrankheiten darstellen, sind bisher unterentwickelt. Eine enge Zusammenarbeit von Suchtmedizinerinnen und Infektiologen bzw. Hepatologen ist unerlässlich, um weitere Erfahrungen zur medikamentösen Therapie von HIV und besonders auch Hepatitis C bei Drogenkonsumenten zu sammeln.

4.2. Drogenkonsumräume

Drogenkonsumräume sind Einrichtungen, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird. Der Gesetzgeber hat mit Zustimmung des Bundesrates im April 2000 die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Bundesländer entsprechende Rechtsverordnungen erlassen können, um Drogenkonsumräume einzurichten, sofern sie solche Angebote für notwendig halten. Die Rahmenvorschrift des Bundes (§ 10a Betäubungsmittelgesetz) enthält Mindestvorschriften zur Sicherung der Qualität dieses Angebotes, wie u. a. jederzeit zur Verfügung stehende Nothilfe, das Angebot zur Weiterführung in andere Hilfen, die Bereitstellung qualifizierten Personals, die Kooperation mit den Ordnungsbehörden oder die Verhinderung von Straftaten in den Räumen und in der unmittelbaren Umgebung.

Mehrere Bundesländer haben inzwischen mit dem Erlass entsprechender Rechtsverordnungen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen ermöglicht. Nach Angaben der Bundesländer (Stand: November 2004) gibt es in Deutschland mittlerweile 25 derartige Einrichtungen, davon fünf in Hessen (Frankfurt), eine im Saarland (Saarbrücken), fünf in Hamburg, drei in Berlin, eine in Niedersachsen (Hannover) und zehn in Nordrhein-Westfalen (je eine in Aachen, Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Essen, Köln, Münster, Troisdorf und Wuppertal).

Drogenkonsumräume sind ein Hilfsangebot, das sich an drogenabhängige Menschen richtet, die mit den herkömmlichen Mitteln der Prävention, Beratung und Behandlung nicht oder nur sehr schwer erreichbar sind, die aber in besonderem Maße Hilfen zum Überleben brauchen. Die häufigsten Todesursachen sind nach wie vor Überdosierungen von Heroin und Mischintoxikationen infolge polyvalenten Drogenmissbrauchs. Deswegen ist es ein vorrangliches Ziel der Bundesregierung, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit der Drogenabhängigen zu sichern, andererseits über ausstiegsorientierte Hilfen und Therapieangebote eine gesundheitliche und soziale Rehabilitation zu ermöglichen. Drogenkonsumräume haben mit dazu beigetragen, dass Drogentodesfälle unter langjährigen Heroinabhängigen in den letzten Jahren reduziert werden konnten. Sie erleichtern den Kontakt mit dieser Gruppe und die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Außerdem tragen sie dazu bei, öffentliche Drogenszenen zurückzudrängen.

5. Repression und Angebotsreduzierung

5. Repression und Angebotsreduzierung

5.1. Studie „Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen“

Die Tabaksteuer ist ein wesentliches Lenkungsinstrument zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland. Sie ist Teil des „Policy Mix“ struktureller und verhaltenspräventiver Maßnahmen zur Reduzierung des Rauchens. Auch international wird die Tabaksteuer als eines der wirkungsvollsten Instrumente angesehen, um über den Preis die Nachfrage des Tabakkonsums zu verringern. Jede Erhöhung der Tabaksteuer setzt ein gesundheitspolitisches Preissignal für die Verbraucher, weniger zu rauchen oder erst gar nicht mit dem Rauchen zu beginnen.

In Deutschland wurde eine dreistufige Erhöhung der Tabaksteuer von je 1,2 Cent pro Zigarette beschlossen. Die ersten beiden Anhebungsschritte sind im Abstand von jeweils neun Monaten zum 1. März 2004 und 1. Dezember 2004 in Kraft getreten. Die dritte Stufe erfolgte zum 1. September 2005. Diese in drei Stufen erfolgte Erhöhung der Tabaksteuer sowie die vorherigen Erhöhungen zum 1. Januar 2002 und 1. Januar 2003 wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT Nord) untersucht. Über die Befragung repräsentativer Bevölkerungsstichproben jeweils vor und nach der Erhöhung wurde untersucht, auf welche Akzeptanz die Erhöhungen in der Bevölkerung stoßen und welche Auswirkungen sie haben. Durch die wiederholte Umsetzung in vergleichbarer Form ist eine Studienreihe entstanden, die auch die Abbildung von Veränderungen in den letzten vier Jahren ermöglicht.

So lässt sich aus den bisher ausgewerteten ersten vier Untersuchungen ablesen, dass die Befürwortung der Steuererhöhung von 33,7 % nach der ersten untersuchten Erhöhung im Januar 2002 auf 41,6 % nach der bisher letzten Untersuchung zur Erhöhung vom 1. Dezember 2004 gestiegen ist. Auch der Anteil der Raucher, die auf Grund der Steuererhöhung über ihr Rauchverhalten nachgedacht haben, ist von 24,1 % auf 38,0 % gestiegen.

Der Anteil derer, die wegen der Steuererhöhung mit dem Rauchen aufgehört haben, hat sich von 4,7 % bzw. 4,0 % in den Jahren 2002 und 2003 nahezu verdoppelt auf einen Wert von 7,9 % in der Befragung nach der Erhöhung vom März 2004 bzw. 7,5 % in der Befragung nach der Erhöhung vom Dezember 2004. Ebenso hat sich der Anteil derer, die auf Grund der Steuererhöhung ihren Konsum reduziert haben, über die Jahre erhöht. Dabei ist zu beachten, dass die ersten beiden Erhöhungen der Jahre 2002 und 2003 vom Umfang her geringer waren als die Erhöhungen im Jahr 2004.

Die vorliegenden Ergebnisse sind ein Beleg dafür, dass Steuererhöhungen das gewünschte gesundheitspolitische Ziel – den Nichtraucheranteil in der Bevölkerung zu erhöhen – unterstützen. Tabaksteuererhöhungen sind somit ein effektives Mittel zur Prävention des Rauchens. Nach Abschluss der Untersuchung der letzten Stufe der Erhöhung vom 1. September 2005 wird voraussichtlich im Sommer 2006 eine umfassende Auswertung der Studienreihe vorliegen. Die bisherigen Berichte sind im Internet unter www.drogenbeauftragte.de im Themenschwerpunkt „Drogen und Sucht: Tabak/Alkohol“ zu finden.

5.2. Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder auch Drogenausgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die in großem Umfang legal gehandelt werden, die aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu diesem Zweck missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt werden, zum Beispiel Essigsäureanhydrid für die Heroinherstellung und Kaliumpermanganat zur Kokainproduktion. Die weltweite Kontrolle und Überwachung des Verkehrs mit Grundstoffen stellt daher einen unverzichtbaren und wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar. Sie wird durch ein System aus internationalen, EU-rechtlichen und nationalen Vorschriften geregelt. So ist der Verkehr mit Grundstoffen Teil des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen (Suchtstoffübereinkommen) sowie Gegenstand verschiedener Rechtsinstrumente der Europäischen Union.

Das EU-Recht regelt sowohl den europäischen Binnenhandel als auch den Außenhandel der EU mit Drittländern. Die 23 international gelisteten Chemikalien sind in den Rechtsakten der Europäischen Gemeinschaft in drei Kategorien eingeteilt, die unterschiedlich strengen Kontrollen unterliegen. Die Kontrollverfahren berücksichtigen je nach Stoffkategorie die Eigenschaften, den Handelsumfang und Verwendungszweck sowie die Bestimmungsländer der Grundstoffe. Diesen Gegebenheiten ist der Kontrollaufwand so angepasst, dass der normale Handelsverkehr nicht über Gebühr erschwert wird.

Im Jahr 2005 hat das Grundstoffrecht auf EU-Ebene eine grundlegende Umstrukturierung und Änderung erfahren. Am 18. August 2005 sind folgende EU-Verordnungen in Kraft getreten:

- **Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe (ABl. EU Nr. L 47 S. 1)**
Durch diese Verordnung wurde die Richtlinie 92/109/EWG vom 14. Dezember 1992 über die Herstellung und das Inverkehrbringen bestimmter Stoffe, die zur unerlaubten Herstel-

lung von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen verwendet werden können (ABl. EG Nr. L 370 S. 76), aufgehoben. Die Richtlinie 92/109/EWG regelte den innergemeinschaftlichen Handel mit Grundstoffen und ist durch das Grundstoffüberwachungsgesetz in nationales Recht umgesetzt worden;

- **Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenausgangsstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern (ABl. EU 2005 Nr. L 22 S. 1)**
Diese Verordnung löst die Verordnung (EWG) Nr. 3677/90 vom 13. Dezember 1990 über Maßnahmen gegen die Abzweigung bestimmter Stoffe zur unerlaubten Herstellung von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen (ABl. EG Nr. L 357 S. 1) ab. Die Verordnung (EWG) Nr. 3677/90 regelte den Drittlandshandel mit Grundstoffen;
- **Verordnung (EG) Nr. 1277/2005 der Kommission vom 27. Juli 2005 mit Durchführungsvorschriften zu der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe und zur Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenausgangsstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern (ABl. EU Nr. L 202 S. 7)**
Durch diese Verordnung wird die Verordnung (EWG) Nr. 3769/92 der Kommission vom 21. Dezember 1992 (ABl. EG Nr. L 383 S. 17) in ihrer letzten Fassung aufgehoben.

Neben der inhaltlichen Änderung des Ausfuhrgenehmigungssystems und der Einführung eines Einfuhrgenehmigungssystems stellte vor allem die Umwandlung der Richtlinie 92/109/EWG in eine Verordnung einen wesentlichen Systembruch dar. Durch diese Umstrukturierung ergibt sich erheblicher Anpassungsbedarf für das nationale Grundstoffüberwachungsgesetz, dem neben den Straf- und Bußgeldvorschriften nur noch eine ergänzende Rolle insbesondere im Hinblick auf die Regelung der nationalen Zuständigkeiten, auf Anpassungen an das nationale Verwaltungsverfahren sowie auf die Ausgestaltung bestimmter Überwachungsmaßnahmen zukommt. Die neue Fassung des Grundstoffüberwachungsgesetzes wird voraussichtlich Mitte 2006 in Kraft treten.

Im zeitlichen Vorgriff auf die umfassende Anpassung des Grundstoffüberwachungsgesetzes ist bereits am 1. Januar 2006 eine vorgezogene Änderung einzelner Vorschriften in Kraft getreten, mit der eine infolge der Änderung des EU-Rechts seit dem 18. August 2005 entstandene Strafbarkeitslücke kurzfristig wieder geschlossen wurde.

5.3. Maßnahmen zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität

Die auf dem illegalen Markt in Deutschland gehandelten Betäubungsmittel werden überwiegend außerhalb der Bundesrepublik produziert. Als Ursprungsstaaten für in Deutschland sichergestellte illegale Drogen dominieren seit Jahren Afghanistan, Kolumbien und die Niederlande. Dies zeigt die Notwendigkeit eines umfassenden, multidisziplinären und aufeinander abgestimmten Bekämpfungsansatzes im nationalen wie im internationalen Rahmen, der sowohl Maßnahmen der Nachfrage- als auch der Angebotsreduzierung umfassen muss.

In Deutschland sind Anbau, Herstellung, Handeltreiben, Einfuhr, Ausfuhr, Veräußerung, Abgabe, sonstiges Inverkehrbringen, Erwerb, sonstige Verschaffung und Besitz von Betäubungsmitteln ohne Erlaubnis strafbar (§ 29 BtMG) und werden strafrechtlich verfolgt.

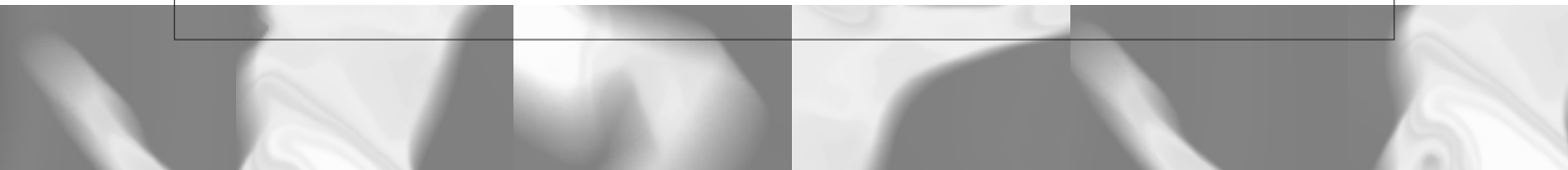
Im Rahmen seiner polizeilichen Aufgaben auf dem Gebiet der Strafverfolgung im Bereich des international organisierten Rauschgifthandels sammelt und analysiert das Bundeskriminalamt (BKA) Informationen, um Strukturen grenzüberschreitend operierender Drogenorganisationen zu erkennen. Eine wirksame Reduzierung des Angebots illegaler Drogen lässt sich nur erreichen, wenn vor allem der organisierte Drogenhandel als Teil der Organisierten Kriminalität bekämpft wird. Deshalb ist es vorrangiges Ziel, die Strukturen der Organisierten Kriminalität zu bekämpfen. Im Vordergrund stehen dabei neben der Gewinnung aktueller, aussagekräftiger Lagebilder sowie der Fortschreibung strategischer und operativer Konzepte zur Bekämpfung der Drogenkriminalität vor allem die Initiierung entsprechender Ermittlungsverfahren, auch unter Beteiligung der Bundesländer bzw. in Abstimmung mit ausländischen Staaten.

