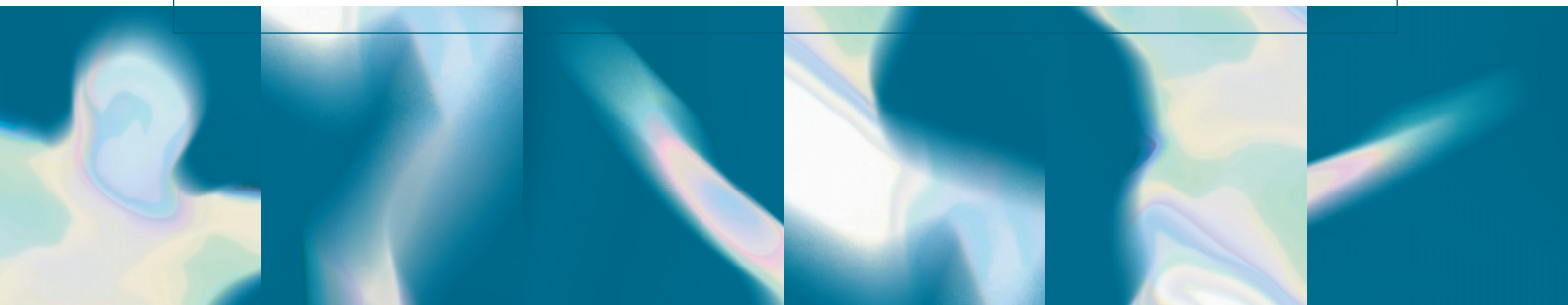




Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht



Mai 2005

DROGEN- UND SUCHTBERICHT

MAI 2005

	Seite
Einleitung	7
Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung – Rückblick und Ausblick – Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung	
1. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“	17
1.1. Trends im Konsumverhalten: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland	19
1.2. Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen	22
1.2.1. Kampagne „Kinder stark machen“	22
1.2.2. Vereinskampagne „Klub 2006 – Die FIFA im Verein“	24
1.2.3. „KlarSicht“ – Mitmachparcours zur Tabak- und Alkoholprävention	25
1.2.4. Mobilausstellung „SehnSucht“	26
1.2.5. Kampagne „Bist Du stärker als Alkohol?“	27
1.2.6. Jugendkampagne „Rauchfrei“	28
1.2.7. Rauchfreie Schulen	28
1.2.8. Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen „Be Smart – Don't Start“	29
1.2.9. Internetplattform www.drugcom.de	30
1.2.10. Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums	31
1.3. Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen	35
1.3.1. Projekt „Designerdrogensprechstunde“	35
1.3.2. Bundesmodellprojekt „HaLT“	36
1.3.3. Arbeitskreis „Healthy Nightlife“	38
1.3.4. Exkurs: Ratgeber zur Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung	38
2. Schwerpunkt „Prävention des Cannabiskonsums“	41
2.1. Forschungsbericht „Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behand- lungsbedarf und Behandlungsangebote in Deutschland“	43
2.2. Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“	44
2.3. Fünf-Länder-Aktionsplan zur Cannabisforschung – Pilotprojekt „INCANT“	45
2.4. Interaktives Beratungsangebot „Quit the Shit“	46
2.5. Tagung „Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen“	46
3. Prävention	51
3.1. Reduzierung des Tabakkonsums	53
3.1.1. „Rauchfrei“-Kampagne	53
3.1.2. Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention „Tabakprävention vor Ort“	56
3.1.3. Wettbewerb "Rauchfrei 2004"	58

3.1.4. Tabakprodukt-Verordnung	59
3.1.5. Tabakrahmenkonvention	60
3.2. Leitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“	61
3.3. Migration und Sucht	63
3.3.1. Projekte zur Suchtprävention des Bundesministeriums des Innern	63
3.3.2. Fortbildungsreihe „Sucht – Migration – Hilfe“	67
3.4. Suchtprävention in der Bundeswehr	69
3.5. Sucht- und DrogenHotline (01805 – 31 30 31)	70
3.6. Instrumente bundesweiter Vernetzung „PrevNet.de“ und „Dot.sys“	71
3.7. Expertise „Suchtprävention“	71
4. Behandlung	73
4.1. Behandlung Opiatabhängiger	75
4.1.1. Erfahrungen mit dem Substitutionsregister	75
4.1.2. Erfahrungen mit den BUB-Richtlinien	78
4.1.3. Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO)	78
4.1.4. Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“	80
4.1.5. Fachtagung „Hepatitis-Prävention bei Drogenkonsumenten“	82
4.1.6. Exkurs: Kokainkonsum in Deutschland	83
4.2. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung	85
4.2.1. Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	85
4.2.2. Projekte der Landesversicherungsanstalten (Auswahl)	89
4.2.3. Projekte zur Wiedereingliederung von (suchtkranken) Langzeitarbeitslosen	93
4.2.4. Berufliche Wiedereingliederung von langzeitarbeitslosen Suchtkranken nach SGB IX	94
4.3. Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Suchtkrankenhilfe	96
4.4. Selbsthilfe	98
4.4.1. Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“	98
4.4.2. Selbsthilfe für Frauen mit Medikamentenproblemen	99
4.4.3. Suchtselbsthilfe-Konferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	101
4.4.4. Selbsthilfe im Internet	103
4.4.5. Anonyme Alkoholiker (Selbstdarstellung)	103
5. Repression und Angebotsreduzierung	107
5.1. Studie „Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung zum 1. März 2004“	109
5.2. Maßnahmen gegen Zigarettschmuggel	110
5.3. Strategie des Bundeskriminalamtes zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität	111

5.4. Drogenbedingte Verkehrsunfälle	113
5.5. Grundstoffüberwachung in der Europäischen Union	114
5.6. EU-Rahmenbeschluss Drogenhandel	115
6. Internationale Zusammenarbeit	117
6.1. Europa	119
6.1.1. Drogenpolitik der Europäischen Union	119
6.1.2. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	121
6.1.3. Pompidou-Gruppe beim Europarat	121
6.1.4. Binationale Projekte mit Frankreich und Polen	122
6.2. Vereinte Nationen	123
6.3. Entwicklungszusammenarbeit	124
6.3.1. Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle	124
6.3.2. Alternative Entwicklung	125
6.3.3. Suchtprävention	126
6.3.4. Entwicklung der Drogensituation in Afghanistan	127
7. Forschung	131
7.1. Laufende Studien (vom BMGS gefördert)	133
7.2. Forschungsverbände für Suchtforschung (vom BMBF gefördert)	134
Anhang	
Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland	143



Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung

Rückblick und Ausblick

Marion Caspers-Merk,
Parlamentarische Staatssekretärin
bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
und Drogenbeauftragte der Bundesregierung

RÜCKBLICK UND AUSBLICK

DIE DROGEN- UND SUCHTPOLITIK DER BUNDESREGIERUNG



Marion Caspers-Merk,
Parlamentarische Staatssekretärin
bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
und Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Licht und Schatten kennzeichnen die Situation des Suchtmittelkonsums in Deutschland im vergangenen Jahr. Zu den positiven Entwicklungen gehört, dass die Zahl der Todesfälle infolge des Konsums illegaler Drogen im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken ist. Sie befindet sich mit 1.385 Todesfällen auf dem niedrigsten Stand seit 1989, der Trend ist damit seit dem Jahr 2000 konstant rückläufig. Eine erfreuliche Tendenz im Bereich der legalen Suchtstoffe ist vor allem der Rückgang der Raucherquote bei den Jugendlichen. Rauchen wird zunehmend uncool bei Minderjährigen. Die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen ist von 28 % im Jahr 2001 auf 23 % im Jahr 2004 zurückgegangen. Auch die Tabaksteuererhöhung zeigt ihre Wirkung: Anlässlich der ersten der drei beschlossenen Stufen der Erhöhung zum 1. März 2004 gaben 8 % der befragten Raucherinnen und Raucher an, mit dem Rauchen aufgehört zu haben.

Alarmierend ist hingegen vor allem der steigende Konsum von Cannabis unter Jugendlichen – ein Trend, der sich überall in Europa findet. Bereits in der Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen haben 7 % der Jugendlichen in Deutschland Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis. Unter den 18- bis 25-Jährigen hat jeder fünfte Jugendliche im letzten Jahr Cannabis konsumiert. Auch die Anzahl derjenigen, die wegen ihres Cannabiskonsums eine Beratungsstelle aufsuchen, ist deutlich gestiegen. Cannabis ist nicht harmlos – hier fehlt es an einer Diskussion der Risiken, an der sich die ganze Gesellschaft beteiligt. Auch deshalb ist Cannabis im diesjährigen Drogen- und Suchtbericht einer der Schwerpunkte.

Beunruhigend ist außerdem, dass mit Ecstasy und Amphetaminen die synthetischen Drogen weiter auf dem Vormarsch sind. Dies ist ein Trend, der ebenfalls die internationale Situation spiegelt. Die deutliche Steigerung bei den Sicherstellungsmengen und den polizeilich registrierten erstauffälligen Konsumenten sind Anzeichen dafür, dass wir hier vor einer wichtigen Aufgabe stehen. Die Bewältigung dieser Aufgabe ist aber nicht nur eine Angelegenheit der Strafverfolgungsbehörden. Gefragt ist vielmehr die ganze Gesellschaft – eine Gesellschaft, in der „Gut-drauf-sein“ zum guten Ton gehört und nicht hingesehen wird, ob der

Konsum von Drogen mit im Spiel ist. Im Umgang mit dem Suchtmittelkonsum muss sich die Wertegesellschaft bewähren. Und das fängt überall im Alltag an. Es darf nicht als spießig oder kleinkariert gelten, wenn man die Kassiererin im Supermarkt daran erinnert, sich von Jugendlichen mit einem Einkaufswagen voller alkoholischer Getränke den Ausweis zeigen zu lassen.

Drogen- und Suchtrat

Die Bewältigung der Drogen- und Suchtprobleme ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Es ist deshalb wichtig, dass sich auf allen Ebenen die Verantwortlichen an einen Tisch setzen und über die Lösung der Probleme beraten. Mit der Einrichtung des Drogen- und Suchtrates am 27. Oktober 2004 ist es erstmals in Deutschland gelungen, die zuständigen Bundesressorts und Länderministerkonferenzen zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer, Suchthilfeverbände, Gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Kommunalen Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit, Selbsthilfe und Wissenschaft an einem gemeinsamen Tisch zu versammeln. Jede der im Rat vertretenen Institutionen setzt sich für eine Reduzierung der Suchtproblematik in ihrem Kompetenzbereich ein. Der Rat wird zweimal im Jahr tagen. Die Mitglieder tauschen sich über die Schnittstellen ihrer Arbeit aus und erarbeiten gemeinsame Strategien. Der Drogen- und Suchtrat versteht sich als eine konzertierte Aktion zur Reduzierung der Suchtproblematik. Es wurde festgelegt, dass es zunächst unter anderem darum gehen wird, den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis bei Jugendlichen zu reduzieren. Die Stärkung der Prävention wird dabei ein weiterer Schwerpunkt sein, eine entsprechende Arbeitsgruppe wurde bereits eingesetzt.

Rauchen hat seinen Preis

Die Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Zielen der Bundesregierung. Die gesundheitlichen, volkswirtschaftlichen und sozialen Schäden durch den Tabakkonsum sind enorm. Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit. Die Zahl der tabakbedingten Todesfälle liegt in Deutschland bei über 110.000 pro Jahr – das entspricht über 300 Todesfällen pro Tag. Das Statistische Bundesamt meldete im März 2005, dass sich die Zahl der tabakbedingten Todesfälle durch Lungen- und Bronchialkrebs bei Frauen innerhalb von 20 Jahren verdoppelt hat. Im Jahr 2003 starben über 10.000 Frauen in Deutschland an Lungenkrebs, einer Krankheit, die früher bei Frauen so gut wie überhaupt nicht vorkam.

Nichtrauchen soll in Deutschland der Normalfall werden. Die Bundesregierung ergreift eine ganze Palette unterschiedlicher Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen. Diese Maßnahmen sind auch als Unterstützung für die Raucherinnen und Raucher zu verstehen, die aufhören wollen – und das ist fast jeder zweite. Eines der international erwiesenermaßen wirkungsvollsten Instrumente zur Eindämmung der Tabakkonsums ist die Erhöhung der Tabak-

steuer. Im letzten Jahr wurde die Tabaksteuer zum 1. März und 1. Dezember um jeweils 1,2 Cent pro Zigarette erhöht, zum 1. September 2005 wird die Steuer erneut um 1,2 Cent pro Zigarette angehoben. Diese dreistufige Erhöhung wird dazu beitragen, dass sich in Deutschland der Gesundheitszustand der Menschen durch den Verzicht auf den Tabakkonsum verbessern wird. Auch andere europäische Länder haben erkannt, dass die Erhöhung der Tabaksteuer das wirkungsvollste Instrument ist, um das Rauchen unattraktiver zu machen: Selbst nach der dreistufigen Steuererhöhung werden die Zigaretten in unseren großen europäischen Nachbarstaaten Frankreich und Großbritannien erheblich teurer sein als in Deutschland.

Wichtig ist vor allem, den Trend, dass Jugendliche weniger zum Glimmstengel greifen, entschlossen zu unterstützen. Jugendliche brauchen klare Orientierung und sie brauchen positive Vorbilder. Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch darauf, in einer rauchfreien Umgebung aufzuwachsen. Rauchfreie Schulen sind deshalb eine unverzichtbare gesundheitspolitische Forderung. Nachdem das Abgeordnetenhaus des Landes Berlin im Sommer 2004 ein generelles Rauchverbot an Schulen beschlossen hat, appellierte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in einem Schreiben an alle Verantwortlichen in den Kultusbehörden der Länder, sich dieser Initiative anzuschließen. Die Mehrheit der Bundesländer hat sich inzwischen für die Einführung eines generellen Rauchverbotes entschieden, die übrigen sind aufgefordert, ebenfalls konsequent für den Gesundheitsschutz der Schülerinnen und Schüler einzutreten. Das gilt ganz besonders für die ostdeutschen Länder. Denn der eingangs beschriebene Rückgang der Raucherquote bei den Jugendlichen gilt nicht für die fünf ostdeutschen Bundesländer: Besonders die Quote bei rauchenden Mädchen im Osten ist mit 35 % unverhältnismäßig hoch.

Am 2. März 2005 wurde eine weitere Regelung getroffen, um den Nichtraucherchutz in Deutschland in einem weiteren Lebensbereich zu etablieren. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband haben eine Vereinbarung mit dem Ziel geschlossen, dass nach Ablauf von drei Jahren 90 % der Speisebetriebe mindestens 50 % des Platzangebotes für Nichtraucher bereitstellen müssen. Nur wenn diese Vereinbarung erfolgreich umgesetzt wird, kann eine gesetzliche Regelung für eine Verbesserung des Nichtraucherchutzes im deutschen Gastgewerbe vermieden werden. Diese Maßnahme behält sich die Bundesregierung ausdrücklich vor. Ein wichtiger Beweggrund für die Vereinbarung war vor allem, dass zunächst versucht werden soll, eine Lösung mit den Gastwirten gemeinsam auf den Weg zu bringen. Österreich und die Niederlande haben bereits ähnliche Vereinbarungen geschlossen.

Alkopops, Alkohol

Seit 2. August 2004 wird auf spirituosenhaltige Alkopops eine Sondersteuer erhoben, seit 1. Januar 2005 müssen alle Frontetiketten der Flaschen den Hinweis „Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz“ aufweisen. Das sind die wichtigsten Bestimmungen des „Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“ (AlkopopStG), das der Deutsche Bundestag im Sommer 2004 beschlossen hat. Das Gesetz war unumgänglich geworden, weil mit den Alkopops in den Vorjahren ein Produkt neu in den Markt eingeführt wurde, welches speziell auf Jugendliche zugeschnitten und innerhalb kürzester Zeit zum beliebtesten alkoholischen Getränk bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren avanciert war. Es konnte nicht hingenommen werden, dass Alkopops aufgrund ihres Designs und des durch Aromen und Zucker verdeckten Alkoholgehaltes Minderjährige zu einem frühen Alkoholkonsum regelrecht „verführten“. Erste Hinweise aus dem Bundesministerium der Finanzen lassen darauf schließen, dass die Alkopopsteuer ihr Ziel erreicht hat und der Umsatz dieser alkoholischen Süßgetränke eingebrochen ist. Genaue Zahlen zur Konsumententwicklung bei Alkopops werden zum 1. Juli 2005 vorgelegt. Die Bundesregierung ist verpflichtet, dem Deutschen Bundestag zu diesem Termin einen Bericht vorzulegen, der Aufschluss gibt über die Wirkung des Gesetzes. Die Bundesregierung verfolgt ebenfalls aufmerksam, ob Versuche angestellt werden, die Sondersteuer durch die Schaffung neuer Produkte zu umgehen, die wiederum auf die Zielgruppe der Minderjährigen abzielt. Sollte der Bericht diese Entwicklung bestätigen, wird über eine Ausweitung der Sondersteuer nachzudenken sein.

Je früher der Einstieg in den Konsum von Alkohol stattfindet, desto größer ist das Risiko für eine spätere Abhängigkeit bzw. ein missbräuchliches Konsumverhalten. Die gesundheitlichen Schäden durch den Alkoholkonsum sind enorm. Mit 10,2 Liter reinen Alkohols pro Kopf und Jahr besetzt Deutschland weiterhin im weltweiten Vergleich einen Platz im Spitzenfeld. Es wird geschätzt, dass über 42.000 Todesfälle jährlich zulasten des Alkoholkonsums gehen. 1,6 Mio. Menschen sind alkoholabhängig, 2,7 Mio. Menschen weisen ein missbräuchliches Konsummuster in Bezug auf Alkohol und 4,9 Mio. Menschen ein riskantes Konsummuster auf. Auch hier ist wieder die gesamtgesellschaftliche Verantwortung gefragt. Um insbesondere die Anstrengungen auf der Ebene der Kommunen zu fördern, wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung seinen diesjährigen "Kommunalen Präventionswettbewerb Suchtprävention" zum Thema Alkohol ausschreiben. Um die Zielgruppe der Jugendlichen, die bereits mit einer Alkoholvergiftung aufgefallen sind, kümmert sich das Bundesmodellprojekt „HaLT“, das bereits erfolgreich auf den Weg gebracht wurde und an dem sich neun Bundesländer beteiligen.

Drogentodesfälle: Niedrig ist nicht niedrig genug

Die Zahl der Todesfälle infolge des Konsums illegaler Drogen ist im Vergleich zum Vorjahr um 6 % gesunken und seit dem Jahr 2000 rückläufig. Diese Entwicklung zeigt, dass die Bun-

desregierung mit ihren Maßnahmen auf dem richtigen Weg ist. Ziel ist, dass der rückläufige Trend sich in den nächsten Jahren weiter fortsetzt. Mit 123 Personen beträgt der Anteil der Aussiedler an den infolge des Drogenkonsums verstorbenen Personen 9 %. Zwar ist die absolute Zahl gegenüber dem Vorjahr um 15 % zurückgegangen, dennoch bleibt der Anteil der Aussiedler an den Drogentoten in Relation zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung auf hohem Niveau. Auch hier gilt es, die in den letzten Jahren durchgeführten gezielten Präventionsmaßnahmen für gefährdete Aussiedler fortzusetzen.

In Deutschland leben schätzungsweise 120.000 bis 150.000 Opiatabhängige. Davon befinden sich knapp 60.000 in einer Substitutionsbehandlung, was einer im internationalen Vergleich guten Quote entspricht. In den letzten Jahren ist es gelungen, die Qualität der Substitution weiter zu verbessern und den Zugang zu erleichtern. Substitution ist kein Selbstzweck. Die Behandlung mit einem Ersatzstoff – in Deutschland ist dies zumeist Methadon – gibt den suchtkranken Menschen die Möglichkeit, sich wieder ein neues Leben aufzubauen, einer Arbeit nachzugehen, sich einen neuen Bekanntenkreis aufzubauen und sich von der „Szene“ zu lösen. All das sind wichtige Voraussetzungen, um zu einem Zeitpunkt, der von Patient zu Patient unterschiedlich ist, wieder ein drogenfreies Leben aufzunehmen. Auch das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung sowie Drogenkonsumräume, von denen es in Deutschland mittlerweile 25 Stück gibt (nur in den Bundesländern, die den entsprechenden gesetzlichen Rahmen dazu geschaffen haben), Spritzentauschprogramme und andere Maßnahmen, die in der Fachsprache „Überlebenshilfe“ oder „schadensreduzierende Maßnahmen“ genannt werden, tragen dazu bei, dass sich die gesundheitliche Situation der Heroinabhängigen verbessert. Mit Erfolg wurde auch die Ausbreitung von HIV-Infektionen unter den Drogenabhängigen eingedämmt. Während 1993 unter 100 HIV-neuinfizierten Menschen in Deutschland 20 aus der „Drogenszene“ stammten, sind es 2004 nur noch sechs gewesen. Eine neue Herausforderung ist nun die Ausbreitung von Hepatitis unter intravenös Drogen konsumierenden Menschen. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung fand deshalb im letzten Jahr ein Workshop zu dem Thema statt. Es ist nun geplant, das hierbei zusammengetragene Wissen gezielt an Multiplikatoren der Suchthilfe weiterzuvermitteln.

Drogenpolitik global

Die Lösung nationaler Drogenprobleme erfordert immer stärker international abgestimmte Strategien. Auf europäischer Ebene wurde im letzten Jahr die neue EU-Drogenstrategie verabschiedet, in die Deutschland viele Vorstellungen einbringen konnte. Das Gleiche wird gelten für die Erstellung des EU-Drogenaktionsplanes, der dieses Jahr auf der Agenda steht. Der Aktionsplan soll für alle EU-Mitgliedstaaten einen echten Mehrwert bringen, der Erfolg soll sich messen lassen. Für Deutschland ist es vor allem wichtig, dass sich überall in Europa der Blick öffnet auf die Gefahren, die von den so genannten legalen Drogen und dem Mischkonsum ausgehen. Auch die Bedeutung von schadensreduzierenden Maßnahmen gilt

es überall zum Standard zu machen. Wie wichtig Maßnahmen wie Spritzentauschprogramme für Heroinabhängige sind, zeigt allein schon der Blick in die neuen osteuropäischen Mitgliedstaaten. Die HIV-Infektionsrate steigt derzeit in den baltischen Staaten rasant an. Hier gilt es, gemeinsam Lösungswege zu entwickeln, weil auch die Probleme in Europa grenzüberschreitend sind.

Zunehmende Bedeutung hat auch die binationale Zusammenarbeit in Europa. Hier ist vor allem die deutsch-französische Zusammenarbeit zu nennen. Nachdem im Jahr 2004 in Freiburg/Breisgau eine von Expertinnen und Experten aus beiden Ländern sehr gut besuchte Fachtagung zur Suchtprävention bei Jugendlichen stattfand, wird in diesem Jahr eine Konferenz zum Problem des steigenden Cannabiskonsums im französischen Straßburg stattfinden. Vor allem das Thema Cannabis bietet sich zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit an, da aktuell die Verantwortlichen in allen europäischen Ländern vor dieser Herausforderung stehen. Deutschland führt derzeit das Projekt „Realize it!“ mit der Schweiz zusammen durch, in dem es darum geht, jungen Kiffern ein adäquates Beratungsangebot zu unterbreiten. Daneben ist Deutschland zusammen mit Belgien, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz an einer Studie beteiligt, in deren Rahmen eine familienorientierte Therapie für junge Cannabiskonsumanten entwickelt wird.

Vor ganz anderen Herausforderungen steht die internationale Drogenpolitik, wenn man den Blick nach Afghanistan wendet. Im Jahr 2004 ist der dortige Schlafmohnanbau im Vergleich zu 2003 nochmals um 64 % auf 131.000 ha gestiegen und hat damit einen neuen Rekord erreicht. Fast 90 % der weltweiten Produktion von Rohopium stammen aus Afghanistan. Anders als vor einigen Jahren ist Afghanistan und die umgebende Region auch sehr stark vom Problem des Drogenkonsums betroffen. Allein in Pakistan leben mit einer Zahl von mehr als 1 Mio. mehr Opiatabhängige als in ganz Europa und Nordamerika zusammen. Diese Konsumproblematik trägt zusätzlich zur sozialen und politischen Destabilisierung der Region bei. Deutschland leistet sowohl im Rahmen seiner Führungsrolle beim Wiederaufbau der afghanischen Polizei als auch durch die Unterstützung von Projekten zur Schaffung alternativer Einkommensquellen und der Drogenprävention einen Beitrag.

Weitere neue Projekte

Eine Form der Suchterkrankung, die sich oftmals im verborgenen abspielt, ist die Medikamentenabhängigkeit. Schätzungen belaufen sich darauf, dass von ihr über 1,4 Mio. Menschen – vorwiegend Frauen – in Deutschland betroffen sind. Gefragt ist hier vor allem mehr Verantwortung, Initiative und Vernetzung aller Verantwortlichen. Es ist wichtig, dass den Betroffenen früher geholfen wird. Die Bundesregierung plant deshalb, in diesem Jahr eine Kampagne zu starten, die die Früherkennung der Medikamentenabhängigkeit verbessern und die Verantwortung der Ärzte, Apotheker und anderer Beteiligter stärken wird. Transpa-

renz spielt eine wesentliche Rolle, um eine Abhängigkeit von Medikamenten früher zu entdecken und zu behandeln. Wichtige Impulse sind hier auch von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem elektronischen Rezept zu erwarten.

In dem Bemühen, Nichtraucher überall zum Normalfall werden zu lassen, wird die Bundesregierung im Jahr 2005 ein Projekt zur Förderung rauchfreier Krankenhäuser in Angriff nehmen. Krankenhäuser als zentrale Einrichtungen des Gesundheitswesens haben für die Bekämpfung des Tabakkonsums eine herausragende Bedeutung. Die Praxis zeigt jedoch, dass Nichtraucherschutz und Tabakentwöhnung hier nicht die gewünschte Rolle spielen: 40 % des Pflegepersonals und 20 % der Ärztinnen und Ärzte rauchen, 30 % der rauchenden Patientinnen und Patienten würden gern mit dem Rauchen aufhören und 66 % würden gern über die Risiken des Rauchens beraten werden. Diese Zahlen zeigen, dass es sich um ein wichtiges Handlungsfeld handelt. Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten das Nichtrauchen in Krankenhäusern voranzutreiben.

Kinder und Jugendliche werden weiter im Focus der Präventionsbotschaften der Bundesregierung stehen. Dabei setzt sich der Trend „weg von der Broschüre“ in diesem Jahr fort. Die Jugendlichen sollen nicht nur mit schriftlichen Informationen über die Suchtgefahren angesprochen werden, sondern sie sollen angeregt werden, sich selbst kritische Gedanken über eigene Konsumerfahrungen zu machen. Suchtprävention ist immer dann am wirkungsvollsten, wenn Kinder und Jugendlichen aktiv gefordert werden, ihre Neugierde angesprochen wird und ihre Meinungen ernst genommen werden. Deshalb werden interaktive Projekte gefördert, wie zum Beispiel das Internetportal www.drugcom.de, die Ausstellung „SehnSucht“ oder der neue „KlarSicht-MitmachParcours“ zur Alkohol- und Tabakprävention. Außerdem bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit kurzem interaktive Ausstiegsprogramme für Raucherinnen und Raucher im Internet an (www.rauch-frei.info für Jugendliche und www.rauchfrei-info.de für Erwachsene). Im Mai 2005 startet die BZgA mit den „Jugend-Filmtagen“ eine weitere Aktion im Rahmen ihrer erfolgreichen „Rauchfrei“-Kampagne für Jugendliche. Dies alles sind Beispiele dafür, dass moderne Suchtprävention auch Spass machen kann.

1. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“



1. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“

1.1. Trends im Konsumverhalten: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland

Seit 1973 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in regelmäßigen Abständen Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren durch. Es fanden bisher zehn Wiederholungsbefragungen statt, die ersten sechs im Gebiet der alten Bundesrepublik. Seit 1993 wird die Befragung in allen 16 Bundesländern durchgeführt. Im folgenden werden die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie aus dem Jahre 2004 dargestellt.

Der mit dem Begriff „Drogenaffinität“ bezeichnete Untersuchungsgegenstand bezieht sich nicht nur auf die illegalen Rauschmittel, sondern auch auf den Alkohol- und Zigarettenkonsum. Untersucht werden neben der aktuellen Ausprägung und der langfristigen Entwicklung des Konsums dieser Substanzen auch die fördernden und hindernden Einflussfaktoren auf den Drogenkonsum und die kommunikative Erreichbarkeit der Jugendlichen durch Präventionsmaßnahmen.

Alkohol

Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 2004 bestätigen eine Besorgnis erregende Entwicklung im Alkoholkonsum Jugendlicher. Während das regelmäßige Bier-, Wein- und Spirituosen-trinken seit 25 Jahren kontinuierlich abnimmt, hat sich der Anteil Jugendlicher, die alkoholische Mixgetränke konsumieren, zwischen 2001 und 2004 von 8 auf 16 % verdoppelt. Ursache hierfür ist der Verkauf und die intensive Vermarktung der Alkopops. Sie gehören zu den beliebtesten alkoholischen Getränken Jugendlicher. Dies gilt bereits für die Gruppe der 12- bis 15-Jährigen. Entgegen den Verbotsregelungen im Jugendschutzgesetz trinken von den unter 16-Jährigen 25 % mindestens einmal im Monat Alkopops. Bei den 16- bis 19-Jährigen sind es 55 %.