Aufgrund der Internationalisierung der Kriminalität, die aus der Globalisierung des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens und im engeren Bereich aus der zunehmenden europäischen Integration erwächst, ist die internationale polizeiliche Zusammenarbeit von erheblicher Bedeutung. Interpol und Europol sowie die Schengener Zusammenarbeit sind dabei etablierte Kooperationsrahmen. Daneben arbeiten das Bundesministerium des Innern (BMI) und das BKA auch mit dem Büro der Vereinten Nationen für Drogenbekämpfung und Verbrechensverhütung (UNODC) zusammen. Ziel dieser Zusammenarbeit ist neben dem allgemeinen Informationsaustausch zu Entwicklungen der Rauschgiftkriminalität die Erarbeitung von kohärenten Bekämpfungskonzepten sowie die Initiierung internationaler operativer Maßnahmen.

Das BMI und das BKA kooperieren zielgerichtet insbesondere mit jenen Ländern, die im Rahmen des Anbaus von Drogenkulturen sowie der Produktion und des Vertriebs von illegalen Substanzen nach Europa eine wichtige Rolle einnehmen. Als aktuelles Beispiel ist das deutsche Engagement in Afghanistan zu nennen, das seit den neunziger Jahren einer der Welt-hauptproduzenten von Rohopium ist. Das hieraus hergestellte Heroin gelangt insbesondere

nach Westeuropa. In Afghanistan hat Deutschland auf Wunsch der Staatengemeinschaft und der afghanischen Übergangsregierung die Führungsrolle bei der Beratung der afghanischen Sicherheitsbehörden beim Aufbau einer rechtsstaatlichen Grundsätzen und der Beachtung der Menschenrechte verpflichteten afghanischen Polizei übernommen. Dabei kommt dem Aufbau einer effektiven polizeilichen Bekämpfung des Drogenanbaus, der Drogenverarbeitung und des Drogenhandels besondere Bedeutung zu. So hat Deutschland maßgeblich zum Aufbau der afghanischen Drogenpolizei (CNPA) beigetragen, insbesondere durch Errichtung und Ausstattung von Gebäuden, Unterstützung bei der Personalauswahl und -schulung sowie Beratung der CNPA durch Mitarbeiter des Projektbüros der deutschen Polizei in Kabul. Im Jahr 2005 hat Deutschland erfolgreich Rauschgiftlehrgänge in Kabul und den Provinzen nicht nur für Mitarbeiter der CNPA, sondern auch der Fernstraßen- und Grenzpolizei sowie des Zolls durchgeführt. Auch für 2006 sind umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen geplant (siehe auch Kapitel 6.3.4. „Entwicklung der Drogensituation in Afghanistan“).

6. Internationale Zusammenarbeit



6. Internationale Zusammenarbeit

6.1. Europa

6.1.1. Drogenpolitik der Europäischen Union

EU-Drogenaktionsplan 2005–2008

Der Europäische Rat von Brüssel hat am 16./17. Dezember 2004 die Drogenstrategie 2005–2012 der Europäischen Union (EU) für die nächsten acht Jahre verabschiedet. Diese Strategie bildet die Grundlage für die Drogenaktionspläne, die von der Kommission erarbeitet werden. Ziel der Strategie ist es, das Drogenproblem in Europa mit einem ausgewogenen integrierten Konzept anzugehen und messbare Verbesserungen und Fortschritte bei der Lösung des Drogenproblems zu erreichen. Die Strategie formuliert allgemeine Ziele für die zwei Hauptaktionsfelder „Angebotsreduzierung“ und „Nachfragereduzierung“ sowie für die bereichsübergreifenden Themen „Information und Evaluierung“, und „Internationale Zusammenarbeit“. Die „Koordinierung“ umfasst alle Aktionsfelder und Maßnahmen auf allen Ebenen. Auf der Grundlage der EU-Drogenstrategie 2005–2012 hat der Rat der Europäischen Union im Juni 2005 einen Drogenaktionsplan 2005–2008 verabschiedet, der – entsprechend den gemeinsamen Zielen der Strategie – insgesamt 88 konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele vorsieht. Bei allen Maßnahmen wird angegeben, von welcher Stelle und innerhalb welchen Zeitraums sie verwirklicht werden sollen. Außerdem werden die Bewertungsinstrumente und Indikatoren genannt, mit deren Hilfe festgestellt werden soll, ob die jeweilige Maßnahme das gesetzte Ziel erreicht hat. Der EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 ist aus deutscher Sicht positiv zu bewerten. Er führt die bisherige Drogenpolitik weitgehend fort. Insbesondere ist zu begrüßen, dass er alle Bereiche der Drogenpolitik gleich gewichtet und damit den integrierten und ausgewogenen Ansatz der Strategie verwirklicht. Die Maßnahmen sind überwiegend so angelegt, dass sie Bereiche abdecken, in denen die Mitgliedstaaten nicht oder jedenfalls nicht in gleich effizienter Weise tätig werden können. Der Aktionsplan bildet eine solide Grundlage für die EU-Drogenpolitik der nächsten vier Jahre.

Horizontale Gruppe Drogen (HDG)

Drogenpolitische Themen, die in den verschiedenen Bereichen der EU (Gesundheit, Innen und Justiz, Strafrecht, Zoll u. a.) behandelt werden, werden von der „Horizontalen Gruppe Drogen“ (HDG) koordiniert und zu einer Europäischen Drogenpolitik zusammengefasst. Die HDG ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Vertreter der Regierungen aller Mitgliedstaaten mitarbeiten. Die HDG hat im Jahr 2005 insbesondere den EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 und mehrere Empfehlungen zu drogenpolitischen Fragen erarbeitet, die vom Rat verabschiedet wurden. Unter britischer Ratspräsidentschaft wurden so genannte

„Thematische Debatten“ zu bestimmten Fragenkomplexen aus dem EU–Drogenaktionsplan 2005–2008 eingeführt. Ziel dieser thematischen Debatten ist, zu Beginn der Laufzeit des EU-Drogenaktionsplans die fachlichen Grundlagen für seine Verwirklichung und Umsetzung in den wichtigsten Bereichen zu schaffen. Für diese Debatten wurden jeweils auch Expertinnen und Experten aus den Mitgliedstaaten hinzugezogen.

6.1.2. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Ein wichtiges Element der EU-Drogenpolitik ist die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), an deren Spitze mit dem Direktor Wolfgang Götz seit Mai 2005 ein Deutscher steht. Die EBDD wurde im Jahr 1993 als unabhängige Agentur der Europäischen Union mit dem Ziel gegründet, die Europäische Kommission, das Europäische Parlament sowie die Mitgliedstaaten „auf europäischem Niveau mit objektiven, verlässlichen und vergleichbaren Informationen zu Drogen, Drogenabhängigkeit und ihren Folgen“ zu versorgen. Zudem ermöglicht sie den Vergleich mit den europäischen Nachbarstaaten und schafft damit auch einen Bezugsrahmen für die deutsche Drogenpolitik.

Die EBDD gibt einen jährlichen Bericht über den Stand der Drogenpolitiken in der EU heraus und führt zu einzelnen Problemschwerpunkten spezielle Untersuchungen durch. Ihr angeschlossen ist das Frühwarnsystem über neue in der Gemeinschaft auftretende synthetische Drogen. Die EBDD sammelt Daten aus den 25 Mitgliedstaaten sowie Norwegen, insbesondere über die nationale Drogensituation, Maßnahmen, Politik und Gesetzgebung. Sie bedient sich dazu der nationalen Knotenpunkte in den einzelnen Mitgliedstaaten, die im so genannten REITOX-Netz zusammengeschlossen sind. Diese fungieren als Schnittstellen zum jeweiligen Partnerland und stellen sicher, dass die notwendigen Informationen geprüft und entsprechend bestimmter Standards an die EBDD geliefert werden. Daneben sorgen sie für die Verteilung von Publikationen und Informationen der EBDD im eigenen Land und arbeiten bei der Weiterentwicklung der Grundlagen mit. Insbesondere gilt das für die Harmonisierung und Abstimmung statistischer Informationen, unter denen die so genannten Schlüsselindikatoren das zentrale Element darstellen.

Es wird zur Zeit eine neue Verordnung des Rates und des EU-Kommission zur Überarbeitung des Statuts der EBDD diskutiert und zur Entscheidung vorbereitet. Der Entwurf enthält einerseits im Wesentlichen die Anpassung des Statuts an bereits durchgeführte Veränderungen in der Praxis, andererseits auch einige neue Regelungen, wie unter anderem die Einbeziehung von Konsummustern legaler psychoaktiver Substanzen im Kontext mit dem Konsum illegaler im Rahmen der Datenerhebung.

6.1.3. Pompidou-Gruppe beim Europarat

Die Pompidou-Gruppe („Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs“, PG) wurde 1971 auf Initiative des damaligen französischen Präsidenten Georges Pompidou im Rahmen des Europarats gegründet. Ihr gehören 34 Staaten (von den derzeit 45 Mitgliedern des Europarats) an. Sie ist die erste – und damit älteste – europäische Institution im Bereich der Internationalen Drogenpolitik. Die für Drogenfragen zuständigen Minister der Pompidou-Gruppe (PG) treffen sich regelmäßig alle drei Jahre, um die politischen Richtlinien für die gemeinsame Zusammenarbeit festzulegen und das Arbeitsprogramm für die nächsten drei Jahre zu beschließen.

Die PG hat anlässlich der Ministerkonferenz im Oktober 2003 in Dublin ihre Struktur und Arbeitsweise neu organisiert. Sie hat insbesondere Arbeitskreise – so genannte Plattformen – zu den sechs Themenkreisen „Prävention“, „Behandlung“, „Forschung“, „Ethische Fragen“, „Strafverfolgung und gesetzliche Maßnahmen“ sowie „Flughäfen“ eingerichtet. Zu diesen Plattformen sollen Expertinnen und Experten aus den Bereichen Politik, Praxis und Wissenschaft Erfahrungen austauschen, sich über den jeweiligen Stand der Erkenntnisse verständigen, Entwicklungen darstellen, Probleme aufzeigen und Erfordernisse definieren. Sie sollen damit Signale setzen, die von der PG aufgegriffen und verwertet werden können.

Im Jahr 2005 haben alle sechs Plattformen je zweimal getagt. Nach dem Willen der Ministerkonferenz sollte eine erste Bewertung stattfinden. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Evaluierung waren:

- Die neue Struktur wurde überwiegend positiv beurteilt und soll nach allgemeiner Auffassung fortgeführt werden.
- Gleichzeitig müssen aber Funktion und Auftrag der PG klarer definiert sowie Arbeitsweise und Struktur verbessert werden.
- Schließlich sollen die Mitgliedstaaten ihr Engagement in der PG verstärken.

Eine endgültige Bewertung des Output der Plattformen wird allerdings erst 2006 möglich sein, wenn die Plattformen ihre Ergebnisse/Empfehlungen vorgelegt haben.

6.1.4. Bilaterale Projekte

Zusammenarbeit mit Polen

Im Rahmen des seit September 2004 erfolgreich durchgeführten „Twinning-Projekts“ zwischen Deutschland und Polen waren im April 2005 zwanzig polnische Fachleute aus der Suchthilfe in Berlin, Hamburg und Niedersachsen zu Gast, um sich über die deutsche Drogenpolitik und Hilfeangebote zu informieren. Das Twinning-Programm hat die Aufgabe, Beitrittskandidaten und neue Mitglieder der Europäischen Union (EU) beim Aufbau ihrer

Strukturen zu unterstützen. Ziel ist die Anpassung an EU-Standards. Die finanzielle Förderung dieses Programms übernahm die Europäische Kommission. Es wurde auf deutscher Seite federführend von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Kooperation mit dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführt. Partner auf polnischer Seite war das polnische Gesundheitsministerium. Beteiligt waren neben nationalen Institutionen vor allem auch die Drogenkoordinatoren der 16 Wojwodschaften, die die Aufgaben haben, die Drogenpolitik und Hilfe in den Regionen zu steuern.

Die polnischen Gäste besuchten in Deutschland eine Reihe von Drogenhilfeeinrichtungen, vor allem Einrichtungen der niedrigschwelligen Hilfen, wie Drogenkonsumräume, mobile Beratungsangebote und eine Substitutionsambulanz sowie eine Einrichtung zur Beratung und Behandlung jugendlicher Cannabiskonsumenden. Im September 2004 hatte bereits ein deutsch-polnischer Fachaustausch zum Kennenlernen des Bundesmodellprojektes „FreD – Frühintervention bei (polizeilich) erstauffälligen Drogenkonsumenten“ in Berlin und München stattgefunden.

Ende 2005 fand der Gegenbesuch einer deutschen Expertendelegation zu Fragen der Suchtprävention in Polen statt. Im Zentrum der Gespräche standen die Weiterentwicklung des Modellprogramms FreD in der Bundesrepublik sowie Fragen der Prävention und Frühintervention im Bereich des Cannabiskonsums. Auf deutscher Seite nahmen Vertreter verschiedener Projekte zu Cannabis teil. Die polnischen Experten stellten ihrerseits Ansätze zur Frühintervention und Prävention vor. Der Besuch vermittelte einen Einblick in Strukturen und Angebote des polnischen Hilfesystems. Der Austausch über Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen regionalen und zentralen Politik- und Versorgungsebenen soll fortgeführt werden.

Deutsch-französische Konferenz zu Cannabis

Unter dem Titel „Cannabis – Prävention, Behandlung, Politik“ fand im Juli 2005 in Straßburg/Frankreich die zweite deutsch-französische Suchttagung statt. Die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, und ihr französischer Amtskollege, Dr. Didier Jayle, hatten Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Politik und Praxis der beiden Nachbarstaaten eingeladen, um Erfahrungen auszutauschen, Strategien zu diskutieren und eventuelle gemeinsame Projekte anzusteuern. Mit der Tagung in Straßburg setzen Deutschland und Frankreich die Zusammenarbeit fort, die im letzten Jahr mit der ersten deutsch-französischen Tagung zur Suchtprävention bei Jugendlichen in Freiburg/Breisgau ihren Anfang genommen hat.

6.1.5. Netzwerk „Bridging the Gap“ zur Alkoholpolitik

Alkohol wird von vielen Menschen in Europa in erster Linie als ein Genussmittel betrachtet, das der Entspannung dient und geselliges Beisammensein fördert. Alkohol ist aber auch ein Konsumgut, das schwerwiegende gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Schäden bewirkt. Abgesehen davon, dass Alkohol ein Suchtmittel ist, dessen übermäßiger Konsum in die Abhängigkeit führen kann, ist er auch an ca. 60 Krankheitstypen ursächlich beteiligt. Vor diesem Hintergrund verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1995 die Europäische Alkoholcharta, in der sie fünf ethische Prinzipien und Ziele zum Ausdruck brachte sowie zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen formulierte. Um besonders dem Problem des steigenden Alkoholkonsums von Jugendlichen zu begegnen, sprach der Rat der EU 2001 Empfehlungen zur Reduzierung des Alkoholkonsums von Jugendlichen aus. Die EU arbeitet derzeit an einer Mitteilung zu einer EU-Strategie zur Reduzierung der schädlichen Wirkungen des Alkoholkonsums, in deren Focus die Reduzierung des übermäßigen Alkoholkonsums und der verantwortungsvolle Umgang stehen sollen.

Innerhalb dieser Gesamtpolitik verfolgt das Projekt „Bridging the Gap“ das Ziel, ein europaweites Netzwerk von Nichtregierungsorganisationen für Alkoholpolitik zu schaffen, um die Entwicklung einer umfassenden Strategie zur Reduzierung alkoholverursachter Schäden in Europa zu intensivieren. Darüber hinaus sollen die europäischen Länder unterstützt und ermutigt werden, die Empfehlungen des Rates in Bezug auf Alkoholkonsum von Jugendlichen umzusetzen.

„Bridging the Gap“ wird für den Zeitraum 2004–2006 von der Europäischen Kommission und verschiedenen europäischen Organisationen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, finanziert. Das Projekt wird von „Eurocare“ koordiniert und durchgeführt. Partnerorganisationen aus 30 europäischen Ländern nehmen daran teil, unter anderem die Weltgesundheitsorganisation (europäisches Büro), das Europäische Jugendforum (European Youth Forum) und die Europäische Allianz für Public Health (EAPH). Deutscher Kooperationspartner von „Bridging the Gap“ ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

6.2. Vereinte Nationen

6.2.1. Suchtstoffkommission und Drogenkontrollprogramm

Deutschland ist Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND), dem zentralen internationalen Organ zur Bekämpfung von Drogenproduktion und -handel. Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP) wird von Deutschland seit vielen Jahren finanziell unterstützt. Deutschland gehört dem Kreis der Hauptgeberstaaten an und beteiligt sich an mehreren UNDCP-Projekten.

Die 48. Sitzung der CND fand vom 7. bis 14. März 2005 in Wien statt. Die deutsche Delegation beteiligte sich sowohl im Plenum als auch im „Committee of the Whole“ und in kleineren Arbeitsgruppen, in denen die einzelnen Resolutionen beraten wurden. Die von Deutschland vorbereitete und durch die Europäische Union in die CND eingebrachte Resolution zur Stärkung der Alternativen Entwicklung fand große Aufmerksamkeit und wurde mit breiter Zustimmung verabschiedet. Die übrigen verabschiedeten Resolutionen bezogen sich auf die Bereiche Angebotsreduzierung, illegaler Drogenhandel, Grundstoffüberwachung, Nachfragereduzierung, Prävention, Internethandel mit Drogen, Management bei UNDCP und Finanzierung von UNDCP.

Die thematischen Debatten „Prävention von HIV/AIDS bei injizierendem Drogenkonsum“ und „Community Capacity Building“ boten neben einem Erfahrungsaustausch Gelegenheit zur Darstellung der deutschen drogenpolitischen Strategie.

6.2.2. Tabakrahmenkonvention

Im Jahr 2005 ist das Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eindämmung des Tabakkonsums, das auch Deutschland unterzeichnet hat, in Kraft getreten. Das Ziel dieser Tabakrahmenkonvention ist die weltweite Verringerung des Tabakkonsums durch verschiedene Maßnahmen, z. B. durch preisbezogene Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage, Schutz vor Passivrauchen oder Regulierung der Inhaltsstoffe von Zigaretten.

Vom 6. bis zum 17. Februar 2006 fand in Genf die von der WHO einberufene erste Konferenz der Vertragsparteien statt. Dort wurden zunächst die Grundlagen für die Aufnahme der Arbeit zur Umsetzung der Konvention festgelegt. Dies betraf unter anderem die Einrichtung eines Sekretariats, die Verabschiedung eines Haushalts- und Arbeitsplans sowie die Annahme der Verfahrensregeln. Hierzu wurde eine Berichterstattungspflicht der Vertragsparteien beschlossen, bei der der Stand der Umsetzung mittels eines Fragebogens festgestellt werden soll. Das Sekretariat wird die Fragebögen vor der nächsten Konferenz der Vertragsparteien auswerten und einen entsprechenden Bericht anfertigen.

Ferner wurde die Entwicklung von Leitlinien betreffend Passivrauchen und Produktregulierung eingeleitet. Hierzu werden Arbeitsgruppen Leitlinien entwerfen, welche auf der nächsten Konferenz der Vertragsparteien Anfang 2007 verabschiedet werden sollen. Außerdem entschied man sich, Vorarbeiten zu rechtsverbindlichen Protokollen zu grenzüberschreitender Werbung sowie zu illegalem Handel von Tabakerzeugnissen aufzunehmen. Deutschland wird an der Entwicklung von Leitlinien und Protokollen mitwirken.

6.3. Entwicklungszusammenarbeit

6.3.1. Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle

Insbesondere seit der Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zur Drogenkontrolle im Juni 1998 und mit Blick auf die Nachfolgeversammlung im Jahr 2008 wird ein hohes Engagement der internationalen Gemeinschaft für die internationale Drogenkontrolle gefordert. Die Bundesregierung leistet dabei einen bedeutenden Beitrag zur Gestaltung einer effektiven und kohärenten internationalen Drogenpolitik. Das Ziel ist, die negativen individuellen und gesellschaftlichen Folgen von Drogenproduktion, -handel und -konsum in den Entwicklungs- und Transformationsländern so weit wie möglich einzudämmen.

Seit 1990 wird der internationalen Drogenkontrolle durch Entwicklungsmaßnahmen ein hoher Stellenwert beigemessen. Um dieser Aufgabenstellung innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit gerecht zu werden, fördert das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das überregionale „Programm zur Förderung der Entwicklungsorientierten Drogenkontrolle in Entwicklungsländern“ (EOD) der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ).

Das Programm EOD bearbeitet das Thema „Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle“ systematisch und überregional in der deutschen und internationalen Entwicklungszusammenarbeit und trägt zur Verankerung an wesentlichen Schnittstellen – nämlich dort, wo sich Problemfelder überschneiden – bei. Besondere Berücksichtigung findet dabei die Drogenproblematik im Kontext von Krisenprävention und Konfliktbearbeitung, HIV/AIDS-Prävention, Armutsminderung, Stadtentwicklung und Jugend- und Gesundheitsförderung. Mit gemeinsamen Ansätzen können hier effektivere Lösungsansätze erarbeitet werden.

Durch die Umsetzung des Ansatzes der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle in der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit werden zweierlei Zielsetzungen erreicht: die Reduzierung der Drogenproblematik und die Förderung nachhaltiger Entwicklungsprozesse in den Partnerländern.

International fördert das BMZ die Verbreitung des ausgewogenen und entwicklungsorientierten Ansatzes der Bundesregierung und hilft, die Ziele und Prinzipien auch in den Strategien der Partnerländer zu verankern. Neben Maßnahmen in den Bereichen Suchtprävention und -behandlung in Asien und Lateinamerika räumt das BMZ auch weiterhin der „Alternativen Entwicklung“ einen besonderen Stellenwert ein.

6.3.2. Alternative Entwicklung

Der Drogenanbau stellt in Ländern wie Afghanistan und Myanmar sowie Kolumbien, Peru und Bolivien ein großes Entwicklungshemmnis dar bzw. wird durch Entwicklungsprobleme begünstigt. Armut, mangelnde Alternativen zur Sicherung des Lebensunterhalts, Krisen und Konflikte veranlassen bäuerliche Familien dazu, Drogenpflanzen anzubauen. Viele Anbaugebiete sind abgelegen und haben eine unzureichende soziale und wirtschaftliche Infrastruktur. Drogenproduktion verbessert jedoch nicht nachhaltig die wirtschaftliche und soziale Situation der Bauern. Sie geraten in zusätzliche Abhängigkeiten und bleiben langfristig arm. Gleichzeitig sind sie gesellschaftlich marginalisiert und häufig repressiven Drogenkontrollmaßnahmen ausgesetzt.

Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass die Interventionen zur Reduzierung des Drogenanbaus über den Projektansatz der Alternativen Entwicklung hinausgehen und die sozioökonomischen, politischen und ökologischen Rahmenbedingungen mit einbeziehen müssen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund wichtig, dass sich der Drogenanbau immer mehr auf Konfliktregionen konzentriert.

Projekte

Die Aktivitäten Deutschlands in Afghanistan werden in einem eigenständigen Kapitel erläutert („Entwicklung der Drogensituation in Afghanistan“). In Lateinamerika fördert die Bundesregierung das Projekt „Stärkung von Gemeinden und Basisorganisationen in der Alternativen Entwicklung, Tocache-Uchiza“ in Zusammenarbeit mit der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Dieses Projekt ist seit 2003 in ein Peruanisch-Deutsches Programm der nachhaltigen ländlichen Entwicklung integriert und zielt vor allem auf die Stärkung von Basisorganisationen und der nationalen Kommission zur Drogenbekämpfung (DEVIDA). Die GTZ wurde zudem 2005 von der EU mit der Beratung und dem Management eines Fonds zur Förderung von Maßnahmen der alternativen Entwicklung (FONADAL) in den Andenländern beauftragt. Auch fand im November 2005 ein Workshop von GTZ und EU in Bolivien statt. Eine gemeinsame Auswertung der Erfahrungen der Projekte in der Alternativen Entwicklung bestätigte die Bedeutung des Ansatzes für Entwicklungsprozesse in den Andenländern und die Notwendigkeit zur regionalen Kooperation, die nun intensiviert und ausgebaut werden soll.