Durch die Einführung von Alkopops trinken Jugendliche häufiger und mehr Alkohol. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass 12- bis 25-Jährige im Durchschnitt pro Woche 68,8 Gramm reinen Alkohol zu sich nehmen, bei der letzten Befragung im Jahr 2001 lag dieser Anteil noch bei 53,9 Gramm.

Risikant im Sinne von „Rauschtrinken“ verhält sich mehr als ein Drittel der Jugendlichen. 34 % (43 % Jungen, 25 % Mädchen) haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal fünf oder mehr Alkoholgetränke hintereinander getrunken. 5 % von ihnen praktizieren dieses so genannte „binge drinking“ sogar sechsmal oder noch häufiger im Monat. Knapp 40 % hatten in den letzten 12 Monaten ein- oder mehrmals einen Alkoholrausch.

Das Durchschnittsalter für den ersten Alkoholrausch liegt bei 15,5 Jahren. Am häufigsten trinken die 16- bis 19-Jährigen regelmäßig Alkohol. Sie weisen die höchste Anzahl an „binge-drinking-Erlebnissen“ auf und sind auch am häufigsten betrunken. Mit steigendem Alter wird dann wieder weniger getrunken und auch ein Alkoholrausch wird wieder unwahrscheinlicher.

Je intensiver Jugendliche sich mit Freunden treffen und auf Partys gehen, desto häufiger und riskanter wird Alkohol getrunken. Von denjenigen, die mindestens einmal in der Woche ausgehen, haben 48 % im letzten Monat „binge-drinking“ praktiziert, bei denjenigen, die selten oder nie ausgehen, liegt dieser Anteil bei 7 %.

Sowohl „binge-drinking“ als auch ein Alkoholrausch werden von rund der Hälfte der Befragten als große gesundheitliche Gefahr eingeschätzt. Das Wissen allein reicht aber nicht aus, um sich verantwortungsbewusst zu verhalten. Erst wenn zum Wissen ein positives Gesundheitsbewusstsein hinzukommt, erfolgt das Rauschtrinken seltener.

Tabak

Gegenwärtig rauchen 35 % der 12- bis 25-Jährigen, im Jahr 2001 waren es noch 37 %. Rund zwei Drittel (65 %) in dieser Altersgruppe sind somit Nichtraucher.

Am stärksten geändert hat sich der Tabakkonsum bei den 12- bis 17-Jährigen. In dieser Altersgruppe war in den 90er Jahren noch eine deutliche Zunahme im Rauchverhalten zu registrieren, so dass die Raucherquote im Jahr 2001 bei 28 % lag. In der aktuellen Befragung des Jahres 2004 liegt die Raucherquote 5 Prozentpunkte niedriger und beträgt jetzt 23 %. Bemerkenswert ist jedoch, dass diese Entwicklung nur in Westdeutschland stattgefunden hat. In Ostdeutschland dagegen stagniert der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die ständig oder gelegentlich rauchen, bei etwa einem Drittel. 2004 beträgt dort der Raucheranteil insgesamt 33 % (Jungen 32 %, Mädchen 35 %).

Raucherquoten Gesamtdeutschland:

	1993	1997	2001	2004
12- bis 17-jährige Jugendliche	20 %	28 %	28 %	23 %
18- bis 25-jährige Jugendliche	47 %	51 %	45 %	44 %

Die Befragungsergebnisse 2004 lassen außerdem einen deutlichen Rückgang in der Gruppe der starken Raucher erkennen, d. h. derjenigen, die 20 oder mehr Zigaretten am Tag rauchen. Betrug ihr Anteil innerhalb der Rauchergruppe im Jahr 1993 noch 34 %, so sank er bis zum

Jahr 2001 auf 19 % und ging bis heute auf 12 % zurück. Der Rückgang beim intensiven Tabakkonsum ist bei jungen Männern wie bei jungen Frauen gleichermaßen festzustellen. Diese Entwicklung zeigt, dass es heutzutage keinen Unterschied mehr in der Rauchintensität zwischen Frauen und Männern gibt.

Für den Beginn und die Beendigung des Rauchens spielen soziale Einflüsse der Familie und der Freundesgruppen, denen die Jugendlichen angehören, eine wichtige Rolle. Je mehr andere Haushaltsmitglieder oder Freunde rauchen, um so eher können sich Jugendliche vorstellen, selbst zu rauchen.

Bei den Gründen für das Rauchen, die von den jugendlichen Rauchern vorrangig angeführt werden, geht es ebenfalls um den Einfluss der „Peer-groups“. 83 % begründen das Rauchen damit, dass es ansteckend wirke, wenn andere rauchen. Ein weiterer häufig genannter Grund ist, dass Rauchen eine beruhigende Wirkung habe (80 %). Diese Gründe werden auch vergleichsweise häufig von Nichtrauchern genannt, die sich vorstellen können, mit dem Rauchen anzufangen.

Eine weitere wichtige Einflussgröße auf Rauchen oder Nichtrauchen ist das Gesundheitsbewusstsein. Jugendliche, die sehr auf ihre Gesundheit achten (das ist etwa die Hälfte der Jugendlichen), sind eher Nichtraucher, vor allem auch eher „Nie-Raucher“.

Illegale Drogen

Ein Drittel (32 %) der 12- bis 25-Jährigen hat schon einmal illegale Drogen probiert, wobei Cannabis die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. 24 % der Jugendlichen haben ausschließlich Haschisch oder Marihuana konsumiert. Die Akzeptanz für Cannabis unter Jugendlichen ist deutlich gestiegen. 8 % haben auch andere Rauschmittel konsumiert wie Amphetamine (4 %), Ecstasy (4 %), psychoaktive Pflanzen und Pilze (4 %), Kokain (2 %) oder LSD (2 %).

Bei den meisten der Drogen konsumierenden Jugendlichen (32 %) erfolgt der Suchtmittelkonsum lediglich in einer begrenzten Zeitspanne. 13 % der 12- bis 25-Jährigen haben in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert, bei 19 % liegt der Drogenkonsum länger als ein Jahr zurück.

Eine wichtige Rolle für den Konsum illegaler Drogen spielen Tabak und Alkohol. Jugendliche, die rauchen und Alkoholrauscherfahrungen haben, nehmen deutlich häufiger Cannabis als Nie-Raucher und Jugendliche, die noch nie einen Alkoholrausch gehabt haben.

Jugendliche, die sich vorstellen können, Drogen zu nehmen, erwarten von Drogen Wirkungen wie Glücksgefühle, Abbau von Hemmungen oder dass sie Alltagsprobleme vergessen lassen. Andere Wirkungserwartungen, wie beispielsweise dass Drogen entspannen oder es

Spaß macht, gemeinsam mit Freunden Drogen zu nehmen, werden häufiger von drogenerfahrenen Jugendlichen genannt.

Die Hälfte (50 %) der 12- bis 25-Jährigen würde auf keinen Fall Drogen nehmen. Dieser Anteil ist seit Mitte der 80er Jahre rückläufig. 1986 wollten noch 66 % auf keinen Fall Drogen nehmen. Diese Entwicklung ist jedoch ausschließlich auf eine zunehmend positive Einstellung zu Cannabis zurückzuführen. Die Distanz der Jugendlichen zu anderen Drogen ist unverändert groß: Alle anderen Drogen werden – wie in der Vergangenheit – von jeweils etwa neun Zehnteln abgelehnt, nicht nur von denen, die bisher keine Drogen genommen haben, sondern auch von denen, die bereits Erfahrungen mit Drogen (meist Cannabis) gemacht haben.

Von den Jugendlichen, die Drogen angeboten bekommen, lehnen 80 % beim ersten Mal ab. Der dafür am häufigsten genannte Grund ist fehlendes Interesse oder Ablehnung von Drogen. Ein weiterer wichtiger Grund, aus dem Jugendliche Drogen ablehnen, ist die Gesundheit. Bei Jugendlichen, die generell auf ihre Gesundheit achten, ist die Wahrscheinlichkeit, Cannabis zu nehmen (9 % in den letzten 12 Monaten) nur halb so hoch wie bei Jugendlichen, die weniger stark auf ihre Gesundheit achten (17 %). Gesundheitsbewusste sind auch eher bereit, gänzlich auf den Konsum illegaler Drogen zu verzichten.

Die ausführlichen Ergebnisberichte sind unter www.bzga.de/studien zu finden.

1.2. Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.2.1. Kampagne „Kinder stark machen“

Unter dem Titel „Kinder stark machen“ führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Kampagne zur substanzunspezifischen bzw. substanzübergreifenden Suchtprävention durch. Grundgedanke und Ziel dieses Konzeptes ist es, das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen zu stärken, ihre Konfliktfähigkeit zu fördern und sie in der realistischen Einschätzung ihrer eigenen Stärken und Schwächen zu unterstützen.

Mit der Kampagne wendet sich die BZgA an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Ziel der Kampagne ist es, die Erwachsenen als Vorbilder zu schulen. Kritische Selbstbeobachtung, Ehrlichkeit gegenüber dem gern verharmlosten eigenen Substanzkonsum (vor allem Tabak und Alkohol), Kenntnisse über die kindliche Entwicklung und das Zustandekommen von Süchten sowie die Bereitschaft zum Gespräch sind von 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 Suchtmitteln sagen zu können.

Weil über 70 % der Kinder und Jugendlichen zeitweise in Sportvereinen, dem bedeutendsten Freizeitbereich von Kindern und Jugendlichen, organisiert sind, liegt ein Schwerpunkt der Aktivitäten in der Kooperation mit den Sportverbänden und Vereinen. Aktuell kooperiert die BZgA mit folgenden mitgliederstarken Verbänden: Deutscher Fußball-Bund, Deutscher Handball-Bund, Deutscher Turnerbund/-jugend, Deutscher Leichtathletikverband, Deutscher Sportbund sowie DJK-Sportjugend.

Die Kampagne „Kinder stark machen“ ist breit angelegt und vermittelt ihre Botschaft in der Zusammenarbeit mit den Sportverbänden im Rahmen mehrerer Module und auf verschiedenen Kommunikationswegen. Im Einzelnen sind dies:

- Massenkommunikation: Begleitung öffentlichkeitswirksamer Sport- und Familienveranstaltungen;
- personale Kommunikation: Dialog mit Eltern, Kindern und Erziehern;
- Multiplikatorenarbeit: Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen zur Suchtprävention;
- Schulung von Ausbilderinnen und Ausbildern für Trainings- und Betreuungspersonal in den Sportvereinen zum Thema Suchtprävention;
- Vereinservice: Unterstützung von Projekten unter dem Motto „Kinder stark machen“ in Eigenregie der Vereine;
- Internet-Angebot www.kinderstarkmachen.de

Mit der Begleitung von 25 Großveranstaltungen auf Landes- und Bundesebene im Jahr 2004 hat die BZgA vor allem Familien sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Vereinssport zum Thema Suchtvorbeugung angesprochen. Die begleitende Medienarbeit erzeugt auf effiziente Weise – ohne Rückgriff auf kostenintensive massenkommunikative Instrumente, wie z. B. Anzeigen, Plakate und Kinospots – breite Öffentlichkeitswirksamkeit.

Ein wesentlicher Baustein der Kampagne „Kinder stark machen“ ist die Fortbildung von Übungsleiterinnen und -leitern und Trainingspersonal in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen. Ziel der Fortbildung ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sensibilisieren und zu befähigen, Kinder in ihrem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu stärken und ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Wichtiges Thema ist darüber hinaus die Vorbildrolle des Jugend- und Übungsleiters im Umgang mit Tabak und Alkohol und Strategien zur Förderung einer suchtpreventiven Gestaltung der Vereinskultur.

Das Fortbildungsangebot „Kinder stark machen“ wurde inzwischen von 11.500 Übungsleiterinnen und -leitern aus Sportvereinen genutzt.

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 Vereinsservice hat sich als ergänzendes Instrument der Kampagne bewährt. Im Jahr 2004 nahmen annähernd 900 Vereine den Vereinsservice für sich in Anspruch.

1.2.2. Vereinskampagne „Klub 2006 – Die FIFA im Verein“

Unter dem Motto „Klub 2006 – Die FIFA im Verein“ wurde vom Organisationskomitee Fußballweltmeisterschaft 2006 (OK) 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 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 drei Bausteinen der Vereinskampagne spielt „Kinder stark machen“/„Rauchfrei“ eine Rolle:

- Ein so genannter WM-Tag kann unter dem Motto „Kinder stark machen“ durchgeführt werden.
- Die WM-Fahne kann unter dem Motto „Kinder stark machen“ gestaltet werden.
- 2005 kann von den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Verein eine Fortbildung unter dem Motto „Kinder stark machen“ besucht werden.

Die Beteiligung von „Kinder stark machen“ an der Vereinskampagne gewährleistet eine hohe Zielgruppenerreichung von Trainingspersonal, Eltern und Kindern über die Ansprache von 27.000 Vereinen. Inzwischen haben ca. 3.000 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“ entschieden. Bis Ende 2004 waren bereits 160 Aktionen durchgeführt und dokumentiert. Eine Beteiligung an der Vereinskampagne ist bis Mai 2006 möglich.

Daneben beteiligte sich die BZgA im Rahmen ihrer Kooperation mit dem WM-Organisationskomitee mit der Jugendkampagne „rauchfrei“ am Festival „Talente 2006 – Die FIFA WM in der Schule“. Im Juni 2004 wurde in Köln das erste Schul-Kultur-Festival durchgeführt, bei dem die ersten Ergebnisse der Projekte aus dem Schulwettbewerb „Talente 2006“ vorgestellt wurden. Mit diesem Engagement will die BZgA auf die Notwendigkeit von Maßnah-

men zur Förderung des Nichtrauchens vor allem bei Jugendlichen aufmerksam machen und für einen „rauchfreien“ Lebensstil werben. 2006 soll in Berlin mit europäischer Beteiligung ein Abschlussfestival durchgeführt werden. Eine Mitwirkung der Jugendkampagne „rauchfrei“ ist der BZgA bereits zugesagt worden.

1.2.3. „KlarSicht“ – Mitmachparcours zur Tabak- und Alkoholprävention

Im Kontext ihrer Präventionsmaßnahmen im Bereich legaler Suchtmittel hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter dem Titel „KlarSicht“ einen Mitmachparcours entwickelt. Dieses interaktive und spielerisch-angelegte Aufklärungsangebot thematisiert die beiden legalen Suchstoffe Tabak und Alkohol. Damit steht der „KlarSicht – Mitmachparcours zu Tabak und Alkohol“ zum einen in einem engen konzeptionellen Zusammenhang mit der „Rauchfrei“-Kampagne und nimmt zum anderen Bezug auf die BZgA-Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“.

Dieser neue Mitmachparcours ist als personalkommunikatives, dezentral und bundesweit einzusetzendes Angebot zu verstehen, das die massenmedialen, audiovisuellen und internetbasierten Angebote beider Kampagnen auf der Ebene persönlicher Informationsvermittlung und Gespräche ergänzt und vertieft.