6.3.3. Suchtprävention und -behandlung in der Entwicklungszusammenarbeit

In vielen Entwicklungs- und Transformationsländern ist eine Zunahme des problematischen Drogenkonsums zu verzeichnen. Besonders hervorzuheben ist hier der Anstieg des intravenösen Drogenkonsums in Osteuropa und den GUS Staaten. In den Ländern der ehemaligen Sowjetunion stehen die rapiden sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen und die

Auflösung staatlicher Kontroll- und Machtstrukturen in direktem Zusammenhang mit der Verfestigung des Drogenhandels in der Region. In Asien, wo der traditionelle Drogenkonsum in vielen Gesellschaften eine untergeordnete Rolle spielt, hat vor allem der Konsum von synthetischen Stoffen Besorgnis erregend zugenommen. Die Anzahl der Konsumenten synthetischer Drogen wird in Asien mittlerweile auf ca. 30 Millionen geschätzt – davon sind die Mehrzahl Kinder und Jugendliche. In den betroffenen Ländern fehlen oft die Kapazitäten auf nationaler und lokaler Ebene, um auf eine nachhaltige und effektive Art und Weise mit der wachsenden Drogenproblematik und der damit verbundenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Problematik umzugehen.

Die Entwicklungszusammenarbeit setzt in den betroffenen Ländern mit einem systemischen Ansatz aus Prävention, Behandlung, Rehabilitation und schadensminimierenden Maßnahmen an. Seit Mitte der 90er Jahre wurden eine Anzahl von Vorhaben in Afghanistan, Indien, Iran, Kambodscha, Vietnam, sowie in Argentinien, El Salvador, Bolivien, Brasilien, Kolumbien und Peru durchgeführt. In der Arbeit mit integrierten Suchthilfekzepten hat sich gezeigt, dass sie dazu beitragen können, die Spiralen von Entwicklungsproblemen und Drogenproblemen nachhaltig zu durchbrechen.

Unter den neuen Vorhaben, die im Jahr 2005 begannen, ist unter anderem auch ein Projekt im Iran, welches aus Geldern der „Erdbebenhilfe Bam“ finanziert wird. Im Rahmen eines Kinder- und Jugendprogramms sollen die lokalen Partner befähigt werden, mit Kindern und Jugendlichen in Bam drogenpräventive Maßnahmen durchzuführen. Im Zuge des Erdbebens von Dezember 2004 ist der Drogenkonsum in der Stadt rapide angestiegen; es gibt derzeit nur wenig lokale Kompetenz, mit der Problematik umzugehen.

Viele Entwicklungsprobleme haben globale Ursachen und Auswirkungen, die Drogenproblematik ist ein anschauliches Beispiel dafür. Um diese Probleme wirksam anzugehen, sind oftmals gemeinsame Anstrengungen einer Vielzahl von Ländern hilfreich. Dieses multilaterale Vorgehen bietet auch die Möglichkeit, Projekte zu verwirklichen, die die Leistungsfähigkeit einzelner Geber übersteigt. Durch gemeinsame Abstimmung untereinander führt es zu einer kohärenten Gesamtpolitik gegenüber den Partnerländern.

Für die deutsche Entwicklungspolitik ist das Drogenkontrollprogramm des Büros für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung der Vereinten Nationen (UNODC) daher ein wichtiger Partner bei der Umsetzung entwicklungsorientierter Drogenkontrollvorhaben. In der Vergangenheit wurden verschiedene Projekte zur Reduzierung des Anbaus und Konsums von Drogen in Süd- und Südostasien, Zentralasien und Lateinamerika von UNODC mit deutschen Mitteln finanziert. Seit 2005 wird ein neues, überregionales Vorhaben von UNODC „International Network of Drug Treatment and Rehabilitation Resource Centres“ von deutscher Seite finanziert. Das Ziel des Vorhabens ist die Etablierung eines internationalen Netzwerks von 20 Suchthilfeeinrichtungen, deren Mitarbeiter in Aspekten der Suchthilfe fortge-

bildet werden und zu verschiedenen Themen „best practice“-Dokumente erstellen. An dem Netzwerk nimmt unter anderem auch eine deutsche Einrichtung der Drogenhilfe teil.

6.3.4. Entwicklung der Drogensituation in Afghanistan

Eindämmung der Drogenproduktion

Die Bekämpfung der Drogenproduktion und des Drogenhandels in Afghanistan ist aus zweierlei Gründen für die Bundesrepublik Deutschland von besonderer Bedeutung. Zum einen wirkt sich eine Reduzierung des Drogenanbaus aufgrund Afghanistans herausragender Stellung als Schlafmohnproduzent unmittelbar auf die Angebotssituation in Deutschland aus. Zum zweiten ist die Drogenanbausituation in Afghanistan aber auch von erheblichem außenpolitischen Interesse für die Bundesrepublik Deutschland.

Das Drogenproblem stellt eines der größten Hindernisse auf dem Weg Afghanistans zu mehr Sicherheit und Entwicklung und zu einem gelungenen Wiederaufbau politischer, sozialer und wirtschaftlicher Strukturen dar. Die Drogenproduktion und der Drogenhandel begünstigen den Aufbau von parallelen Machtstrukturen und unterminieren auf diese Weise die Autorität des Staates. Um das staatliche Gewaltmonopol in Afghanistan wiederherzustellen, Stabilität und nachhaltige Entwicklung zu erreichen sowie den Demokratieprozess auf eine solide Grundlage zu stellen, ist die Anwendung von Drogenbekämpfungsstrategien daher unbedingt erforderlich.

Nach dem „Afghanistan Opium Survey 2005“ des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung (UNODC) wurde 2005 in Afghanistan Schlafmohn auf einer im Vergleich zu 2004 um 21 % geringeren Fläche (104.000 ha) angebaut. Dies stellt die erste Reduzierung der Anbauflächen seit dem Jahr 2001 dar. Relativiert wurde dieser Erfolg allerdings durch eine Erhöhung der Produktivität aufgrund von für den Mohnanbau günstigen Witterungsbedingungen. Im Jahr 2005 sank der Ertrag im Vergleich zum Vorjahr daher nur um 2,5 % auf 4.100 Tonnen. Daraus folgt, dass auch Afghanistans Anteil an der weltweiten Opiumproduktion fast keine Veränderung aufweist. Mit 87 % der weltweiten Produktion bleibt Afghanistan weiterhin größter Opiumerzeuger. Aktuelle Prognosen der UNODC warnen zudem vor einer erneuten Ausdehnung der Anbauflächen in diesem Jahr.

Positiv ist immerhin festzuhalten, dass der Exportwert der Opiate, die von Afghanistan in die jeweiligen Nachbarländer verbracht wurden, im Jahr 2005 mit 52 % des legal erwirtschafteten Bruttosozialprodukts unter dem des Vorjahres (61 %) lag. Auch der Anteil der vom Schlafmohnanbau lebenden Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nahm von 10 % auf 8,7 % ab. Grund zur Besorgnis gibt weiterhin die Zunahme der Opiatabhängigen in Afghanistan selbst.

Die afghanische Regierung wie auch die Internationale Gemeinschaft stufen die anhaltende Dynamik der afghanischen Drogenwirtschaft als gefährlicher für den erfolgreichen Wiederaufbau des Landes ein als die Aktivitäten der militanten Opposition. Bei der Bekämpfung der Drogenwirtschaft ist es daher erforderlich, dass Afghanistan internationale Unterstützung erhält. Insbesondere Großbritannien leistet auf diesem Gebiet Hilfe und hat die Führungsrolle innerhalb der Reform des Sicherheitssektors im Bereich Drogenbekämpfung übernommen. Deutschlands Führungsrolle beim Wiederaufbau der afghanischen Polizei ist inhaltlich damit verbunden. Darüber hinaus engagiert sich Deutschland bei verschiedenen Projekten im Bereich der „Alternativen Entwicklung“, das heißt der Schaffung alternativer Einkommensquellen zum Schlafmohnanbau sowie bei Projekten zur Konsumprävention.

Grundlage der derzeitigen Anstrengungen Afghanistans, die sich nach wie vor sehr gut entwickelnde Drogenwirtschaft zu bekämpfen, ist der in Abstimmung mit Großbritannien entwickelte so genannte „Counter Narcotics Implementation Plan 2005“, der die bereits genannten verschiedenen Elemente des repressiven Vorgehens, alternativer Entwicklungsstrategien und einer breiten Öffentlichkeitsaufklärung vorsieht. Langfristiges Ziel der afghanischen Regierung ist die Halbierung der Anbauflächen bis 2009.

Zur Stärkung des repressiven Elements der Drogenbekämpfungsstrategie wird in Afghanistan seit 2002 eine spezielle Polizei aufgebaut – die „Counter Narcotics Police of Afghanistan“ (CNPA). Deutschland hat hierzu maßgeblich durch organisatorische Beratung sowie Ausbildungs- und Ausstattungshilfe der zentralen Rauschgiftbekämpfungsbehörde in Kabul beigetragen. Außerdem erfolgt eine Beratung der afghanischen Drogenpolizei bei der Personalauswahl und der Erstellung von Ausbildungsplänen. Deutschland hat zudem bereits diverse Ausbildungsmaßnahmen für die afghanische Drogenpolizei durchgeführt. Noch in der Umsetzung befinden sich Maßnahmen zur Ausdehnung der „Counter Narcotics Departments“ in die Provinzen.

Von entscheidender Bedeutung für die Bekämpfung des afghanischen Drogenproblems ist eine Zusammenarbeit auf regionaler Ebene sowie die Unterstützung durch die internationale Gemeinschaft. Im Mai 2004 fand daher eine erste Konferenz zur regionalen Polizeizusammenarbeit in Doha, Katar, statt (Doha I). Dieser Zusammenkunft folgte am 27./28. Februar diesen Jahres eine zweite Konferenz, die ebenfalls in Doha abgehalten wurde (Doha II) und zu der wiederum Afghanistan, die Unterstützungsmission der Vereinten Nationen in Afghanistan, Deutschland in seiner Funktion als Führungsnation für den Polizeiaufbau sowie Katar als Gastgeber einluden. Übergeordnetes Diskussionsthema war das Grenzmanagement in Afghanistan, von einer regionalen Perspektive aus betrachtet. Nachdem die Drogenbekämpfung in Afghanistan schon bei der ersten Konferenz auf der Agenda stand, spielte dieser Themenbereich auch bei der zweiten Konferenz eine bedeutende Rolle. Für die Bekämpfung des Drogenhandels stellt das Grenzmanagement nämlich einen sehr sensiblen Punkt dar; eine effektive Grenzkontrolle ist für die Bekämpfung des Drogenhandels

unerlässlich. Im Jahr 2005 verließen geschätzte 61 % der Opiate Afghanistan über den Iran, etwa 20 % über Pakistan und weitere 19 % wurden über die Grenze zu Zentralasien verbracht. Im Mittelpunkt der Konferenz stand daher die Verbesserung der Zusammenarbeit der Nachbarländer Afghanistans untereinander und mit Afghanistan.

Alternative Entwicklung

Neben repressiven Maßnahmen, wie etwa der Strafverfolgung von an Drogenanbau und -handel beteiligten Personen oder der Vernichtung der Anbauflächen, werden gerade den Maßnahmen der „Alternativen Entwicklung“ von den bei der Drogenbekämpfung maßgeblich beteiligten Akteuren Großbritannien und UNODC herausragende Bedeutung beigemessen. Bereits in anderen Ländern mit ähnlichen Problemlagen, wie etwa Thailand und Laos, hat sich gezeigt, dass Projekte, die dem Konzept der „Alternativen Entwicklung“ folgen, Erfolg versprechend sind. Auch in Afghanistan zeichnen sich bereits erste Erfolge ab. In denjenigen Provinzen, die im letzten Jahr die größte finanzielle Unterstützung für „Alternative Entwicklung“ erhalten haben, ist auch der deutlichste Rückgang der Anbauflächen zu verzeichnen.

Maßnahmen zur „Alternativen Entwicklung“ umfassen dabei nicht nur die Förderung alternativer Produkte und Einkommen, sondern auch die Verbesserung der materiellen und sozialen Infrastruktur. Deutschland engagiert sich bereits seit 2002 mit zahlreichen Projekten für eine Alternative Entwicklung.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) führt derzeit seine Unterstützung des von UNODC in Zusammenarbeit mit dem „Aga Khan Development Network“ (AKDN) umgesetzten Projekts der Alternativen Entwicklung in fünf Distrikten der Provinz Badachhschan fort. Ziel der Maßnahmen sind die Legalisierung und Stabilisierung der Existenz bäuerlicher und anderer ländlicher Familien. Daneben sollen zivilgesellschaftliche Strukturen auf Dorf- und Gemeindeebene sowie administrative und politische Strukturen auf Provinzebene gestärkt werden.

Zur Koordinierung der von Deutschland geförderten Maßnahmen – insbesondere bei der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle und zur Abstimmung mit den anderen im Bereich der alternativen Entwicklung aktiven Gebern (vornehmlich Großbritannien und die USA), Nichtregierungsorganisationen, UNAMA sowie den afghanischen Institutionen in der Provinz Badachhschan – hat das BMZ seit April 2005 einen Entwicklungsbeauftragten nach Faisabad entsandt. Zudem wurden im Jahr 2005 Vorhaben der integrierten Ernährungssicherung fortgesetzt, die von der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) und dem AKDN durchgeführt wurden.

Das Engagement Deutschlands im Bereich der alternativen Entwicklung erstreckt sich daneben auch auf andere Regionen. In der Provinz Baghlan wird eine Zuckerfabrik mit deut-

scher Unterstützung wiederaufgebaut und – als Alternative zum Mohnanbau – der Zuckerrübenanbau in der Region wieder eingeführt. Die Maßnahme zielt darauf ab, rund 40.000 Menschen neue Einkommensperspektiven zu verschaffen und sie auf diese Weise von ihrer Abhängigkeit vom illegalen Drogengeschäft zu befreien.

Des Weiteren wird seit 2005 ein neues Grundbildungsprogramm schwerpunktmäßig in den Provinzen Kundus, Badachschan und Takhar umgesetzt. Das Programm konzentriert sich in erster Linie auf die Lehreraus- und -fortbildung und auf die Erweiterung des Zugangs zur Grundbildung durch Rehabilitierung und den Neubau von Schulen. Daneben ist die Errichtung von Lehrerausbildungszentren und der Neubau von so genannten Referenzschulen geplant.

Nach der Unterstützung der Gründung der „First Microfinance Bank of Afghanistan“ in Kabul wird derzeit die Errichtung einer Filiale der Mikrofinanzbank in Faisabad geprüft. Das Ziel von Mikrofinanzbanken ist die Bereitstellung von Basisfinanzdienstleistungen insbesondere für private Kleinst- und Kleinunternehmer aller Sektoren. Diese Förderungsmaßnahmen sind Teil des Maßnahmenbereichs „Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Investitionsförderung“, welcher einen von vier Schwerpunkten in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit Afghanistan darstellt. Mit ihrer Hilfe sollen legale Einkommensmöglichkeiten als Alternativen zum Schlafmohnanbau und zur Drogenproduktion entwickelt werden.

Bei der Schaffung alternativer Arbeitsplätze und Einkommensquellen legt die afghanische Regierung besonderes Augenmerk auf die Entwicklung des Privatsektors als Hauptsäule der Wirtschaft. Um diesen zu fördern, wurden im Vergleich zu anderen Ländern der Region moderne Handels- und Investitionsgesetze verabschiedet. Deutschland unterstützt diese Politik zum Beispiel durch Beratung beim Aufbau der afghanischen Investitionsbehörde AISA (Afghanistan Investment Support Agency). Um die Rahmenbedingungen für deutsche Investitionen in Afghanistan zu verbessern, wurde 2005 ein deutsch-afghanischer Investitionsförderungs- und -schutzvertrag unterzeichnet. Möglichkeiten und Voraussetzungen für eine verstärkte bilaterale Wirtschaftskooperation stehen zudem auf der Tagesordnung der 2004 neu geschaffenen Joint Task Force Afghanistan–Germany on Economic Affairs.

Einen Unterstützungsbeitrag für Afghanistan leistet Deutschland schließlich auch im Rahmen bilateraler Projekte mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO). Afghanistan stellt in diesem Zusammenhang ein Schwerpunktland in der Förderung von FAO-Fonds durch Deutschland dar. Seit 2002 wurden im Bereich des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) insgesamt 17 Projekte mit einem Gesamtvolumen von 19,4 Millionen Euro gefördert. Darin eingeschlossen sind sowohl die direkte Unterstützung von Rückkehrern und Kleinbauern zur Existenzsicherung in der Landwirtschaft als auch Projekte zur Verbesserung der nationalen Rahmenbedingungen für die landwirtschaftliche Produktion und Ernährungssicherung.

7. Forschung



7. Forschung

7.1. Aktuelle Studien

Die im folgenden beschriebenen Forschungsvorhaben wurden bzw. werden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat im Oktober 2002 beim „Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht“ (MPI) in Freiburg eine rechtsvergleichende Studie zu dem Thema „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse nunmehr vorliegen.

Durch die Studie sollte die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des § 31a des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) – gemeint ist die Möglichkeit des Absehens von der Strafverfolgung – im Kontext anderer Einstellungsvorschriften evaluiert werden. Die Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften und die Frage nach einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung bei eigenkonsumbezogenen Drogenverfahren stand im Zentrum des Forschungsprojekts. Die auf die Jahre 1995/1996 bezogenen Erkenntnisse einer früheren Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle zur „Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten“ aus dem Jahre 1997 bedurften aufgrund des Zeitablaufs der Überprüfung. Ziel war es, herauszufinden, ob § 31a BtMG in den Bundesländern – wie seinerzeit in der genannten Studie für Cannabis festgestellt – zu einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung führt oder ob aufgrund einer ungleichen Rechtsanwendung ggf. Maßnahmen zur Sicherstellung der Bundeseinheitlichkeit erforderlich sind.

Das MPI stellt in seiner Kernaussage eine unterschiedliche Anwendung des § 31a BtMG fest und kommt damit – zumindest für Cannabisdelikte – zu einem tendenziell anderen Ergebnis als die Untersuchung aus dem Jahr 1997. Die Bundesregierung hat daher mit den Ländern Beratungen aufgenommen, um mögliche Handlungsoptionen zu prüfen. Der Abschlussbericht der Studie wurde in der Schriftenreihe des Max-Planck-Instituts bei dem Verlag „Duncker und Humblot“ veröffentlicht: Carsten Schäfer und Letizia Paoli: Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. ISBN 3-428-12147-3 oder 3-86113-075-0.

Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch – eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt Prof. Thomasius, Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, eine Studie „Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch – eine Expertise zu gesundheitlichen und

psychosozialen Folgen". Die Studie umfasst unter Verwendung anerkannter wissenschaftlicher Kriterien die Ermittlung, Darstellung und Bewertung der relevanten Studien, die in der Zeit zwischen 1995 und 2004 zum Thema publiziert worden sind. Das Projekt wird bei einer Laufzeit von einem Jahr Mitte 2006 abgeschlossen werden.

Anschlussvorhaben „Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV, 2. Teil"

Die bereits vorliegenden Auswertungen zum Thema „Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen“, die auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit zu finden sind, sollen um die Angaben der regionalen Verteilung von Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinder- und Jugendärzten ergänzt werden. Es soll festgestellt werden, inwieweit es Auswirkungen auf oder Erklärungen für die regional sehr unterschiedlichen Behandlungsprävalenzen gibt. Ferner sollen Regionen ermittelt werden, in denen Elterngruppen aktiv sind, die sich für eine Methylphenidat-Behandlung engagieren oder auch umgekehrt kritisch dazu stellen. Eventuell können auch solche Erklärungsmuster für die regionalen Unterschiede in der Behandlungsprävalenz herangezogen werden. Es wird damit gerechnet, dass der Abschlussbericht zu diesem Projekt in Kürze publiziert werden kann.

Untersuchung zum Thema „Rauchen in Spielfilmen"

Die Werbung für Tabakwaren in Radio und Fernsehen ist in Deutschland seit vielen Jahrzehnten verboten. Gleichwohl rauchen viele der handelnden Personen in TV- und Kinofilmen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erreichen viele Zuschriften von Bürgerinnen und Bürgern, die auf das intensive Rauchen der Akteure im Fernsehen und in Kinofilmen hinweisen. Das BMG fördert daher seit Mitte 2005 eine Untersuchung zum Rauchen in deutschen und internationalen Spielfilmen.

Die Untersuchung beinhaltet neben der Analyse des Rauchverhaltens in Spielfilmen auch die Aufarbeitung der Forschungsliteratur und eine empirische Untersuchung über die Wirkung des Rauchens in Spielfilmen auf junge und erwachsene Zuschauer. Im einzelnen umfasst die Studie die qualitative und quantitative Inhaltsanalyse von 130 deutschen Spielfilmen aus den Jahren 1986–2004, zehn europäischen TOP-Filmen und zwei Filmen pro Jahr aus der „Tatort“-Reihe der Jahre 1984–2004. Hinsichtlich der TOP-Kinofilme aus den USA wird auf vorliegendes umfangreiches amerikanisches Forschungsmaterial zurückgegriffen. Die empirische Untersuchung der Wirkung auf Zuschauer, enthält a) eine experimentalpsychologische Untersuchung mit 150 Jugendlichen und 150 Erwachsenen, b) eine querschnittliche Untersuchung mit 5.500 Schülerinnen und Schüler der sechsten, siebten und achten Klasse in Schleswig-Holstein sowie c) eine Kohortenstudie zur Langzeitwirkung 12 Monate nach der Erstuntersuchung. Der Gender-Aspekt wird in allen Teilstudien berücksichtigt. Zur Aufarbeitung der Fachliteratur wurden umfangreiche Vorarbeiten bereits geleistet. Sie werden auf der Basis des Bestands von Bibliotheken und Datenbanken fortgeführt. Der Abschlussbericht wird für Januar 2007 erwartet.

7.2. Forschungsverbände zur Suchtforschung

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

Die Forschungsverbände zur Suchtforschung befinden sich seit November 2004 in der zweiten Förderperiode, die noch bis November 2007 läuft. In vielen Projekten steht dabei die Implementierung der bisher erworbenen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis an. Um die allgemeinen Ziele der Prävention und Früherkennung von Suchterkrankungen, die Verbesserung der Behandlung von Abhängigen und nicht zuletzt die Vermeidung von Rückfällen effektiver verfolgen zu können, wurde die Zusammenarbeit der Verbände im Jahr 2005 stark intensiviert. Im März 2005 wurde das „Deutsche Suchtforschungsnetz“ gegründet, das ebenfalls vom BMBF gefördert wird. Sprecher dieses Netzes ist Prof. Mann aus Mannheim. Im Dezember 2005 fand in Mannheim ein erstes verbundübergreifendes Treffen statt, in dem unter Beteiligung internationaler Experten das Schwerpunktthema Gesundheitsökonomie behandelt wurde und bei dem ein intensiver Gedankenaustausch zu Arbeiten der einzelnen Verbände erfolgte. Die Tatsache, dass ehemalige Gutachter als Berater gewonnen werden konnten, zeigt den hohen Stellenwert des deutschen Suchtforschungsnetzes auch aus internationaler Sicht.

7.2.1. Forschungsverbund Baden-Württemberg (Sprecher: Prof. Mann)

Im Bereich „öffentliche Gesundheitsförderung“ innerhalb des Forschungsverbundes Baden-Württemberg wurden zwei Forschungsprojekte inzwischen abgeschlossen. Ein Projekt beschäftigte sich dabei mit der Implementierung von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung in Hausarztpraxen (Prof. Brenner, Heidelberg). Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine mangelhafte Vergütung ärztlicherseits ein Haupthinderungsgrund für die Durchführung von Entwöhnungsmaßnahmen darstellt. Dagegen scheint das kostenlose Angebot von Nikotinersatzstoffen besonders empfehlenswert zu sein.

Ein weiteres Projekt beschäftigte sich mit Entwicklungswegen des Tabakmissbrauchs bei Jugendlichen (Prof. M.H. Schmidt, Dr. Laucht, Mannheim), das im Rahmen einer seit ca. 15 Jahren etablierten Längsschnittuntersuchung („Mannheimer Risikokinderstudie“) durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zum Zusammenhang interpersoneller bzw. sozialer Faktoren

und dem Rauchverhalten Jugendlicher, insbesondere aber der Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Mutter in der Schwangerschaft und der Wahrscheinlichkeit der Jugendlichen, ADHD zu zeigen, haben ein breites Medienecho ausgelöst.