Der „KlarSicht-Mitmachparcours“ soll interaktiv Informationen über Nikotin und Alkohol vermitteln, 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 Suchtpotentiale der beiden genannten Stoffe zielt der Mitmachparcours auf die Sensibilisierung der protektiven Faktoren ab. Dabei werden geschlechtsspezifische Aspekte gleichermaßen bei der Gestaltung und der personalkommunikativen Moderation berücksichtigt. Ferner will die BZgA mit diesem Projekt örtliche Präventionsstrukturen aktiv unterstützen, ein Forum für lokale Beratungsstellen bieten und letztlich Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor Ort zur späteren Adaption dieses Modells motivieren und qualifizieren.

Der „KlarSicht-Mitmachparcours“ soll primär in Schulen – wobei der Parcours für alle Schulformen geeignet ist – eingesetzt werden. Erste Erfahrungen mit dem Parcours liegen aus vier Erprobungseinsätzen vor, die im Jahr 2004 schwerpunktmäßig an Hauptschulen durchgeführt worden sind.

1.2.4. Mobilausstellung „SehnSucht“

Die BZgA-Ausstellung „SehnSucht“ wird bundesweit pro Jahr in drei bis vier Städten eingesetzt, um Jugendliche, Erwachsene und Multiplikatoren für die Vielschichtigkeit von Sucht- und Abhängigkeitsverhalten zu sensibilisieren und um Wege aus der Sucht aufzuzeigen. 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. Der Titel der Ausstellung „SehnSucht“ macht bereits darauf aufmerksam, dass es Zusammenhänge zwischen unerfüllten Bedürfnissen, Drogen und Missbrauchsverhalten gibt.

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.

Im Jahr 2004 konnte die BZgA wieder vier Einsätze der Wanderausstellung „SehnSucht“ realisieren. In den Bundesländern Brandenburg und Berlin wurde die Ausstellung zum ersten Mal gezeigt.

Land	Stadt	Durchführungsdaten
Niedersachsen	Göttingen	11.06. bis 21.06.2004
Bayern	Hof/Saale	23.07. bis 08.08.2004
Brandenburg	Potsdam	13.08. bis 23.08.2004
Berlin	Berlin	24.09. bis 04.10.2004

41.108 Personen besuchten in den vier Städten die Ausstellung. Fachberaterinnen und Fachberater im Auftrag der BZgA führten 548 Gruppen und Schulklassen mit insgesamt 10.245 Schülerinnen und Schülern sowie 625 Pädagoginnen und Pädagogen durch die Ausstellung.

Insgesamt 42 örtliche Präventionseinrichtungen arbeiteten aktiv in den Kooperations-Kreisen mit. Fast 6 Mio. Bürgerinnen und Bürger konnten sich in den verschiedenen Medien (Print-, Funk, TV) über die Ausstellung informieren und Internetsurfer fanden auf 101 Internetseiten Hinweise und Links zur „SehnSucht“.

1.2.5. Kampagne „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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, meist Studierende, in typischen Feriensituationen (z. B. am Strand oder im Feriencamp), bei Veranstaltungen (z. B. Musik- oder Sportveranstaltungen) oder auch in Jugendherbergen über gesundheitsrelevante Fakten zum Thema Alkohol.

Ziel ist es zunächst, über einen kurzen Wissenstest ein intensives Gespräch unter Gleichaltrigen anzuregen – und dies ohne pädagogischen Zeigefinger! Im Vordergrund stehen dabei Informationen über die schädigenden Wirkungen alkoholischer Getränke mit besonders kritischem Hinweis auf die von Jugendlichen verstärkt konsumierten alkoholischen Mixgetränke, die so genannten „Alkopops“. 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“ informiert zum Beispiel in einer jugendgerechten Sprache und Aufmachung rund um das Thema Alkohol. Postkarten mit einem Wissenstest dienen als Gesprächseinstieg. Weiterhin stehen den Peers verschiedene Give-aways zur Verfügung, die sie nach der Auswertung des Wissenstests an die Jugendlichen weitergeben. Zum Beispiel Kugelschreiber, Schlüsselbänder, Kondome oder Kampagnen-Shirts für fehlerfreie Wissenstests. Die Materialien und das Konzept für das Projekt sind ursprünglich vom Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (NIGZ) entwickelt worden. In Kooperation mit dem NIGZ wird die Kampagne mit deutschen Peers in den Niederlanden durchgeführt.

2004 konzentrierten sich die Peer-Einsätze auf die niederländischen und deutschen Nordseeregionen sowie die Bundesländer an der Ostsee. In Deutschland wurden bundesweit zusätzlich Kurzeinsätze durchgeführt. Insgesamt konnte mit etwa 24.700 Jugendlichen über ihren Alkoholkonsum gesprochen werden.

Durch die Bundesarbeitsgemeinschaft „Das Reizenetz e.V.“, einem Zusammenschluss von ca. 80 kommerziellen und gemeinnützigen Reiseveranstaltern, bestand 2004 eine Zusammenarbeit mit fünf ausgewählten Kooperationspartnern, die verschiedene Ansätze auf ihren Reisen erprobt und umgesetzt haben. Unter www.bist-du-staerker-als-alkohol.de können Informationen zum Projekt und zu den Materialien abgerufen werden.

1.2.6. Jugendkampagne „rauchfrei“

Um dem bis in die 90er Jahre anhaltenden negativen Trend zu einer stärkeren Verbreitung des Rauchens bei Jugendlichen entgegenzuwirken und 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 Kampagne soll zur Meinungsbildung bei Kindern und Jugendlichen beitragen und eine Entscheidungshilfe für das Nichtrauchen vermitteln.

Die Hauptziele der Kampagne:

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

In diesem Zusammenhang sind die von der BZgA bereitgestellten Broschüren „Let's talk about smoking“ sowie die geschlechtsspezifischen Ausstiegshilfen „Stop smoking – Girls“ und „Stop smoking – Boys“ breit gestreut worden. Insgesamt sind von den drei Broschüren bis zum Ende des Jahres 2004 mehr als 1,2 Mio. Exemplare gedruckt und verteilt worden. Inwiefern die „rauchfrei“-Jugendkampagne zu einer Senkung des Rauchverhaltens bei Jugendlichen beigetragen hat, wird im Jahr 2005 evaluiert.

Ein Schwerpunkt der Aktivitäten im Jahr 2004 lag auf der Weiterentwicklung der Maßnahmen im Setting „Schule“, die im folgenden Kapitel ausgeführt werden.

1.2.7. Rauchfreie Schulen

Die Einführung von verbindlichen Regelungen zum Nichtrauchen im Schul- und Jugendbereich liegt in der Kompetenz der Bundesländer. Die Entscheidung des Berliner Abgeordnetenhauses im Jahr 2004 für ein generelles Rauchverbot an allen Schulen und in Kindertagesstätten war ein wichtiger Meilenstein, mit dem der gesundheitspolitischen Verantwortung der Schule im Rahmen ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages entsprochen wurde. Um eine stärkere Thematisierung und Beachtung des Nichtrauchens in Schulen voranzutreiben, wurden von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Mitte 2004 die Kultusminister und -senatoren der Länder angeschrieben. Ziel des Schreibens war es, die Verantwortlichen in den Ländern anzuregen, die Möglichkeiten für verbindliche Regelungen zum generellen Nichtrauchen in den Schulen zu überprüfen.

Inzwischen hat die Mehrheit der Bundesländer die Initiative aufgegriffen und die Einführung einer verbindlichen Regelung zum generellen Nichtrauchen für alle Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und Mitarbeiter beschlossen.

Neben einem generellen Rauchverbot an Schulen spielen präventive Maßnahmen und deren pädagogische Vermittlung eine große Rolle. Die Schülerinnen und Schüler sollen bestärkt werden, in eigener Entscheidung mit dem Rauchen aufzuhören bzw. erst gar nicht damit zu beginnen. Hierzu hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Leitfaden „Auf dem Wege zu einer rauchfreien Schule“ ein Planungs- und Umsetzungskonzept zur Verfügung gestellt, das eine hohe Akzeptanz in den Bundesländern erreicht hat. Es wurden bereits über 72.000 Exemplare des Leitfadens verteilt. Der Leitfaden bietet Schulen eine Anleitung, wie die unterschiedlichen Bemühungen und Regelungen der Länder zur Förderung des Nichtrauchens im Schulbereich erfolgreich umgesetzt werden können. Der Leitfaden „Auf dem Wege zu einer rauchfreien Schule“ folgt einem hierarchischen Aufbau über drei Ebenen:

- Maßnahmen und Vorgehensweisen, um die gesamte Schule „rauchfrei“ zu gestalten, hierzu ist das gesamte Kollegium gefordert;
- Maßnahmen und Vorgehensweisen, die auf Klassenebene durchgeführt werden können, hierzu ist das Engagement einzelner Pädagogen hinreichend;
- individuelle Ansprache einzelner Schüler oder Schülergruppen zur Förderung des Nichtrauchens mit dem Angebot von angeleiteten Ausstiegshilfen, auch dies ist auf Initiative einzelner Pädagogen möglich.

Um die Aktivitäten und Maßnahmen zur Einrichtung rauchfreier Schulen über die Bereitstellung des Leitfadens hinaus zu unterstützen, sind mit verschiedenen Bundesländern im Jahr 2004 verstärkt Kooperationsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt worden. Diese Maßnahmen auf Landesebene konzentrieren sich auf die Durchführung von Workshops zur Moderation des Prozesses der Einführung von rauchfreien Schulen, Beteiligung an Fachtagungen sowie in der Bereitstellung von Informationsmaterialien.

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

Am 15. November 2004 begann zum achten Mal der Wettbewerb „Be Smart – Don't Start“. Ziel des Wettbewerbs ist es, den Einstieg in das Rauchen zu verzögern und die Klassen zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen und Gesundheitsförderung anzuregen. Der Wettbewerb richtet sich an Schulklassen der Klassenstufen 6–8. Die teilnehmenden Klassen entscheiden sich, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen. Wöchentlich wird das Thema „Nichtrauchen“ im Unterricht thematisiert. Klassen, die von November 2004 bis einschließlich April 2005 nicht rauchen, nehmen an einer Verlosung attraktiver Preise teil. Der Hauptpreis ist eine Klassenreise nach Italien. Im Schuljahr 2004/2005 meldeten sich

10.994 Schulklassen oder ca. 280.000 Schülerinnen und Schüler für den Wettbewerb an. Dies ist ein neuer Rekord in den Anmeldezahlen. Es beteiligen sich derzeit 14 Bundesländer an dem Wettbewerb, der vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel koordiniert wird.

Drei Besonderheiten aus dem Jahr 2004 und dem laufenden Wettbewerb sind hervorzuheben: Ende Februar 2004 wurde auf dem 26. Deutschen Krebskongress in Berlin für und von „Be Smart“-Klassen ein Schülerkongress durchgeführt. „Be Smart“-Klassen wurden eingeladen, sich mit einem kreativen Projekt zum Thema Nichtrauchen und Gesundheitsförderung für die Teilnahme an dieser Veranstaltung zu bewerben. Die sieben Klassen mit den kreativsten Projekten stellten ihre Aktionen im ICC Berlin einem großen Publikum vor.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt von „Be Smart“ im Schuljahr 2004/2005 ist „Rauchen in Film und Fernsehen“. Die beteiligten Klassen werden eingeladen, sich über begleitende Informationen und Aktionen mit dem Thema auseinanderzusetzen, und sollen so für die Strategien der Tabakindustrie sensibilisiert werden.

Ferner werden in diesem Schuljahr gezielt Klassen zur wiederholten Teilnahme am Wettbewerb motiviert, um die Nachhaltigkeit des Programms zu erhöhen. So werden 100 Extra-Preise unter den wiederholt teilnehmenden Klassen verlost.

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

1.2.9. Internetplattform www.drugcom.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) startete im Jahr 2001 das Suchtpräventionsprojekt www.drugcom.de. Dieses Internetangebot bietet Informationen und anonyme Beratung für Jugendliche und junge Erwachsene, die Fragen zum Konsum von legalen und illegalen Substanzen haben. Ziel von www.drugcom.de ist es, junge Menschen zu motivieren, ihren Umgang mit psychoaktiven Substanzen möglichst risikoarm zu gestalten, und bei der Reduzierung oder Beendigung des Konsums zu unterstützen.

Nach nunmehr drei Jahren hat sich www.drugcom.de als Online-Angebot in der Suchtprävention erfolgreich etablieren können. Dies spiegelt auch die projektbegleitende Evaluation wider. Mit über 200.000 Visits pro Jahr sind die Zugriffe 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 25 % gestiegen. Das Internetangebot wird vor allem von aktuellen Konsumenten legaler und illegaler Suchtmittel genutzt. Rund zwei Drittel aller Nutzerinnen und Nutzer sind

unter 22 Jahren alt und drei von vier haben schon Cannabis konsumiert, etwa jeder Zweite betreibt einen aktuellen Konsum von Haschisch oder Marihuana.

Auf www.drugcom.de gibt es verschiedene Bereiche: Drogenlexikon, Online-Beratung und Chatangebote, acht Wissenstests zu Substanzen und einen Alkohol-Verhaltenstest sowie regelmäßige News zu den Themen Drogen und Sucht. Besonders häufig angeklickt werden der Cannabis- und der Ecstasytest. Überdurchschnittlich oft wird der Selbsttest zum Alkoholkonsum unter dem Motto „check your drinking“ genutzt. Fast 18.000 Jugendliche haben den Test schon vollständig gemacht und eine individuelle Rückmeldung zu ihrem Trinkverhalten erhalten. Seit August 2004 gibt es ferner mit „quit the shit“ ein Ausstiegsprogramm für jugendliche Cannabiskonsumanten, das mit der Plattform www.drugcom.de verbunden ist.

1.2.10. Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums

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, die Kennzeichnungspflicht für Alkopops mit dem Hinweis „Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz“, das Verbot der kostenlosen Abgabe von Zigaretten sowie des Stückverkaufs von Einzelzigaretten und die Festschreibung des Mindestinhaltes von Zigarettenpackungen auf 17 Zigaretten. Im Prinzip handelt es sich bei diesen Regelungen um Maßnahmen, die der suchtpolitischen Säule „Angebotsreduzierung“ zuzuordnen sind. Da die Motivation für dieses Gesetz aber vor allem darin lag, einen frühen Einstieg in den Konsum von Tabak und Alkohol bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern, kommt hier vor allem der präventive Gedanke angebotsreduzierender Maßnahmen zum Ausdruck. Im Folgenden werden die Vorgeschichte und Details der Gesetzgebung geschildert.