In einem Projekt, das die Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems zur Behandlung alkoholbezogener Störungen in Hausarztpraxen zum Ziel hat (Prof. Dr. Dr. Härter, Freiburg), steht inzwischen der Transfer in die Praxis im Mittelpunkt. Hierzu werden die ausgearbeiteten Leitlinien in eine interaktive elektronische Version überführt, welche auch ein „E-Learning“-Modul aufweisen wird. Diese Version wird nach einer Pilottestung in den Projektzentren im Raum Südwürttemberg-Südbaden in breiterem Umfang untersucht. Ergebnisse der ersten Förderperiode zeigen, dass eine effektive Diagnostik und Behandlung insbesondere dann nur erschwert möglich sind, wenn Patienten die Diagnose „alkoholbezogene Störung“ nicht akzeptieren und eine Überweisung ablehnen. Dies deutet auf die Relevanz motivationssteigernder Maßnahmen hin.

Der Bereich „Therapieforschung“ wird in erster Linie durch das „Project PREDICT“ geprägt (Prof. Mann, Mannheim: „Individuell adaptierte Therapie der Alkoholabhängigkeit“, Dr. Berner, Freiburg: „Effizienz einer zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlung bei Alkoholkranken“). Die klinischen Studien sind implementiert und befinden sich in der Rekrutierungsphase. Ein weiteres Zentrum (Regensburg) wurde angegliedert. Bis Jahresende 2006 soll das Rekrutierungsziel erreicht sein. Erste Auswertungen deuten auf eine valide Charakterisierung prognostisch relevanter Subtypen hin. Für das Psychotherapieprojekt sind insbesondere die bislang erfolgten Transferleistungen in die Praxis zu erwähnen (Schulung und Supervision niedergelassener Therapeuten).

Ein weiteres Projekt beschäftigt sich mit der Entwicklung von Raucherentwöhnungstherapien, die an biologische und psychologische Prädiktoren adaptiert werden (Prof. Batra, Tübingen), nachdem sich das Vorgängerprojekt mit der Aufklärung solcher Prädiktoren beschäftigte. Ziel ist es, spezifische, risikogruppenorientierte Therapieangebote zu formulieren und zu evaluieren.

Die Support- und Querschnittsprojekte sind entsprechend ihren Aufgaben mit den unterschiedlichen Verbundprojekten (insbesondere Project PREDICT) verzahnt und sind an den dortigen Forschungsprojekten intensiv beteiligt. Beispiele hierfür sind die begleitenden genetischen oder gesundheitsökonomischen Fragestellungen, deren Bearbeitung sich auf dem Stand der jeweiligen inhaltlichen Projekte befindet. Für das Koordinationszentrum ist anzumerken, dass neben genuinen Aufgaben (z. B. finanzielle und strukturelle Administration, Aufbau einer Internetpräsentation, Etablierung einer Hotline) die Betreuung neu hinzugewonnener assoziierter Projekte ein Schwerpunkt war. Dies zeigt, dass sich dieser Forschungsverbund in der Versorgungspraxis etabliert hat und als Kompetenzzentrum in Fragen suchtmedizinischer Forschung wahrgenommen wird.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.bw-suchtweb.de.

7.2.2. Forschungsverbund Bayern/Dresden (Sprecher: Prof. Wittchen und Prof. Soyka)

Mit der im August 2005 an der TU Dresden eingerichteten BMBF-Suchtforschungsprofessur in Verbindung mit der Berufung von Professor Gerhard Bühringer hat der Forschungsverbund Bayern/Dresden (ASAT) eine nachhaltige strukturelle und inhaltliche Stärkung erfahren. Neben der optimierten Weiterentwicklung des bestehenden Forschungsschwerpunkts „Modelle für die Zuordnung von therapeutischen Interventionen zu individuellen Patientenprofilen“ (Allokation) als übergreifendes Thema aller Projekte sind damit zwei neue Forschungs- und Tätigkeitsschwerpunkte in das Arbeitsprogramm aufgenommen worden:

- Der sich in der Vorbereitung befindende Schwerpunkt „Wille und Handlung als zentrale Einflussgrößen von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen bei substanzbezogenen Störungen“ befasst sich mit der Beschreibung der Entstehung des Wollens, der Umsetzung in Handeln und in langfristige Handlungsabläufe bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen sowie mit den fördernden und hemmenden Faktoren, die auf diesen Prozess einwirken. Ziel ist es, aus Erkenntnissen der Suchtforschung und der „Cognitive-affective Neuroscience“ innovative Konzepte zur individuellen Analyse der Veränderungswahrscheinlichkeit beim einzelnen Patienten zu gewinnen sowie Hinweise zur Optimierung der Prävention und Behandlung abzuleiten. Hierbei arbeitet der Lehrstuhl eng mit Prof. Dr. Thomas Goschke (Dresden) im Bereich der Modelle „intentionale Handlungssteuerung“ zusammen.
- Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist die Etablierung eines Postgraduiertenkollegs „Suchtforschung“. Da es europaweit kein universitätsinternes oder universitätsübergreifendes Ausbildungscurriculum zur Suchtforschung im Rahmen eines Promotionsprogrammes gibt, ist das Ziel dieses Arbeitsschwerpunktes die Entwicklung und Etablierung eines Ausbildungscurriculums Suchtforschung an der TU Dresden, das parallel zur Durchführung eines Promotionsvorhabens absolviert werden kann.

Im Rahmen des Forschungsverbundes Bayern/Dresden werden folgende Forschungsvorhaben durchgeführt.

Projekt „Gemeindebezogene Bedarfsanalysen und Allokation“ in Verbindung mit dem Projekt „Gezielte Frühinterventionen bei Cannabis, Ecstasy und Alkoholkonsumenten“: In der weltweit größten und umfassendsten Bevölkerungs- und Versorgungseinrichtungs-Analyse einer großstädtischen Region (München Stadt und Land) konnte an über 3.000 Personen und in mehr als 150 Suchteinrichtungen erstmals differenziert eine längsschnittliche Bedarfs- und Allokationsanalyse durchgeführt werden. Als Fazit der Untersuchung wurde festgestellt, dass trotz substantieller personeller und institutioneller Ressourcenausweitung des Suchthilfesektors die Allokation von Interventions- und Therapieangeboten insgesamt nicht bedarfsgerecht erscheint. Es besteht eine vom Ausmaß her gravierende Unterversor-

gung von Konsumenten in Frühstadien. Nahezu alle Ressourcen werden durch die Schwerstkranken verbraucht, während Prävention und Frühstadienintervention sowie die spezialisierte Therapie für Cannabis, Ecstasy und Stimulantienkonsumenten außerordentlich defizient erscheint. Maßnahmen zur Änderung dieser Situation werden derzeit in den Studien F2 „Gezielte Frühinterventionen bei Cannabis-, Ecstasy- und Alkoholkonsumenten“ sowie im Projekt F3 erprobt.

Projekt „Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen“ (CANDIS):

Im Januar 2006 nahm mit der Dresdener „CANDIS Cannabis-Ambulanz“ die erste auf Cannabis spezialisierte Forschungsambulanz in Deutschland ihre Tätigkeit auf. Vor dem Hintergrund des Projekts F3 wird im Rahmen der randomisierten kontrollierten Interventionsstudie „CANDIS – Modulare Therapie für Cannabisstörungen“ erstmals in Europa ein spezielles Behandlungsprogramm für cannabisbedingte Störungen entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Die Nachfrage nach diesem Angebot übersteigt bereits kurz nach Beginn bei weitem die Kapazitäten. Die Kurzzeittherapie besteht aus zehn Behandlungseinheiten und lässt sich unterteilen in eine voll standardisierte Therapie und in eine gezielt auf Patientenmerkmale abgestimmte standardisierte Therapie. Ziel der Studie ist es, an insgesamt 210 cannabisabhängigen Patienten die Wirksamkeit der beiden Behandlungsbedingungen gegenüber einer Wartekontrollgruppe zu überprüfen. Die CANDIS-Studie ist innovativ und wird dazu beitragen, das Wissen über effektive Behandlungen bei cannabisbedingten Störungen zu erweitern. Darüber hinaus wird sie wichtige Informationen über die Bedeutung einer gezielten individuellen Allokation liefern. Die Umsetzung des Projektes erfolgt in enger Zusammenarbeit mit Vertretern bundesweiter und regionaler Suchthilfeinrichtungen, um eine rasche Übertragung der Erkenntnisse in die Versorgung zu ermöglichen.

Projekt „Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung“:

Inwiefern lässt sich die Entwöhnung von Rauchern durch eine stärkere Einbeziehung deutscher Hausärzte flächendeckend verbessern? Diese Fragestellung wurde im Rahmen der Studie „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening“ (SNICAS) überprüft. Die zuerst durchgeführte bundesweite Stichtagserhebung bei 889 Hausärzten und 28.707 Patienten belegte, dass jeder dritte Hausarztpatient aktuell raucht und jeder zweite Raucher nikotinabhängig ist. Trotz der Größenordnung des Raucherproblems zeigte sich, dass rund ein Viertel der Raucher nicht vom Hausarzt erkannt, nur jeder Zweite bereits einmal auf das Rauchen angesprochen und nur jeder Zehnte jemals mit einer Tabakentwöhnung behandelt wurde. Mangelnde Veränderungsmotivation der Patienten, hohe Zeitintensität und geringe Effektivität der Therapie sowie schlechte Abrechnungsmöglichkeiten wurden am häufigsten von den Ärzten als Barrieren für die Behandlung genannt. In der sich an die Stichtagserhebung anschließende regionale klinische Interventionsstudie mit 467 Patienten in 167 Hausarztpraxen zeigte sich, dass die in der Hausarztpraxis durchgeführte Tabakentwöhnungsmaßnahmen durchaus effektiv sein können. Jeder dritte Raucher war zum Therapieende (nach 12 Wochen) rauchfrei, jeder vierte Raucher blieb über einen 12-Monats-Zeitraum

kontinuierlich abstinenter. Überraschenderweise war keine der eingesetzten Therapien (Bupropion SR; Nikotinersatzstoffe, kognitiv-behaviorales Selbsthilfepaket) deutlich wirksamer als eine Kurzintervention (ärztlicher Rat zum Rauchstopp und das Führen von Nicht-rauchertagebüchern).

Die Studie belegte darüber hinaus eindrucksvoll, dass es von höchster Bedeutsamkeit ist, die Patienten zur Inanspruchnahme und zum Durchhalten einer Behandlung zu motivieren. Nur jeder zehnte vom Hausarzt angesprochene Patient war bereit, an der Intervention teilzunehmen, nur jeder zweite beendete sie regulär. Bei regulärem Therapieende waren die Behandlungserfolge deutlich besser: nahezu 70 % waren bei Therapieende abstinenter.

Projekt „Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken“:

Teilprojekt Suchtrehabilitationskliniken: Die in den Jahren 2001–2004 durchgeführte Vorstudie konnte zeigen, dass Raucherentwöhnungsmaßnahmen erfolgreich in Suchtrehabilitationskliniken etabliert werden können. Auffälliges „Nebenergebnis“ waren erhebliche Unterschiede in den Raucherentwöhnungsquoten zwischen den untersuchten Kliniken bei identischen Interventionen. Es wurde angenommen, dass die Unterschiede durch den unterschiedlichen Umgang mit Tabak in den jeweiligen Kliniken bedingt sind. Die jetzige Teilstudie befasst sich detailliert mit diesem Thema. Verglichen wird eine Versuchsgruppe von Kliniken, in der neben einem Tabakentwöhnungsprogramm auch ein Leitfaden für einen restriktiven Umgang mit Tabak implementiert wird, mit einer Kontrollgruppe, in der dies nicht durchgeführt wird. In der Ist-Erhebung vor Beginn der Intervention konnte gezeigt werden, dass die beobachtbaren Unterschiede im Umgang mit Tabak zwischen den untersuchten Kliniken auch quantitativ erfasst werden können. Teilprojekt „Mutter-Kind-Kliniken“: In dieser Studie soll untersucht werden, inwieweit eine telefonische Nachbetreuung im Anschluss an einen Tabakentwöhnungskurs während einer stationären Kur die langfristige Erfolgsquote verbessern hilft. Die Raucherentwöhnungsprogramme konnten in den Kliniken der Arbeiterwohlfahrt sehr gut etabliert werden. Die Abstinenzrate direkt nach Kursende ist mit etwa 30 % sehr gut, die Follow-up-Untersuchungen zur Überprüfung der Wirksamkeit einer telefonischen Nachbetreuung haben gerade erst begonnen.