Alkopops sind gesüßte alkoholische Mixgetränke, meist auf Spirituosenbasis, die erst in den letzten Jahren massiv in den Handel eingeführt wurden. Als neue alkoholische Getränke stellen Alkopops für Jugendliche ein attraktives und weit verbreitetes Getränk dar. In kleinen bunten Flaschen waren sie fast überall erhältlich (Supermärkte, Kioske, Partys, Tankstellen usw.) und kosteten oft weniger als 1 €. Aufgrund ihres sehr süßen und fruchtigen, den Alkohol überdeckenden Geschmacks wurden Alkopops in kurzer Zeit zu einem attraktiven Getränk mit Kultstatus für Jugendliche. Die zum Teil aggressiven Marketingstrategien der Hersteller trugen ebenfalls zu einem rapiden Konsumanstieg bei. Die attraktiv designten Flaschen verführten junge Menschen zu einem deutlich früher einsetzenden regelmäßigen Alkoholkonsum. Nach dem Jugendschutzgesetz dürfen branntweinhaltige Getränke nicht an Jugendliche unter 18 Jahren abgeben und von ihnen konsumiert werden.

Um das genaue Ausmaß des Alkopopkonsum unter Kindern und Jugendlichen festzustellen, führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine repräsentative Befragung durch. Die Ergebnisse waren alarmierend. Vor Bier, Wein und Sekt stellten Alkopops inzwischen die beliebteste alkoholische Getränkeart bei den 14- bis 17-Jährigen dar. Fast die Hälfte der Jugendlichen (48 %) trank zu Beginn des Jahres 2004 regelmäßig, also mindestens einmal im Monat, Alkopops. Nur ein Viertel der befragten Jugendlichen (25 %) gab dagegen an, niemals Alkopops zu konsumieren. Damit belegte die Studie einen hohen und weiter ansteigenden Konsum unter Jugendlichen.

Besonders drei Einzelergebnisse der Befragung verdeutlichten die Dringlichkeit zum Handeln. Erstens zeigte sich die Bedeutung von Alkopops als „Jugendgetränk“, da die 14- bis 17-Jährigen häufiger Alkopops konsumierten als die 18- bis 29-Jährigen. Zweitens gaben Mädchen und junge Frauen bei Alkopops ihre bisherige Zurückhaltung auf, die sie sonst beim Alkoholkonsum zeigten. Alkopops waren bei Mädchen demnach deutlich beliebter als Bier. 50 % aller Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren gaben an, nie Bier zu trinken, bei Alkopops waren dies nur 20 %. Drittens waren nach der Befragung Jugendliche mit durchschnittlich über 80 % sehr gut über die gesetzlichen Altersgrenzen für den Kauf und Konsum von Alkopops informiert. Obwohl sie eigentlich wussten, dass für sie der Konsum von Alkopops verboten ist, wurden Alkopops in zunehmenden Maße von ihnen konsumiert.

Aufgrund dieser Ergebnisse bestand ein dringlicher gesundheits- und jugendpolitischer Handlungsbedarf. Je früher Jugendliche regelmäßig Alkohol konsumieren, desto schneller entwickelt sich ein riskantes und missbräuchliches Trinkverhalten. Eine gesetzliche Maßnahme war erforderlich, um Kinder und Jugendliche vor dem frühzeitigen Einstieg in den regelmäßigen Alkoholkonsum besser zu schützen. Auf Initiative der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurden schließlich eine Sondersteuer auf branntweinhaltige Mixgetränke und eine Kennzeichnungspflicht beschlossen, um die bestehende Altersbeschränkung im Jugendschutzgesetz sinnvoll zu ergänzen. In dem gleichen Zusammenhang sind das Verbot der kostenlosen Abgabe von Zigaretten, des Stückverkaufs von Einzelzigaretten und die Festschreibung des Mindestinhaltes von Zigarettenpackungen auf 17 Zigaretten zu sehen, die ebenfalls Bestandteile des Gesetzes sind. Es soll damit vermieden werden, dass Kinder durch die kostenlose Abgabe von Zigaretten oder preisgünstige Zigarettenkleinpackungen an den Tabakkonsum „herangeführt“ werden.

Am 1. Juli 2004 trat das „Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“ in Kraft, das am 2. August 2004 steuerrechtlich wirksam wurde.

Auszug aus dem Gesetz zur „Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“:

§ 1 Steuergebiet, Steuergegenstand

- (1) Alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) unterliegen im Steuergebiet einer Sondersteuer zum Schutz junger Menschen (Alkopopsteuer). Die Alkopopsteuer ist eine Verbrauchssteuer im Sinne der Abgabenordnung.
- (2) Alkopops im Sinne dieses Gesetzes sind Getränke – auch in gefrorener Form –, die
- aus einer Mischung von Getränken mit einem Alkoholgehalt von 1,2% vol oder weniger oder gegorenen Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol mit Erzeugnissen nach § 130 Abs. 1 des Gesetzes über das Branntweinmonopol bestehen,
 - einen Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol, aber weniger als 10% vol aufweisen,
 - trinkfertig gemischt in verkaufsfertigen, verschlossenen Behältnissen abgefüllt und
 - als Erzeugnisse nach § 130 Abs. 1 des Gesetzes über das Branntweinmonopol der Branntweinsteuer unterliegen.
- (3) Als Alkopops gelten auch industriell vorbereitete Mischkomponenten von Getränken nach Absatz 2, die in einer gemeinsamen Verpackung enthalten sind.

§ 2 Steuertarif

Die Steuer bemisst sich nach der in dem Alkopop enthaltenen Alkoholmenge. Sie beträgt für einen Hektoliter reinen Alkohol, gemessen bei einer Temperatur von 20° C 5.550 Euro.

Damit wird seit 2. August 2004 aufgrund der Sondersteuer eine Flasche Alkopops mit 275 ml und einem Alkoholgehalt von 5,5 % vol mit 83 Cent zusätzlich besteuert (Beispiel).

Auszug aus dem Gesetz zur „Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“:

§ 9 Abs. 4 Kennzeichnungspflicht:

- (4) Alkoholhaltige Süßgetränke im Sinne des § 1 Abs. 2 und 3 des Alkopopsteuergesetzes dürfen gewerbsmäßig nur mit dem Hinweis „Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz“ in den Verkehr gebracht werden. Dieser Hinweis ist auf der Fertigpackung in der gleichen Schriftart und in der gleichen Größe und Farbe wie die Marken- oder Phantasienamen oder, soweit nicht vorhanden, wie die Verkehrsbezeichnung zu halten und bei Flaschen auf dem Frontetikett anzubringen.

Mit In-Kraft-Treten des AlkopopStG wurde Absatz 4 neu in das Jugendschutzgesetz eingefügt. Diese Regelung trat am 30. September 2004 in Kraft. Nach einer Übergangsfrist von 3 Monaten müssen seit dem 31. Dezember 2004 alle spirituosenhaltigen Alkopops, die unter das Gesetz fallen, mit diesem Warnhinweis versehen sein.

Da Jugendliche auf Preiserhöhungen deutlich reagieren, ist davon auszugehen, dass die Attraktivität von Alkopops durch die Sondersteuer bei Jugendlichen stark abnimmt. Erfahrungen aus den Nachbarländern Frankreich und Schweiz zeigen, dass nach Einführung einer Sondersteuer der Konsum von Alkopops deutlich zurückgegangen ist. Mit Einführung der Sondersteuer und Kennzeichnungspflicht in Deutschland wird daher ebenfalls von einem deutlichen Rückgang beim Konsum und Kauf von Alkopops bei Jugendlichen sowie einer besseren Aufklärung und Information beim Verkaufspersonal ausgegangen.

Um Aufschluss über die konkreten Auswirkungen des Gesetzes auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen sowie die Marktentwicklung zu erhalten, sieht das Gesetz in § 5 einen Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag zum 1. Juli 2005 vor. Sollte sich zeigen, dass neue alkoholische Mixgetränke oder ähnliche Getränke die Zielsetzung der Sondersteuer unterlaufen, behält sich der Gesetzgeber eine Einbeziehung dieser Produkte in die bestehende Regelung vor. Die Einnahmen aus der Sondersteuer (Netto-Mehraufkommen) werden nach § 4 des Gesetzes zur Finanzierung von Maßnahmen zur Suchtprävention verwendet, die der BZgA zufließen.

Die Debatte um die Einführung der Sondersteuer hat viel zur öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema „Jugend und Alkohol“ bei Eltern, Lehrern und im Handel beigetragen. Unerlässlich bleiben jedoch weitere Anstrengungen in den Bundesländern zur Prävention und Aufklärung sowie verstärkte Kontrollen des Handels und der Gastronomie zur Reduzierung des frühen Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) plant, Mitte des Jahres 2005 eine Aktion mit Plakaten, Flyern und Aufklebern zur Verbesserung der Einhaltung der Jugendschutzvorschriften durchzuführen. Sie soll gemeinsam 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) gestartet werden. Die geplante Aktion bezieht sich auf die Abgabeverbote für Alkohol und Tabakwaren, die Abgabe von Videos und Computerspielen nur entsprechend den Alterskennzeichnungen sowie die Alters- und Zeitbegrenzungen hinsichtlich des Aufenthaltes von Jugendlichen in Gaststätten und Diskotheken.

1.3. Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.3.1. Projekt „Designerdrogensprechstunde“

Ab Mitte der 90er Jahre war in Deutschland eine rasant ansteigende Verbreitung der so genannten „Designerdrogen“ (insbesondere Ecstasy) unter sehr jungen Konsumenten festzustellen. Die junge Klientel, der Konsum vor allem in der Party-Szene und die neuen Drogen warfen Fragen auf, ob das bestehende Hilfesystem adäquat auf das neue Phänomen reagieren kann. Als ein besonders auf diese neue Zielgruppe zugeschnittenes Hilfeangebot förderte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) von 1998 bis 2001 und mit erweiterter Fragestellung von 2001 bis 2003 die so genannte "Designerdrogensprechstunde" in Rostock. Anders als bei anderen illegalen Drogen war der Konsum von Ecstasy auch in den neuen Ländern zeitgleich mit den alten Ländern schnell verbreitet.

Die Designerdrogensprechstunde wurde als niedrighschwelliges ambulantes Angebot für junge Drogenkonsumenten konzipiert. Sie arbeitete mit einem multiprofessionellen Team und unter der Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie. Die Designerdrogensprechstunde war innerhalb der Stadt Rostock ein neues und zusätzliches Hilfeangebot in einem bereits relativ gut ausgebauten Drogenhilfesystem.

Das Modell sollte insbesondere eine Beschreibung der hilfebedürftigen Klientel und ihrer gesundheitlichen sowie psychosozialen Probleme erbringen. Es sollte Erkenntnisse liefern, ob und wie ein ambulantes Behandlungsprogramm angenommen wird und wie dieses Angebot institutionell und finanziell abgesichert in das bestehende Hilfesystem integriert werden kann. Dafür wurden die Daten von 507 Patientinnen und Patienten, die die Sprechstunde zwischen dem 1. Januar 1999 und dem 31. Dezember 2003 kontaktierten, ausgewertet.

Die Erwartungen in das Modell haben sich erfüllt. Es ist gelungen, eine junge Klientel anzusprechen, sie zu weiteren Behandlungen in der Einrichtung zu binden oder auch weiterzuvermitteln. Der multiprofessionelle Ansatz hat sich bewährt. Medizinisch relevante Probleme wurden frühzeitig erkannt; durch den Einsatz einer Sozialarbeiterin konnten Schuldnerberatung vorgenommen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze sowie weiterführende Therapien vermittelt werden.

Insgesamt handelte es sich bei der Klientel der Designerdrogensprechstunde um schon in früher Jugend psychisch oder physisch verletzte Jugendliche, bei denen Drogenmissbrauch eine alltägliche Bewältigungsstrategie geworden ist. Der Konsum von Ecstasy geht in aller Regel mit exzessivem Cannabiskonsum einher. Der Einstieg in den Suchtmittelkonsum erfolgte meistens in frühem Lebensalter insbesondere durch das Rauchen. Es zeigt sich

daher einmal mehr, dass der Prävention des Tabakkonsums besondere Aufmerksamkeit zukommen muss. Die Ergebnisse des Modells sind eine wertvolle Hilfe bei der Weiterentwicklung von Maßnahmen und Kampagnen und für die Arbeit in Beratungsstellen.

Zudem zeigte sich auch im Rahmen dieses Modells, dass für eine schnelle Hilfe die Abklärung von Zuständigkeiten zwischen den einzelnen Kostenträgern zügig erfolgen muss, insbesondere wenn es sich um Jugendliche handelt, die im Betreuungszeitraum die Volljährigkeit erlangen oder zwischen Bundesländern hin- und herwandern.

Die Verstetigung der Modellsprechstunde ist gelungen. Dabei wird die Einrichtung einerseits als Außenstelle der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie geführt, Arzt- und Psychologenstelle werden von den Krankenkassen finanziert. Andererseits wird die Stelle der Sozialarbeiterin und die Außenstelle von der Kommune übernommen, z. B. im Rahmen von Leistungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG). Das Modell ist somit auch ein Beispiel von gelungener Vernetzung von Krankenbehandlung und Jugendhilfe und hat anderen Beratungseinrichtungen auch Wege zu einer vernetzten Finanzierung aufgezeigt.

Durch die Publikation in Buchform in der Schriftenreihe des BMGS und im Internet sind die Ergebnisse allen Interessenten zugänglich.

1.3.2. Bundesmodellprojekt „HaLT“

Das Pilotprojekt HaLT- „Hart am Limit“ der Villa Schöpflin, Zentrum für Suchtprävention in Lörrach, wurde nach Abschluss einer erfolgreichen Pilotphase im Jahr 2004 in Absprache mit den Bundesländern als 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. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist es, in der jeweiligen Region messbar die Zahl der Alkoholvergiftungen unter Kindern und Jugendlichen zu senken. Häufigkeit, Begleitumstände und Auslöser von Alkoholvergiftungen im Zusammenhang mit einer Krankenhauseinweisung bei Kindern und Jugendlichen sollen erfasst und Beratungs- und Hilfeangebote für die Betroffenen entwickelt werden.

In Vorbereitung des Modellprogramms HaLT wurden die beim Statistischen Bundesamt und den Statistischen Landesämtern vorliegenden Klinik-Diagnosestatistiken nach Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen analysiert. Zusätzlich wurden in 17 Schwerpunkt-kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet stichprobenartig die Entwicklung der auf Alkoholmissbrauch zurückzuführenden stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen erhoben.

Die Ergebnisse alarmieren: Bundesweit ist zwischen den Jahren 2000 bis 2002 bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der stationären Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen um 26 Prozent festzustellen (zusammengestellte Daten der Statistischen Landesämter). Fallzahlsteigerungen zeigen sich dabei in sämtlichen Bundesländern. Eine weiter zurückreichende Auswertung ist wegen einer Umstellung des Diagnosesystems nicht möglich. Im bundesweiten Durchschnitt kam im Jahr 2002 auf 1.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren eine stationäre Behandlung wegen Alkoholintoxikation.