Projekt „Versorgungsqualität und Allokation in der Substitutionstherapie“ (COBRA):

Mit Methadon und Buprenorphin stehen in Deutschland für ca. jeden dritten opiat- bzw. heroinabhängigen Patienten zwei zugelassene Substitutionsstrategien im Rahmen komplexer ambulanter Therapiestrategien zur Verfügung. Die Versorgungsgüte und Wirksamkeit dieses Versorgungssektors sowie die Prüfung der natürlichen Allokationsmechanismen wurden erstmals mit der bundesweiten COBRA Studie an über 2.500 Patienten in mehr als 350 Versorgungseinrichtungen evaluiert. Nach Abschluss einer Querschnitts- und drei Verlaufsuntersuchungen über einen Zeitraum von einem Jahr zeichnen sich folgende Ergebnisse ab:

- Das System hält erfolgreich die Mehrzahl der Patienten in der Therapie und stabilisiert sie (ähnlich gute Haltequoten wie in randomisierten klinischen Studien).

- Kleine primärärztliche Versorgungseinrichtungen haben – unabhängig vom Substitutionsmittel – ebenso gute Haltequoten wie große interdisziplinär besetzte spezialisierte Substitutionszentren.
- Die Mortalitätsrate ist mit unter 1 % pro Jahr niedrig, Drogen- und Substitutionsmittel-freiheit wird von ca. 10 % aller Patienten erreicht.
- Folgende Defizite sind zu beobachten: Die extrem häufige ausgeprägte somatische Komorbidität der Patienten (HCV, HIV, Koinfektionen) wird nur selten adäquat und ausreichend behandelt und ein hochgefährliches Risikoverhalten (ungeschützte Sexualpraktiken, Nadeltausch etc.) der Suchtkranken wird kaum oder nur marginal reduziert.

Projekt „Individualisierte psychosoziale Behandlung und Auswahl der Substitutionssubstanz für Patienten in Substitution“:

In diese im Rahmen des Projektes durchgeführte randomisierte Studie wurden 182 opiat-abhängige Patienten aufgenommen, die Therapie steht bei den letzten Patienten kurz vor dem Abschluss. Die Haltequote von Methadon liegt leicht über der von Buprenorphin (67,5 % vs. 59 % signifikanter Unterschied). Aus den ersten Analysen ist weiterhin das Ergebnis wichtig, dass etwa 25 % der Patienten keine Reduktion von Entzugssymptomen in der Anfangszeit der Substitutionsbehandlung zeigten. Bei 80 % dieser Patienten zeigte sich, dass auf die fehlende Reduktion der Entzugssymptome nicht mit einer Dosiserhöhung reagiert wurde, wie dies üblicherweise zu erwarten wäre. Die Gründe dafür werden noch ausgewertet, die Daten zur Unterdosierung geben aber wichtige Hinweise für eine Verbesserung des Versorgungssystems.

Weitere Informationen zu den Projekten und den verantwortlichen Wissenschaftlern finden Sie im Internet unter www.asat-verbund.de.

7.2.3. Forschungsverbund Nord-Ost (Sprecher: Prof. John)/Forschungsverbund Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen (EARLINT)

Im Forschungsverbund „Research collaboration in Early substance use Intervention“ (EARLINT) werden Ansätze der Frühintervention bei Tabakkonsum und riskantem Alkoholkonsum entwickelt, die in die klinische Routine integrierbar sein sollen. Die Studien lassen sowohl Aussagen über die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen als auch zum Teil bereits Aussagen über ihre Einsetzbarkeit im klinischen Alltag zu. Längerfristiges Ziel des Forschungsverbundes ist es, zur Entwicklung von Interventionsformen der Prävention verbreiteter Krankheiten beizutragen, die auf Tabakrauchen oder riskanten Alkoholkonsum zurückzuführen sind oder damit zusammenhängen. Diese Ansätze sollen auf ihre Bevölkerungswirksamkeit hin überprüfbar sein, d. h. in wie starkem Ausmaß Risikoverhaltensweisen oder verbreitete Krankheiten in der Bevölkerung nach Einsatz dieser Intervention zurückgehen.

Im Einzelnen handelt es sich um 13 Projekte. Die folgenden zehn Projekte behandeln Fragestellungen zum Tabakrauchen:

1. Kurzberatung mit dem Ziel der Tabakabstinenz bei Frauen, die gerade entbunden haben;
2. Kurzintervention mit dem Ziel der Tabakabstinenz bei Patienten in Allgemeinarztpraxen;
3. Intervention zur Tabakabstinenz bei Rauchern aus einer Zufallstichprobe der erwachsenen Bevölkerung;
4. Kurzintervention zur Rauchbeendigung bei Benutzerinnen von hormonellen Kontrazeptiva;
5. Implementierung von Kurzinterventionen zur Rauchbeendigung bei Patienten in Allgemeinarztpraxen;
6. Intervention zur Rauchbeendigung bei Rauchern ohne Änderungsabsicht;
7. Entwicklung eines Computer-Expertensystems zur Förderung der Rauchbeendigung bei Jugendlichen;
8. Entwicklung eines Monitoring-Systems zu Aktivitäten der Prävention tabak-attributabler Krankheiten in Europäischen Ländern;
9. Implementierung von Beratung zur Abstinenz von Tabakrauch bei Müttern nach der Entbindung im Rahmen von Hebammen-Leistungen;
10. Einstellungen in Bevölkerungen Europäischer Länder zur Prävention von tabak-attributablen Erkrankungen.

Zum riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum werden drei Projekte durchgeführt:

1. Implementierung von Frühintervention bei Patienten mit riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus und Untersuchung der Stadien und Prozesse bei der Suche nach suchtspezifischen Hilfen unter den Patienten;
2. Frühintervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Arztpraxen;
3. Entwicklung eines EDV-Instrumentes (Computer-Expertensystem) zur Beratung bei riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit.

Bei den oben genannten 13 Projekten handelt es sich überwiegend um Kontrollgruppenstudien. Neben der aktuell durchgeführten Forschung wird das Ziel der Verstetigung der erfolgreichen Arbeit von EARLINT über die Phase der Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung hinaus verfolgt. So wurde eine Nachwuchsforschergruppe gegründet, die EDV-basierte Beratungsformen entwickelt. Weiterhin werden Initiativen zur Einwerbung von Fördermitteln ergriffen. In EARLINT arbeiten u. a. die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck und das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald zusammen, das den Verbund auch koordiniert. Hier werden Ergebnisse zu der Frage, welche Beratungsformen für die Sekundärprävention tabak- und alkohol-attributabler Erkrankungen am effektivsten und effizientesten sind, erwartet. Schlussfolgerungen sollen sich auf Vorschläge zur Implementierung im Gesundheitswesen beziehen. Aus EARLINT sind bisher 50 Publikationen hervorgegangen (<http://www.medi-zin.uni-greifswald.de>).

7.2.4. Forschungsverbund Nordrhein–Westfalen (Sprecher: Prof. Gastpar)

Die Koordinationsstelle des Suchtforschungsverbundes NRW ist an der neu gegründeten Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin der Rheinischen Kliniken Essen im Universitätsklinikum Essen angesiedelt. Hauptkoordinator ist Professor Dr. Scherbaum, der im Jahre 2005 vom Landschaftsverband Rheinland zum Direktor dieser Klinik ernannt wurde. Eine wichtige Aufgabe der Zentrale ist die Durchführung von Forschungsprojekten in Kooperation mit nicht-universitären Einrichtungen des Suchthilfesystems. So konnte im Jahr 2005 bei einem internationalen Kongress die Auswertung der Evaluation eines Drogenkonsumraums vorgestellt werden. In Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein wurde eine jährliche Weiterbildungsveranstaltung etabliert. Ein erstes „Update Suchtmedizin“ fand am 14. September 2005 am Essener Universitätsklinikum statt.

Im Jahr 2005 begannen mit der neuen Förderperiode auch neue Forschungsprojekte. In Kooperation der Standorte Bonn (Arbeitsgruppe Dr. Schütz) und Essen (Arbeitsgruppe Prof. Scherbaum) wird bei Cannabiskonsumenten eine neu entwickelte individualisierte Kurzintervention sowie eine kürzlich von der WHO entwickelte Kurzintervention mit dem Ziel der Reduktion des Cannabiskonsums vergleichend geprüft. In einem zweiten Projekt in Bonn wird die Reaktion auf Suchtmittel-assoziierte Stimuli vor und nach der Behandlung bei Alkohol- und Nikotinabhängigen untersucht (Arbeitsgruppe PD Wagner). In einem weiteren Projekt der Arbeitsgruppe von Professor Scherbaum wird untersucht, ob der Beikonsum von Opiatabhängigen in der Substitutionsbehandlung durch die verhaltenstherapeutische Strategie der Verhaltensverstärkung reduziert werden kann. Teilnehmende Institutionen sind Substitutionsambulanzen der Rheinischen Kliniken Essen wie auch Substitutionsambulanzen nicht-universitärer Institutionen. Nach einem festen Schema erhalten Patienten schon bei einzelnen begebrauchsfreien Drogenurinscreenings eine bestimmte Anzahl von Mitgabedosen, so dass sie nicht täglich zur Einnahme des Substitutes in die Ambulanzen kommen müssen. Die Vergleichsgruppe dieser kontrollierten Untersuchung erhält – wie auch sonst üblich – die Mitgabedosen erst nach mehrmonatiger kontinuierlicher Begebrauchsfreiheit.

Bei der Studie „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ (Arbeitsgruppe Prof. Gaebel, Düsseldorf) wird in einer dreiarmligen Studie in fünf Studienzentren geprüft, ob eine Kombinationstherapie aus Acamprosat und einer Verhaltenstherapie den jeweiligen Einzelbehandlungen in der ambulanten abstinenzorientierten Therapie Alkoholabhängiger überlegen ist. Mitte des Jahres 2003, also bereits in der ersten Förderphase, wurde mit der Patientenrekrutierung begonnen. Die Untersuchung wird in der zweiten Förderphase fortgesetzt. Bis zum Jahresende 2005 wurde die Rekrutierungsphase mit Einschluss von insgesamt 371 Patienten planmäßig abgeschlossen. Der Rekrutierungsverlauf sowie die Haltequote sind sehr zufriedenstellend.



Anhang

**Daten
zur Rauschgiftkriminalität
in der Bundesrepublik Deutschland**

Anhang

Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland

Bericht des Bundeskriminalamtes

Grundlagen der folgenden Darstellung der Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland bilden die Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei. Die statistischen Angaben zur Rauschgiftkriminalität spiegeln den Erfassungsstand der Falldatei Rauschgift (FDR) zum Stichtag 31. November 2006 wider.

Der Darstellung der Rauschgiftsituation werden die Indikatoren „Erstauffällige Konsumenten harter Drogen“ (EKhD), „Sicherstellungsfälle und -mengen“, „Herkunfts- und Bestimmungsstaaten“ sowie die „Nationalitäten der Tatverdächtigen“ zugrunde gelegt.

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

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

- Es ist ein Anstieg der Gesamtzahl an Rauschgiftsicherstellungsfällen (+11 %) bei gleichzeitig signifikantem Rückgang der beschlagnahmten Gesamtmenge um mehr als 4 t zu verzeichnen. Verantwortlich dafür ist in erster Linie die Entwicklung bei den Cannabisprodukten, insbesondere bei Marihuana.
- Eine gegensätzliche Entwicklung ist bei den synthetischen Drogen festzustellen: Während in Bezug auf Ecstasy angesichts sinkender Zahlen sowohl bei den EKhD als auch den Sicherstellungen rückläufige Tendenzen zu registrieren sind, steigen die entsprechenden Werte bei Amphetamin an.
- Die Sicherstellungszahlen bei Heroin und Kokain steigen an und korrelieren nicht mit den diesbezüglichen Entwicklungen der EKhD.

ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)

Den größten Anteil bilden erst-auffällige Konsumenten syn-thetischer Drogen.

Im Jahr 2005 erfuhr die Anzahl der Erstauffälligen Kon-sumenten harter Drogen (EKHD) mit 19.990 Personen einen Rückgang (-5 %) gegenüber dem Vorjahr.

Während die Registrierungen der erstauffälligen Ecstasy-(-20 %) und Heroinkonsumenten (-13 %) deutlich ge-sunken sind, fielen die Rückgänge bei Kokain (-7 %) und LSD (-3 %) moderater aus. Die Zahl der erstauffälligen Amphetaminkonsumenten bewegte sich auf einem dem Vorjahr ähnlichen Niveau (+1 %), wohingegen bei Crack (+6 %) und vor allem bei den sonstigen Rauschgiften inklusive LSD (+24 %) auf geringem Niveau der Absolut-zahlen deutliche Anstiege verzeichnet wurden.

RAUSCHGIFTTODESFÄLLE

Bei Rauschgifttodesfällen han-delt es um Überdosierungen, aber auch um Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs, Selbsttötungen aus Verzweif-lung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Ent-zugerscheinungen sowie in-folge von Unfällen unter Dro-geneinfluss stehender Perso-nen.