Die drastische Zunahme der Behandlungsfälle spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Erhebung in den Kliniken wider. In den 13 Kliniken, in denen bereits ab 1999 zuverlässige Daten verfügbar waren, zeigt sich zwischen 1999 und 2002 mehr als eine Verdoppelung der Fallzahlen. Die stärksten Fallzahlsteigerungen finden sich in den Altersklassen der 13- bis 14-jährigen und 15- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen. Auffällig ist der starke Anstieg von Alkoholintoxikationen bei Mädchen und jungen Frauen, deren Anteil im Jahr 2002 bereits rund 50 % beträgt. Die statistische Auswertung unterstreicht damit die Notwendigkeit von effektiven Alkoholmissbrauch-Präventionsangeboten für Kinder und Jugendliche, wie sie im Rahmen des Bundesmodellprogramms in Anlehnung an das erfolgreiche Lörracher Pilotprojekt erprobt und weiterentwickelt werden sollen. Die vollständige Studie ist im Internet unter www.drogenbeauftragte.de zu finden.

Das Bundesmodellprojekt „HaLT“ hat sich zum Ziel gesetzt, dem Anstieg bei Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen wirksam zu begegnen. Dabei ist eine frühzeitige Intervention von höchster Bedeutung: Je früher Alkoholmissbrauch erkannt und entsprechend interveniert wird, umso höher und nachhaltiger sind die Erfolgchancen. Ziel des Projektes ist nicht nur die sekundärpräventive Intervention bei auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen, sondern auch Jugendliche über Alkohol aufzuklären, ein stützendes Umfeld zu schaffen und letztlich die Verbreitung und Häufigkeit von hochriskanten Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen zu verringern.

Das Projekt umfasst daher zwei Bausteine:

- **EINEN REAKTIVEN BAUSTEIN**, der darauf abzielt, Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsummuster, insbesondere im Zusammenhang mit schweren Alkoholintoxikationen, frühzeitig innerhalb eines niedrigschwiligen Angebots zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten zu bewegen. Die Ansätze auf dieser individuellen Ebene sind Gruppen- und Einzelgespräche, erlebnispädagogische Angebote und – falls notwendig – Überleitung in weiterführende Hilfen.
- **EINEN PROAKTIVEN BAUSTEIN**, der auf eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen, auf Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie auf eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen und Schulfesten abzielt. Die Ansätze auf

der kommunalen Ebene basieren auf der konsequenten Umsetzung des Jugendschutzes bei Veranstaltungen und im Handel, der Sensibilisierung von Eltern, Lehrkräften, Verkaufspersonal etc. und einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit.

Bislang nehmen 11 Einrichtungen in neun Bundesländern an dem Programm teil. Ein Infoletter, der auf der Homepage des BMGS eingestellt ist, informiert über den Fortgang des Modells. Das Modellprogramm wird wissenschaftlich begleitet. Die Laufzeit des Modellprojektes endet am 31. Dezember 2006.

1.3.3. Arbeitskreis „Healthy Nightlife“

Ungefähr die Hälfte des jugendlichen Publikums in der Techno-Szene hat Erfahrung mit synthetischen Drogen, insbesondere der Konsum von Ecstasy, LSD und Amphetaminen ist in dieser Gruppe nicht nur deutlich höher als im Bevölkerungsdurchschnitt, sondern auch als in anderen „Jugend Szenen“. Die gesundheitlichen Gefahren der synthetischen Drogen – z. T. verstärkt durch Mischkonsum mit Cannabis, Alkohol und Speed – werden von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterschätzt. Um junge Menschen dort zu erreichen, wo sie Suchtmittel konsumieren, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) anlässlich des Weltdrogentages am 26. Juni 2003 das Projekt „Healthy Nightlife“ initiiert.

„Healthy Nightlife“ als Kooperationsprojekt der BZgA mit Vertretern von Drogenberatungsstellen und Szene-Initiativen sowie mit kommunalen Behörden und Partyveranstaltern will wirksame Präventionsmöglichkeiten entwickeln und risikominimierende Strategien im Nachtleben etablieren. Die Suchtprävention in der Party-Szene zielt auf eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum im Rahmen einer möglichst gesundheitsverträglichen Partyorganisation. Durch die kooperative Zusammenarbeit zwischen Behörden vor Ort, Veranstaltern und Drogenberatung soll ein „Gesundes Nachtleben“ strukturell verankert werden.

Die Möglichkeiten und Grenzen solcher Kooperationsprojekte wurden im Rahmen einer Eventreihe „Nachts Leben – statt krank feiern“ anlässlich des Weltdrogentages 2004 unter Realbedingungen geprüft, um künftig per Internet taugliche Handlungsempfehlungen für Veranstalter, Kommunen, Suchtpräventionseinrichtungen u. a. bereitstellen zu können.

1.3.4. Exkurs: Ratgeber zur Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (oder auch: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom), kurz ADHS, gehört heute zu den relativ häufig beschriebenen Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter. Experten gehen davon aus, dass in Deutsch-

land ca. 2–6 % aller Kinder und Jugendlichen von ADHS – in unterschiedlichen Schweregraden – betroffen sind, Jungen drei- bis neunmal häufiger als Mädchen.

Als ADHS wird eine veränderte Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Störungen treten hauptsächlich in drei Bereichen auf:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen;
- ausgeprägte körperliche Unruhe und starker Bewegungsdrang (Hyperaktivität);
- impulsives und unüberlegtes Handeln.

Ausgehend von den dramatisch gestiegenen Verbrauchszahlen für das Medikament Methylphenidat hat sich das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung für eine Versachlichung der Diskussion und Verbesserung der Informationslage eingesetzt.

Unter Leitung des BMGS fand im Oktober 2002 eine „Konsenskonferenz-ADHS“ unter Beteiligung von verschiedenen Facharzt- und weiteren Berufsgruppen sowie Selbsthilfeverbänden, Vertretern der Bundesärztekammer u. a. statt.

Die wesentlichen Ergebnisse wurden als Eckpunktepapier veröffentlicht. Erstmals in dieser breiten Form wurden darin gemeinsame Positionen zu verschiedenen Fragen der Diagnostik und Therapie dargelegt.

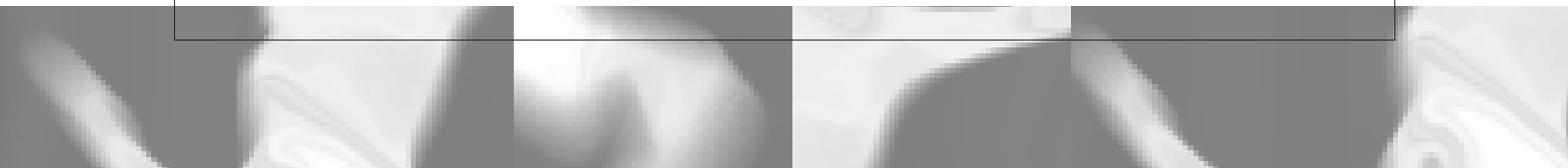
Auf diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des BMGS eine Broschüre für die Allgemeinbevölkerung entwickelt, die im ersten Halbjahr 2005 veröffentlicht wurde.

Die Broschüre wendet sich vor allem an Jugendliche und Erwachsene, die von ADHS betroffen sind, an Eltern und Angehörige mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS sowie an alle, die beruflich mit ADHS-Patienten zu tun haben.

Die meisten Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer haben schon von ADHS gehört. Wenn bei dem eigenen oder einem Kind in der Kindergartengruppe bzw. Schulklasse entsprechende Auffälligkeiten auftreten, stellen sie sich häufig die Frage, ob diese Erkrankung vorliegen könnte. Nicht jedes Kind, das unkonzentriert, lebhaft und laut ist, leidet automatisch an ADHS. Die Übergänge von „schwierigem Verhalten“ zu ADHS sind fließend und für den Laien schwer einzuschätzen.

Die Broschüre der BZgA gibt eine erste Orientierung. Sie soll vermitteln, wie (Früh-)Symptome bei ADHS aussehen können, welche unterschiedlichen Therapiebausteine bei der Behandlung zum Einsatz kommen und wo Hilfe und Unterstützung zu bekommen sind.

2. Schwerpunkt „Prävention des Cannabiskonsums“



2. Schwerpunkt „Prävention des Cannabiskonsums“

2.1. Forschungsbericht „Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebote in Deutschland“

Unter dem Titel „Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebote in Deutschland“ hat das Institut für Therapieforschung (IFT) in München im Auftrag des BMGS ein Forschungsprojekt durchgeführt, dessen Abschlussbericht im Sommer 2004 vorgestellt wurde. Das methodische Vorgehen umfasste sowohl eine Literaturrecherche und die Reanalyse bereits vorhandener Daten als auch die Erhebung neuer Daten durch Befragungen von Mitarbeitern und Klienten ausgewählter Einrichtungen.

Der Cannabiskonsum hat in den letzten Jahren in Deutschland stark zugenommen. Über 9 Mio. Menschen haben Erfahrung mit Cannabis. Die große Mehrheit der Konsumenten belässt es bei einem bloßen Probier- oder Experimentierkonsum und beendet den Konsum wieder. Gleichzeitig wächst aber der Anteil der Konsumenten, die durch einen regelmäßigen und starken Cannabisgebrauch unter ernsthaften Störungen bis hin zur Abhängigkeit leiden. Fast 400.000 Menschen weisen einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf.

Während in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen die Verbreitung von Cannabis zwischen 1992 und 2002 auf das 2,7fache zugenommen hat, hat sich zugleich die Behandlungsnachfrage durch Personen mit cannabisbezogenen Störungen überproportional stark erhöht. Die Studie verzeichnet eine Zunahme in den erfassten ambulanten Beratungsstellen auf fast das 6fache von 2.561 Fällen im Jahr 1992 auf 14.714 Fälle im Jahr 2001. Nach den Ergebnissen der Studie zeichnen sich die betreuten Klienten vor allem dadurch aus, dass sie

- mehr konsumieren;
- mehr Beigebrauch anderer Drogen aufweisen;
- früher mit dem Drogenkonsum beginnen;
- besseren Zugang zu bestimmten anderen Drogen haben (halluzinogene Pilze, Kokain, Ecstasy, Amphetamine).

Der typische Cannabisklient einer ambulanten Beratungsstelle ist männlich, zwischen 18 und 24 Jahren alt und damit erheblich jünger als Klienten mit primären Alkohol- oder Opiatproblemen. Er ist ledig und ohne feste Partnerin. Die Mehrzahl befindet sich noch in Schul- oder Berufsausbildung.

Der Bericht gibt den Forschungsstand zu Risiken und Folgeschäden des Cannabiskonsums wieder. Danach gilt als ein akuter Effekt beispielsweise die Einschränkung der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Hinzu kom-

men die negativen Auswirkungen akuten und chronischen Konsums auf die Sicherheit im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz und bei riskanten Sportarten.

Die Zunahme der Behandlungszugänge durch Personen mit primären Cannabisstörungen ist anhand der vorliegenden Daten als gesichert zu betrachten. Diese Zunahme ist weder Ergebnis gezielter justizieller Drucks noch einer generellen Ausweitung der Betreuungsangebote, sondern wird von den Autoren des Berichts hauptsächlich auf die verbesserte Erreichbarkeit der Angebote zurückgeführt.

Schließlich wurden Antworten auf die Frage gesucht, ob das Betreuungsangebot dem Bedarf entspricht. 44 % der Klienten waren sehr zufrieden mit ihrer Betreuung. Die Kompetenz der therapeutischen Mitarbeiter wurde als sehr hoch eingeschätzt. Den Forschern erschien jedoch in Anbetracht der erheblichen Unterschiede in der Problemlage der Klienten das Vorgehen in der Betreuung als zu einheitlich und zu wenig differenziert.

Abschließend wurden von den Autoren Vorschläge für eine gezielte Betreuung gemacht, die sich stärker als bisher an den unterschiedlichen Voraussetzungen der Klienten orientiert, sowie für die Weiterentwicklung von Behandlungsverfahren und Behandlungsorganisation. Beispielsweise wurde vorgeschlagen, den Zugang zu Cannabiskonsumern verstärkt über die Peers zu suchen und die Eltern stärker in die Betreuung einzubinden, aber auch die Arbeitsmöglichkeiten der Beratungsstellen gegebenenfalls neu auszurichten, um den Bedürfnissen der Klienten stärker als bisher zu entsprechen.

Der Abschlußbericht ist im Internet des BMGS veröffentlicht.

2.2. Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“

Der Konsum von Cannabis ist in allen Ländern Westeuropas weit verbreitet. Epidemiologische Studien zeigen in den letzten Jahren eine starke Zunahme des Cannabiskonsums, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zwar konsumiert die überwiegende Mehrzahl der Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten nur gelegentlich und die meisten geben den Konsum auf, wissenschaftliche Untersuchungen zeigen jedoch auch, dass bei anhaltendem Konsum von Cannabis eine spezifische Form der Abhängigkeit entstehen kann. Die traditionellen Einrichtungen der Drogenberatung werden in den letzten Jahren vermehrt von Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten in Anspruch genommen. Es gibt jedoch noch kein wissenschaftlich fundiertes, gut evaluiertes Behandlungskonzept für diese Zielgruppe.

Ausgehend von einer Fachtagung zum Cannabiskonsum in Baden-Württemberg im Frühjahr 2002 haben Deutschland und die Schweiz beschlossen, entlang der deutsch-schweizerischen Grenze ein gemeinsames Projekt zur Frühintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit durchzuführen. Die Projektentwicklung erfolgte durch die delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin, in enger Zusammenarbeit mit den Drogenberatungsstellen des Badischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (blv) in Rheinfelden, Waldshut und Villingen-Schwenningen sowie dem Drop in (Basel-Stadt), der Beratungsstelle in Reinach (Basel-Landschaft) und der Suchthilfe in Rheinfelden (Aargau). Auf der deutschen Seite wird das Projekt von der Villa Schöpflin in Lörrach, auf der Schweizer Seite von der Stadt Basel koordiniert. Die deutsche Koordination wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziert, die Schweiz finanziert die Gesamtkoordination und die Evaluation.

Die Zielgruppe von „Realize it!“ sind Cannabiskonsumern im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die ihren Konsum entweder ganz einstellen oder aber zumindest deutlich reduzieren wollen. Das Programm beinhaltet fünf Einzelberatungen und eine Gruppensitzung, die innerhalb eines Zeitrahmens von zehn Wochen absolviert werden. Das Projekt läuft noch bis Februar 2006.

2.3. Fünf-Länder-Aktionsplan zur Cannabisforschung – Pilotprojekt „INCANT“

Zwischen dem Behandlungsbedarf und dem Behandlungsangebot vor allem bei jungen Cannabiskonsumern besteht oft eine erhebliche Diskrepanz. Die traditionellen Beratungsstellen der Drogenhilfe werden von behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumern kaum aufgesucht, noch viel weniger sind evidenzbasierte Interventionsformen vorhanden.

Da hierzu nur wenige Forschungsergebnisse vorliegen, haben die Niederlande, Frankreich, Belgien, die Schweiz und Deutschland im Anschluss an eine Gesundheitsministerkonferenz in Brüssel im Jahre 2002 einen „Fünf-Länder-Aktionsplan zur Cannabisforschung“ verabschiedet. Dieser Aktionsplan sieht verschiedene Forschungsprojekte zur Prävention des Cannabiskonsums und zur Verbesserung des therapeutischen Angebotes vor.

Zur Umsetzung der in diesem Plan vorgesehenen Zielsetzungen wurde beschlossen, als ersten Schritt ein Projekt zur Behandlung von Cannabisabhängigen zu initiieren. Dazu dient die multizentrische Studie „INCANT“ (International Cannabis Need of Treatment Study). Im Rahmen von INCANT wird in jedem der fünf Länder zunächst von Oktober 2004 bis Februar 2005 eine Pilotstudie realisiert. Im Rahmen der Pilotstudie wird behandlungsbedürftigen jungen (15- bis 20-jährigen) Cannabisabhängigen eine Behandlung angeboten, die auf der

einzig bekannten evidenzbasierten Behandlungsmethode, der so genannten „Multi-dimensionalen Familientherapie“ (MDFT), fußt, die in den USA entwickelt wurde. Die Behandlungsmethode der MDFT hat ihre Wirksamkeit in sechs klinischen Studien in den USA bewiesen; stets konnte ein Rückgang des Cannabisgebrauchs und eine Festigung der Familienbeziehungen nachgewiesen werden. Es wird im Projekt auszuloten sein, inwieweit diese positiven Effekte aus den USA auf Europa bzw. die fünf teilnehmenden Länder übertragbar sind. Die Ergebnisse der Pilotstudie werden in der ersten Jahreshälfte 2005 vorliegen.

2.4. Interaktives Beratungsangebot „quit the shit“

Aus den Erfahrungen der Beratungstätigkeit auf www.drugcom.de, dem Informations- und Beratungsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), wurde das Cannabis-Ausstiegsangebot „quit the shit“ entwickelt, das seit August 2004 online ist. Mit „quit the shit“ finden Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum beenden oder reduzieren wollen, ein speziell auf sie zugeschnittenes anonymes Beratungsangebot auf www.drugcom.de.

Kern der Intervention ist ein interaktives Tagebuch, in dem die Jugendlichen über einen Zeitraum von 50 Tagen regelmäßig – im Idealfall täglich – ihr Konsumverhalten von Cannabis dokumentieren und an das drugcom-Team via Internet senden. Als Antwort erhalten sie von den drugcom-Beraterinnen ein Mal pro Woche individuelle Kommentare und Anregungen, die den jeweiligen Veränderungsprozess fördern sollen. Das Beratungsteam von www.drugcom.de unterstützt jeden Teilnehmer und jede Teilnehmerin bei seinem/ihrer persönlichen Ziel, indem es regelmäßig individuelle Feedbacks und Tipps gibt, online und per E-Mail. Die Teilnahme ist anonym und kostenlos.

2.5. Tagung „Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen“

Unter dem Titel „Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen“ hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung am 29. und 30. November 2004 in Berlin eine Fachkonferenz durchgeführt, zu der Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis eingeladen waren. Ziel der Tagung war zum einen zu klären, wie sich die Konsummuster bei Cannabis in den letzten Jahren verändert haben. Zum anderen wurde diskutiert, welche Strategien der Prävention und Behandlung geeignet sind, um dem problematischen Konsum vor allem unter Jugendlichen zu begegnen.

Überall in Europa nimmt der Cannabiskonsum zu. Auch wenn die große Mehrheit der Konsumenten es bei einem bloßen „Probierkonsum“ belässt, konsumieren gleichzeitig immer mehr junge Leute in exzessivem Ausmaß Cannabis. Hiervon sind besonders junge Männer betroffen, die sich noch in der schulischen bzw. beruflichen Orientierungsphase befinden. Auch ist das Einstiegsalter in den letzten Jahren gesunken. Cannabis ist die einzige illegale Droge, bei der in den letzten Jahren das Durchschnittsalter beim Erstkonsum gesunken ist: Während es 1993 noch bei 17,5 Jahren lag, liegt es zur Zeit bei 16,4 Jahren, wie die aktuelle „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung festgestellt hat.

Frühintervention wurde von den Expertinnen und Experten während der Tagung als besonders wichtig eingeschätzt, weil bekannt ist, dass das Risiko für eine psychische Abhängigkeit umso größer ist, je früher die Jugendlichen Cannabis konsumieren. Das bisherige Hilfesystem ist nicht auf die neuen exzessiven Konsummuster bei Cannabis eingerichtet. Junge Cannabiskonsumanten können nicht mit den gleichen Methoden behandelt werden wie beispielsweise zumeist ältere Alkoholranke oder Opiatabhängige. Ein Ergebnis der Tagung war daher auch die Feststellung, dass das Beratungs- und Therapieangebot stärker auf die Zielgruppe der jugendlichen Cannabiskonsumanten ausgerichtet werden muss. Folgende Handlungsempfehlungen wurden zum Abschluss der Fachtagung verabschiedet:

Handlungsempfehlungen

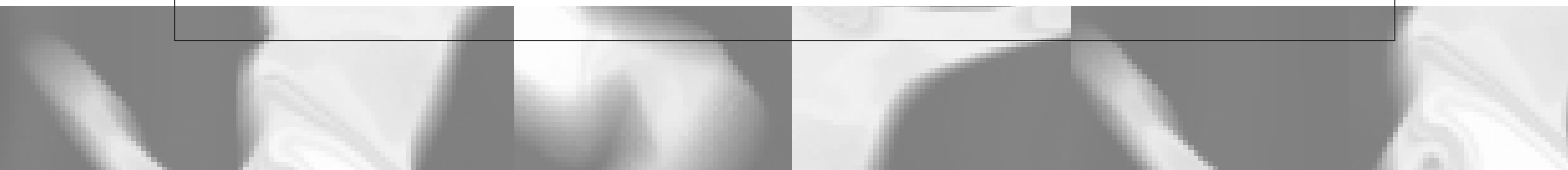
Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis haben sich auf der Fachtagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung „Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen“ am 29. und 30. November 2004 zu einer Risikoabschätzung des Cannabiskonsums beraten und auf folgende Handlungsempfehlungen zur Prävention und Behandlung verständigt:

1. Cannabis ist in Deutschland weiterhin der am häufigsten konsumierte illegale Suchtstoff. Nach einer aktuellen Befragung haben in der Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen bereits 7 % mindestens einmal Cannabis konsumiert. Unter den 18- bis 25-Jährigen hat jeder fünfte Jugendliche Cannabis im letzten Jahr konsumiert, im letzten Monat mehr als jeder siebte. Fast jeder Zweite in dieser Altersgruppe hat mindestens einmal Cannabis probiert. Die Zahl der Cannabiskonsumanten (innerhalb der letzten 12 Monate) der 18- bis 39-Jährigen ist zwischen 1990 und 2003 deutlich von 5 % auf über 12 % gestiegen. Mehr als ein Drittel der Cannabiskonsumanten konsumiert häufig, teilweise mehrfach täglich und häufig in Verbindung mit anderen psychoaktiven Substanzen. Auch in der Europäischen Union steigt der Cannabiskonsum unter Jugendlichen an. Knapp 10 % der Cannabiskonsumanten mit einem häufigen Konsum können als abhängig eingestuft werden.

2. Notwendig ist eine sachliche, glaubwürdige und ideologiefreie Diskussion über das Thema Cannabis. Dies gilt insbesondere auch für Informations- und Präventionsmaßnahmen. Drogenkonsum ist immer mit Risiken verbunden. Die spezifischen Risiken des Cannabiskonsums werden immer noch zu wenig wahrgenommen. Es besteht eine teilweise Besorgnis erregende Unkenntnis über das Risikopotential von Cannabis.
3. Die Bewertung des Cannabiskonsums erfordert eine differenzierte Betrachtung. Die gesundheitlichen Gefahren beim gewohnheitsmäßigen und abhängigen Konsum müssen klar kommuniziert werden. Deutliche Präventionsbotschaften sind wichtig: häufiger Cannabiskonsum ist nicht harmlos, er kann zu physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen. Jugendliche, die in sehr frühem Alter mit dem Konsum beginnen, tragen ein besonders hohes Risiko. Ein Probierkonsum von Cannabis führt nicht automatisch zur Abhängigkeit, er sollte jedoch vor allem hinsichtlich seiner Risiken im Kontext von Schule, Arbeit, Straßenverkehr, bei Dispositionen zu oder vorhandenen psychischen/psychiatrischen Störungen thematisiert werden.
4. Cannabisbezogene Störungen können von Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten über Beeinträchtigungen der Reaktionsgeschwindigkeit und des Urteilsvermögens bis hin zu Depressionen, Phobien und Abhängigkeit reichen. Cannabiskonsum wird auch als Auslöser schizophrener Störungen diskutiert.
5. Präventions- und Informationsmaßnahmen haben riskante Konsummuster und ein frühes Einstiegsalter stärker zu berücksichtigen. Die Maßnahmen müssen zielgruppenspezifisch entwickelt, erprobt und angeboten werden. Erfolgreiche Beispiele und bewährte Strategien der Prävention, wie z. B. „FreD“ (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) oder soziale Trainingskurse müssen besser kommuniziert und übernommen werden.
6. Beratungs- und Therapieangebote sind stärker auf die Zielgruppe der Konsumenten mit riskanten Konsummustern auszurichten. Für diese Zielgruppe muss eine glaubwürdige Kommunikation angeboten werden, die mit der Lebensweise und den Erfahrungen der meist jugendlichen Konsumenten in Einklang steht. Neue und innovative Beispiele mit proaktiver Beratung, wie z. B. „Quit the Shit“ oder „Realize it“ sowie familientherapeutisch orientierte Maßnahmen müssen weiter entwickelt und ihre Ergebnisse evaluiert werden. Ebenso sind grenzüberschreitende Erfahrungen miteinzubeziehen.
7. Der Aufbau von Netzwerken zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen, der Suchthilfe, der Jugendhilfe, dem Bildungsbereich (insbesondere Schulen) und Elterninitiativen ist für eine frühere Erreichbarkeit von Konsumenten mit einem riskanten Konsum und der Vermittlung eines professionellen Beratungs- oder Therapieangebotes von entscheidender Bedeutung. Über diese Netzwerke soll der wichtige Austausch von Informationen und Erfahrungen als umfassender „best-practice-Transfer“ gefördert und unterstützt werden. Insbesondere muss die Kooperation von Jugend- und Drogenhilfe verbessert werden. Neben Ressourcen für die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankungen sollten auch Angebote zur Nachsorge

zur Verfügung stehen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Suchthilfesystem ist eine suchtmmedizinische wie entwicklungspsychologische Weiterqualifizierung zu cannabisbezogenen Störungen zu empfehlen, um frühzeitiger angemessene Hilfen leisten zu können.

3. Prävention



3. Prävention

3.1. Reduzierung des Tabakkonsums

3.1.1. „Rauchfrei“-Kampagne

„Rauchfrei“ ist der Titel der nationalen Dachkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Förderung des Nichtrauchens. Im Zuge der Weiterentwicklung und Aktualisierung der Kampagne sind im Verlauf des Jahres 2004 zahlreiche Materialien in einer neuen Gestaltungslinie für die Allgemeinbevölkerung und für spezifische Zielgruppen erstellt worden.

Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“

Unter dem Titel „Ja, ich werde rauchfrei!“ wird allen aufhörwilligen Rauchern eine praktische Anleitung gegeben, wie sie erfolgreich den Weg in die Rauchfreiheit antreten können. Die neu gestaltete Broschüre beschreibt sehr verständlich jeden einzelnen Schritt von der Vorbereitung des Rauchverzichts, 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.

START-Paket „Rauchfrei“

Nikotin ist ein stark abhängig machendes Gift. Wer einen hohen Zigarettenkonsum hat und über lange Zeit geraucht hat, bei dem ist die Zigarettenabhängigkeit oft sehr stark ausgeprägt – diese Personen haben besonders viel Mühe, auf das Rauchen zu verzichten. Oft werden mehrere Anläufe gemacht, bis es gelingt, endgültig von der Zigarette loszukommen.

Damit der Rauchverzicht gelingt, hat die BZgA das START-Paket zum Rauchverzicht zusammengestellt. Das Paket bietet umfassende Hilfe für den aufhörwilligen Raucher. So findet man in dem 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. Darüber hinaus erhalten aufhörwillige Raucher mit dem START-Paket zum Rauchverzicht die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“ mit der praktischen Anleitung, wie die Abhängigkeit von der Zigarette überwunden werden kann, und einen informativen „Nichtraucherkalender für die ersten 100 Tage“.

Das START-Paket zum Nichtrauchen soll in erster Linie denjenigen Raucherinnen und Rauchern helfen, ihre Nikotinabhängigkeit zu überwinden, die schon lange Jahre und viel geraucht haben. Je früher der Ausstieg aus dem Rauchen erfolgt, umso besser. Denn der Gewinn an zusätzlichen Lebensjahren, die nicht durch Rauchen verschenkt werden, ist beachtlich. Eine aktuelle Studie zeigt, dass Raucher, die im Alter von 30 Jahren aufhören zu

rauchen, etwa 10 Lebensjahre gewinnen und fast die Lebenserwartung lebenslanger Nichtraucher erreichen. Wer im Alter von 40 Jahren mit dem Rauchen aufhört, gewinnt im Vergleich zu denen, die weiter rauchen, noch neun wertvolle Jahre an Lebenszeit. Selbst wer im Alter von 60 Jahren auf den Zigarettenkonsum verzichtet, verlängert sein Leben noch um durchschnittlich 3 Jahre.

Dass die BZgA mit dem START-Paket auf großes Interesse bei den aufhörwilligen Rauchern stößt, zeigte das rege Interesse an dem Paket, nachdem es im Dezember 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Innerhalb kurzer Zeit war die erste Auflage von 125.000 Exemplaren vergriffen.

Beratungs-Hotline zum Nichtrauchen

Die BZgA bietet nicht nur schriftliches Informationsmaterial zum Rauchverzicht, sondern hat in Ergänzung 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 Betroffene 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, Raucherinnen und Rauchern Hilfestellungen bei der Rauchentwöhnung zu geben.

Die Beratungskräfte der BZgA-Nichtraucher-Hotline sind 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 erreichbar. Wer Fragen zum Thema „Rauchen“ hat, eine individuelle Beratung zum Rauchverzicht sucht, Adressen von Beratungsstellen vor Ort oder Informationsmaterial zum Thema „Nicht- rauchen“ benötigt, kann sich an die Nichtraucher-Hotline wenden.