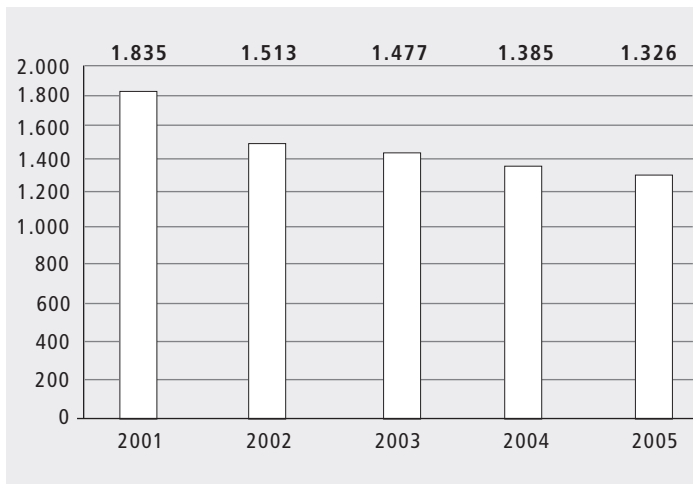
Im Jahr 2005 verstarben in Deutschland 1.326 Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums. Damit ist die Zahl der Rauschgifttoten im Vergleich zum Vorjahr um 4 % gesunken und seit dem Jahr 2000 rückläufig. Sie befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989. Der Anteil weiblicher Rauschgifttoter liegt bei 15 %.

Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern innerhalb der letzten fünf Jahre ist von wenigen Schwankun-gen abgesehen rückläufig. Ausnahmen bilden Sachsen-Anhalt und Berlin mit einer leicht ansteigenden Tendenz sowie Sachsen, wo die Zahl der Rauschgifttoten im Jahr 2005 mit 20 registrierten Personen auf den höchsten Stand seit dem Jahr 2000 angestiegen ist. Die Anzahl der Rauschgifttoten in den ostdeutschen Bundesländern bewegt sich nach wie vor auf einem niedrigen Niveau.

Mit 154 Personen beträgt der Anteil der Aussiedler an den infolge von Rauschgiftkonsum verstorbenen Perso-nen 12 %. Damit ist die absolute Zahl gegenüber dem Vorjahr um 25 % angestiegen, so dass der Anteil der Aus-

siedler an den Drogentoten in Relation zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands sich weiterhin auf hohem Niveau beläuft.

Rauschgifttote, Entwicklung 2001 bis 2005



HEROIN

Im Berichtszeitraum wurden in 6.691 Fällen 787 kg Heroin beschlagnahmt. Im Vergleich zum Jahr 2004 sind sowohl die Zahl der Sicherstellungsfälle (+1 %) als auch die Sicherstellungsmenge (+1 %) geringfügig angestiegen.

Insbesondere im Zusammenhang mit kleineren Heroinmengen dominierten die Niederlande (540 Fälle/231 kg) als Herkunftsstaat. Bei größeren Sicherstellungsmengen wurden vor allem die Türkei, Österreich und Italien als Herkunftsstaaten ermittelt.

Als Bestimmungsstaaten von in Deutschland beschlagnahmtem Heroin spielten die Niederlande (23 Fälle/159 kg) ebenfalls die wichtigste Rolle, gefolgt von Spanien, Italien, der Schweiz und Österreich.

Beim Heroinhandel traten vor allem deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tat-

Angesichts einer Anbaufläche von 104.000 ha Schlafmohn wird die potenzielle Opiumproduktionsmenge Afghanistans auf 4.100 t geschätzt.

Der Schmuggel größerer Heroinmengen erfolgt entlang der südlichen Ausläufer der Balkanroute.

verdächtigen dominierten türkische Staatsangehörige, die im Zusammenhang mit vergleichsweise großen Handelsmengen auffielen.

KOKAIN

Nahezu 98 % des weltweit produzierten Kokains haben ihren Ursprung in der Andenregion (Kolumbien, Peru, Bolivien).

Im Jahr 2005 wurden in 4.109 Fällen insgesamt 1.079 kg Kokain sichergestellt. Während die beschlagnahmte Menge damit deutlich angestiegen ist (+11 %), beläuft sich die Fallzahl auf einem dem Vorjahr vergleichbaren Niveau.

Bei Sicherstellungsfällen mit bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande (533 Fälle/210 kg) am häufigsten registriert. Größere Schmuggelmengen stammten insbesondere aus Brasilien (127 Fälle/93 kg) und Venezuela (51 Fälle/112 kg).

Als Bestimmungsstaaten von in Deutschland sichergestelltem Kokain wurden hauptsächlich die Niederlande (91 Fälle/98 kg), gefolgt von Spanien, (52 Fälle/90 kg) ermittelt. Ferner waren Lieferungen häufig für Italien, die Schweiz, Großbritannien und bei kleineren Mengen auch für Südafrika vorgesehen.

Bei Sicherstellungen von Kokain traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen waren vor allem Türken, Italiener und Staatsangehörige des ehemaligen Jugoslawien von Bedeutung.

Mehr als 99 % der sichergestellten Menge Crack entfiel auf die Bundesländer Hamburg und Hessen.

Bezüglich **CRACK** ist trotz Rückgangs der Fallzahl (-16 %) ein deutlicher Anstieg der Sicherstellungsmenge auf 5,6 kg (+124 %) festzustellen. Brennpunkte des Handels mit Crack waren wie schon im Jahr 2004 Hamburg, Frankfurt/Main und Hannover. Bei den Tatverdächtigen dominierten deutsche Staatsangehörige, gefolgt von Türken und Iranern.

AMPHETAMIN/METHAMPHETAMIN

In 6.123 Fällen wurden 669 kg Amphetamin/Methamphetamin sichergestellt. Dies bedeutet einen deutlichen Anstieg sowohl der registrierten Fälle (+13 %) als auch der beschlagnahmten Menge (+20 %) gegenüber dem Jahr 2004.

Der weitaus überwiegende Teil der sichergestellten Amphetaminmenge mit bekannter Herkunft stammte aus den Niederlanden (241 Fälle/ 280 kg), gefolgt von Polen (49 Fälle/23 kg).

In 508 Fällen wurden 16,4 kg so genanntes „**CRYSTAL**“ sichergestellt. Gegenüber dem Vorjahr sind somit die Zahl der Fälle (+58 %) und die beschlagnahmte Menge (+105 %) deutlich angestiegen.

Wie im Jahr 2004 waren hauptsächlich die Bundesländer Bayern (173 Fälle/2,8 kg), Sachsen (155 Fälle/8,3 kg) und Thüringen (140 Fälle/1,5 kg) betroffen. Als Bestimmungsstaaten von in Deutschland sichergestelltem Amphetamin dominierten Italien (10 Fälle/13 kg) und Dänemark (8 Fälle/27 kg). Ferner sollten Kleinmengen häufig nach Österreich, in die Schweiz, die Tschechische Republik oder nach Polen verbracht werden. Beim Handel mit Amphetamin/Methamphetamin traten meist deutsche Staatsangehörige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen spielten vor allem Türken und Polen eine größere Rolle.

Sicherstellungsmenge Amphetamin ist im nunmehr vierten Jahr in Folge angestiegen.

Bei „Crystal“ handelt es sich um einen Szenebegriff für kristallines Methamphetamin, das vorwiegend aus Tschechien in die Bundesrepublik eingeführt wird.

ECSTASY

Im Jahr 2005 war sowohl ein Rückgang der Sicherstellungsfälle (-6 %) als auch der beschlagnahmten Menge mit 1.588.908 Konsumeinheiten (KE) gegenüber dem Vorjahr (-23 %) festzustellen.

Der mit deutlichem Abstand größte Anteil der sichergestellten Tabletten, deren Herkunft oder Transitweg ermit-

Der Hauptanteil der weltweit sichergestellten Ecstasytabletten stammt aus den Niederlanden.

telt werden konnte, stammte aus den Niederlanden (203 Fälle/1.149.837 KE). In Einzelfällen waren größere Mengen von in Deutschland sichergestelltem Ecstasy für den Transport nach Polen (5 Fälle/75.893 KE) und in die Slowakische Republik (2 Fälle/146.600 KE) bestimmt, während Kleinmengen häufig nach Österreich, Italien und die Schweiz geschmuggelt werden sollten.

Bei Sicherstellungen von Ecstasy wurden in erster Linie deutsche Staatsangehörige festgestellt. Bei den nicht-deutschen Tatverdächtigen dominierten Türken, gefolgt von Niederländern.

CANNABISPRODUKTE

Bei Cannabisprodukten war im Jahr 2005 ein Anstieg der Sicherstellungsfälle (+18 %) bei gleichzeitig deutlichem Rückgang der beschlagnahmten Menge (-39 %) gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Beeinflusst wurde diese Entwicklung unter anderem durch eine Einzelsicherstellung von 2 t Marihuana im Jahr 2004.

In Bezug auf **HASCHISCH** ist die Zahl der Sicherstellungsfälle moderat angestiegen (+3 %), während die beschlagnahmte Menge mit 3.638 kg gegenüber dem Vorjahr erheblich gesunken ist (-34 %). Bei **MARIHUANA** fiel der Anstieg der Fallzahl weitaus deutlicher aus (+30 %), wenngleich die Sicherstellungsmenge mit 3.014 kg ebenfalls stark zurück ging (-44 %).

In Marokko wird auf ca. 120.500 ha Cannabis angebaut; ca. 80 % des in Europa sichergestellten Haschischs stammt von dort.

Der bedeutendste Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestellte Cannabisprodukte waren die Niederlande (8.519 Fälle/2.891 kg). Vergleichsweise kleinere Mengen Haschisch wurden in vielen Fällen aus bzw. über Frankreich und Spanien, größere Mengen vereinzelt aus bzw. über Marokko oder die Türkei nach Deutschland geschmuggelt. Kleinmengen an Marihuana wurden in vielen Fällen aus Italien, Österreich, der Schweiz und der Tschechischen Republik nach Deutschland eingeführt,

während größere Mengen aus Belgien, Frankreich oder Luxemburg stammten.

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

ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)							
Zeitraum ▼	Gesamt*	Heroin	Kokain	Amphetamin	Ecstasy	Crack	Sonstige**
01.01.–31.12.04	21.100	5.324	4.802	9.238	3.907	409	337
01.01.–31.12.05	19.900	4.637	4.489	9.339	3.145	433	416
Veränderungen	-5,3 %	-12,9 %	-6,5 %	+1,1 %	-19,5 %	+5,9%	+23,5%

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

** Unter Sonstige werden auch die EKHD bezüglich LSD subsumiert.

SICHERSTELLUNGEN						
Zeitraum ►	01.01. – 31.12.04		01.01. – 31.12.05		Veränderungen	
RG-Art	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.608	774,7 kg	6.691	786,6 kg	+1,3 %	+1,5 %
Opium	82	137,7 kg	101	154,6 kg	+23,2 %	+12,3 %
Kokain	4.088	969,0 kg	4.109	1.078,9 kg	+0,5 %	+11,3 %
Crack	1.970	2,5 kg	1.659	5,6 kg	-15,8 %	+124,0 %
Amphetamin	5.442	556,0 kg	6.123	668,8 kg	+12,5 %	+20,3 %
Ecstasy	3.463	2.052.158 KE	3.238	1.588.908 KE	-6,5 %	-22,6 %
LSD	191	40.638 Tr.	228	16.558 Tr.	+19,4 %	-59,3 %
Haschisch	12.648	5.473,1 kg	13.030	3.637,5 kg	+3,0 %	-33,5 %
Marihuana	17.151	5.384,2 kg	22.257	3.013,7 kg	+29,8 %	-44,0 %
Khat	64	5.987,9 kg	129	14.321,6 kg	+201,6%	+139,2 %
Psilo. Pilze	211	26,3 kg	638	85,5 kg	+302,4 %	+225,1 %

KE=Konsumeinheiten, Tr=Trips

Herausgeber:**Drogenbeauftragte der Bundesregierung**

Bundesministerium für Gesundheit
10117 Berlin

www.drogenbeauftragte.de

Stand:

Mai 2006

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: G 602
Telefon: 01805 / 278 5271*
Fax: 01805 / 278 5272*

Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte:

01805 / 99 66 07*

*) 0,12 €/Min. aus dem deutschen Festnetz

Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

E-Mail: info@bmg.bund.de

Internet: <http://www.bmg.bund.de>

Gestaltung: Schleuse01 Werbeagentur GmbH, www.schleuse01.de

Druck: Druckerei Schlesener KG, Berlin

Fotos: Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Hinweis:

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

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

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

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit

10117 Berlin