„rauchfrei“ in der Schwangerschaft und als junge Eltern

Die im Zigarettenrauch enthaltenen giftigen Stoffe werden nicht nur durch die Raucher mit dem Rauch inhaliert, sondern verbreiten sich – z. B. beim Glimmen der Zigarette im Aschenbecher – in der Raumluft und werden so auch von Nichtrauchern eingeatmet. Die Konzentrationen giftiger Stoffe in Räumen, in denen geraucht wird, übersteigt dabei sogar die Konzentration der Giftstoffe, die die Raucher mit einem Zug an der Zigarette direkt aufnehmen. So sind zum Beispiel stark krebserregende Stoffe aus der Gruppe der Nitrosamine in der tabakrauchverunreinigten Innenraumluft um bis zu hundertmal stärker konzentriert als im so genannten Hauptstromrauch – dem Rauch, den die Raucher einatmen. Der Giftstoff Ammoniak ist sogar bis zum Hundertsiebzigfachen stärker im Zigarettenqualm der Raumluft konzentriert als im inhalierten Zigarettenrauch.

Kleine Kinder sind besonders gefährdet, durch die Folgen des Passivrauchens gesundheitlichen Schaden zu nehmen. 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 nehmen Kleinkinder in Relation zu ihrem Körpergewicht mehr Atemluft als Erwachsene auf. So atmen sie im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht deutlich mehr giftige Substanzen ein. Als Folge atmen Kinder in einem verqualmten Raum pro Stunde so viele Giftstoffe ein, als würden sie selbst eine Zigarette rauchen. Wenn Kinder dem Passivrauchen ausgesetzt sind, wird das Abwehrsystem ihres Körpers geschwächt, was eine höhere Krankheitsauffälligkeit zur Folge hat. Sie erkranken häufiger an schweren, gefährlichen Krankheiten, wie z. B. Asthma und anderen chronischen Atemwegserkrankungen, Lungentzündungen und Bronchitis. Weiterhin sind sie häufiger von chronischen Mittelohrentzündungen getroffen.

Von den Folgen des passiven Mitrauchens sind Kinder auch schon während der Schwangerschaft betroffen. Um werdende Eltern über die Konsequenzen des Rauchens während der Schwangerschaft zu informieren und Gynäkologinnen und Gynäkologen einen Leitfaden zur Beratung zum Rauchverzicht anzubieten, sind der Beratungsleitfaden „Rauchfrei in der Schwangerschaft“ und die Broschüre „Ich bekomme ein Baby – rauchfrei“ überarbeitet und durch die BZgA neu aufgelegt worden.

Damit Eltern von Kleinkindern besser über die Folgen des Passivrauchens informiert werden, hat die BZgA das Faltblatt „Ihr Kind raucht mit ... – Was Sie über Passivrauchen wissen sollten“ entwickelt. Die Konsequenzen, die das Mitrauchen für die Kinder hat, werden anschaulich dargestellt und Tipps zum Schutz vor Passivrauchen vermittelt.

Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“

Bereits im Jahr 2002 ist eine Änderung in der Arbeitsstättenverordnung in Kraft getreten, die einen wirksamen Nichtraucherschutz in Betrieben verpflichtend macht. Die gesetzliche Regelung 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 besonders herausragende Stellung kommt Krankenhäusern als betriebliche Einrichtungen bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu. Nichtraucherschutz im Krankenhaus sollte eine Selbstverständlichkeit sein. Dabei geht es aber nicht allein um den Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher unter den Beschäftigten. Ein Krankenhaus ist Aufenthaltsort für Menschen, die genesen wollen, und hat daher eine weitergehende Vorbildfunktion zu erfüllen und einen umfassenden Beitrag zu leisten, um so gesundheitsschädigende Verhaltensweise wie das Rauchen zu reduzieren. Wirksamer betrieblicher Nichtraucherschutz sollte sowohl Maßnahmen der Beschäftigten zum Schutz vor Passivrauchen als auch Angebote an die rauchenden Beschäftigten zum Rauchverzicht enthalten. In Kranken-

häusern sind darüber hinaus der Schutz der Patientinnen und Patienten vor dem Passivrauchen und Angebote zur Nikotinentwöhnung an die rauchenden Patientinnen und Patienten weitere notwendige Bestandteile eines umfassend organisierten betrieblichen Gesundheitsschutzes mit dem Ziel der Förderung des Nichtrauchens.

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 will Planungs- und Durchführungsvorschläge geben, so dass die einzelnen Häuser den für sie richtigen Weg zum Nichtraucherschutz finden können. Die Erfahrungen mit dem Manual sollen im Jahr 2005 im Rahmen eines Projektes dokumentiert und für die weitere Optimierung des Arbeitshandbuchs ausgewertet werden.

3.1.2. Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention „Tabakprävention vor Ort“

Nach den positiven Erfahrungen des ersten Wettbewerbs „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ im Jahr 2002 stand im Wettbewerb des Jahres 2003/04 mit der Themensetzung „Tabakprävention vor Ort“ eine einzelne Suchtsubstanz im Mittelpunkt. Das Thema „Tabakprävention“ spiegelt eine wichtige bundespolitische Schwerpunktsetzung der Gesundheitsförderung wider. Denn das Ziel, den Tabakkonsum in Deutschland zu reduzieren, ist eines der sechs vorrangigen Gesundheitsziele, die die Bundesregierung im Jahr 2001 festgelegt hat.

Eine erfolgreiche Strategie zur Tabakprävention setzt sich aus einer Kombination von verhältnisbezogenen und verhaltensbezogenen Maßnahmen zusammen. Wie auch immer dieser „Policy Mix“ gestaltet wird, die kommunale Ebene ist von entscheidender Bedeutung für die Realisierung und Ausgestaltung von Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens. Dort entscheidet sich, ob es gelingt, das Nichtrauchen als allgemein anerkannte Verhaltensnorm, die in die Lebenswirklichkeit der Menschen integriert ist, zu etablieren.

In dem Wettbewerb wurde erstmalig der Versuch unternommen, einen aussagekräftigen Überblick über die in den Kommunen zur Prävention des Tabakkonsums geleisteten Aktivitäten und damit eine Grundlage für den kommunalen Erfahrungsaustausch über die Grenzen einzelner Bundesländer hinweg zu erlangen. Dass dies möglich war, ist in erster Linie den Kommunen zu verdanken, die sich an dem Wettbewerb beteiligt haben. Die Tatsache, dass nur 47 Wettbewerbsbeiträge im Vergleich zu den 220 Beiträgen im ersten Wettbewerb eingereicht wurden, macht deutlich, dass es beim Thema „Tabakprävention“ noch ein großes Entwicklungspotenzial auf der kommunalen Ebene gibt.

Die Ausschreibung forderte ausdrücklich, dass es sich um bereits realisierte Projekte handeln musste. Zahlreiche Kommunen, die in Voranfragen den Wettbewerbsorganisatoren mitteilten, dass sich ihre Projekte noch im Planungsstadium befänden, mussten aus diesem Grund auf eine Teilnahme an dem Wettbewerb verzichten. Es war also über die eingereichten Beiträge hinaus häufig ein Aufbruch zu einer verstärkten Förderung des Nichtrauchens und zur Entwicklung von Maßnahmen zur Tabakprävention erkennbar, so dass der Wettbewerb zum richtigen Zeitpunkt stattfand, um für die künftige Entwicklung der kommunalen Tabakprävention deutliche Zeichen zu setzen.

Wesentlich für eine Senkung des Tabakkonsums sind die Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen, die Aufforderung und das Angebot zum Ausstieg aus dem Konsum sowie Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen. Die Wettbewerbsbeiträge zeigen, dass dies in ganz unterschiedlichen kommunalen Handlungsfeldern umgesetzt wird. In den teilnehmenden Kommunen spielten insbesondere folgende Bereiche eine Rolle:

- Schulen;
- außerschulische Kinder- und Jugendarbeit, Elternarbeit, Sport;
- lokale Kampagnen, Wettbewerbe, Ausstellungen;
- Kommunalverwaltungen, öffentliche Gebäude und Unternehmen;
- Arztpraxen und Kliniken;
- private Unternehmen und Betriebe;
- Öffentlicher Raum (Plakatwerbung, Zigarettenautomaten, Spielplätze usw.).

In der Zusammenschau der eingereichten Wettbewerbsbeiträge fällt auf, dass Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen einen Schwerpunkt darstellen. Der zentrale Ort zur Förderung des Nichtrauchens ist dabei das Setting „Schule“. Der Ansatz, Kinder und Jugendliche vom Nichtrauchen so zu überzeugen, dass sie gar nicht erst mit dem Tabakkonsum beginnen, wird in seinem Erfolg davon beeinflusst, ob es gelingt, auch in anderen öffentlichen Lebensbereichen deutlich zu machen, dass Nichtrauchen zur bevorzugten Lebensweise von Erwachsenen gehört. Hierzu sind besonders bei den prämierten Beiträgen modellhafte Ansätze zu finden. Preiswürdig waren solche Wettbewerbsbeiträge, in denen mehrere der genannten Handlungsfelder im Rahmen einer kommunalen Strategie – also nicht nur isolierte Einzelmaßnahmen – realisiert wurden.

Mit diesem zweiten kommunalen Wettbewerb wurde ein weiterer Schritt getan, den notwendigen Erfahrungsaustausch auf kommunaler Ebene über ein zentrales Thema der Suchtprävention anzustoßen und Impulse für die Weiterentwicklung der Tabakprävention vor Ort zu geben. Die Ergebnisse des Wettbewerbs wurden in einer Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Urbanistik (2004) zusammengefasst und geben einer breiten Öffentlichkeit die Möglichkeit, sich über die kommunalen Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens zu informieren und für die eigenen Aktivitäten Vergleichswerte und Anregungen zu gewinnen.

3.1.3. Wettbewerb „Rauchfrei 2004“

Der Wettbewerb „Rauchfrei 2004“ hatte zum Ziel, möglichst viele Raucherinnen und Raucher dazu zu bewegen, mindestens vier Wochen lang – vom 1. Mai 2004 an – nicht zu rauchen. „Rauchfrei 2004“ sollte ermutigen, motivieren und vielen, die bereits gescheiterte Aufhörversuche hinter sich hatten, helfen, erneut einen Versuch zu unternehmen. Bedeutsam für die Entscheidung zur Teilnahme war auch das Gefühl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, nicht allein zu sein: Zehntausende machten mit. Die positive Einstellung zu einem rauchfreien Leben konnte von der ganzen Familie, dem Freundeskreis und den Kollegen mitgetragen werden, da sie alle – auch als Nichtraucher – mitmachen konnten. Nichtraucher wurden ermutigt, Raucher bei ihrem Vorhaben zu unterstützen. „Rauchfrei 2004“ richtete sich auch an Jugendliche.

„Rauchfrei 2004“ war auch Teil einer internationalen Nichtraucherkampagne. Deutschland stand mit einer Teilnehmerzahl von 90.184 weltweit an der Spitze der größten internationalen Nichtraucherkampagne „Quit & Win 2004“ – gefolgt von Kuba mit 81.851 und Russland mit 60.134 Teilnehmern. Insgesamt nahmen über 700.000 Raucher aus 73 Ländern teil und versuchten den Start in ein rauchfreies Leben. Es konnte festgestellt werden, dass es für die Teilnehmer einen Anreiz darstellte, Geldpreise zu gewinnen. Neben den deutschen Preisen im Gesamtwert von 10.000 € sind noch ein europäischer Preis in Höhe von 2.500 \$ und ein internationaler Superpreis von 10.000 \$ ausgelost worden. Der Gewinner des internationalen Superpreises kam dieses Jahr aus Deutschland.

Eine weitere Besonderheit von „Rauchfrei 2004“ war das Zusammenwirken von staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen. An erster Stelle ist hier die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu nennen, ohne deren Förderung die Kampagne nicht realisierbar gewesen wäre. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (dkfz) hatte die Koordinierung der vielfältigen Aktivitäten übernommen, welche von einer Vielzahl medizinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften und freier Verbände unterstützt wurden. Wichtig für die Verbreitung der Teilnahmekarten war die flächendeckende Beteiligung aller Apotheken in Deutschland. Aber auch eine große Zahl von Arztpraxen, Kliniken, Suchtberatungsstellen und Gesundheitszentren beteiligten sich. Eine herausragende Rolle spielte bei der diesjährigen Aktion – der „Rauchfrei“-Wettbewerb wurde auch schon 2000 und 2002 durchgeführt – die hohe Beteiligung der Betriebe. Mehr als 1.537 Unternehmen informierten ihre Beschäftigten über „Rauchfrei 2004“ und organisierten darüber hinaus zahlreiche Aktivitäten, wie z. B. Gesundheitstage, Tabakentwöhnungskurse und Rauchersprechstunden. Viele Unternehmen nahmen „Rauchfrei 2004“ zum Anlass, ihre Maßnahmen zum Nichtraucherschutz zu überdenken und auszuweiten. Bedeutsam waren u. a. Aktionen mit der Deutschen Bahn, DaimlerChrysler, Volkswagen, Fraport, Deutsche Telekom, SAP, Siemens, Degussa, Schott-Zeiss, Robert Bosch, BMW, IKEA, Deutsche Lufthansa, Deutsche Post, Hewlett-Packard, Haribo, IBM, Heidelberger Druckmaschinen, BASF und Thyssen Krupp.

An „Rauchfrei 2004“ beteiligten sich auch alle führenden Krankenkassen. Eine besondere Stellung nahmen dabei die AOK und die Barmer Ersatzkasse ein, welche flächendeckend in allen Geschäftsstellen Teilnahmefaltblätter bereit hielten. Viele Krankenkassen veranstalteten Betriebsaktionen und führten in Zusammenarbeit mit Arbeits- und Betriebsmedizinern Gesundheitstage mit Schwerpunktprogrammen zur Tabakentwöhnung durch.

Der Bekanntheitsgrad von „Rauchfrei 2004“ wurde in erster Linie durch redaktionelle Berichterstattung erreicht. Da die Aktion nicht durch bezahlte Werbung getragen werden kann, ist umfangreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eine der Hauptaufgaben der Koordinierungsstelle am Deutschen Krebsforschungszentrum. „Rauchfrei 2004“ wurde auf 8 Pressekonferenzen, in 17 Pressemitteilungen und 27 Agenturmeldungen präsentiert. Berichterstattung erfolgte in 645 Artikeln mit einer Auflage von mehr als 100 Mio. Stück. Hinzu kamen 159 Fernsehsendungen mit einer Reichweite von 78,6 Mio. Zuschauern und in 101 Hörfunksendungen. Auch die Internetpräsenz trug sehr zum Erfolg der Kampagne bei: Google listete 36.300 Links unter dem Suchbegriff „Rauchfrei 2004“, Yahoo sogar 81.500 Links. Im Website-Ranking bei Google zum Begriff „Rauchen“ stand www.rauchfrei2004.de auf Platz 1. Die Homepage www.rauchfrei2004.de verzeichnete mehr als 1 Mio. Besucherinnen und Besucher.

Der Erfolg dieser Aktion wird zunächst gemessen an der Teilnehmerzahl. Der langfristige Erfolg der Aktion jedoch liegt in der dauerhaften Einhaltung des Nichtrauchens. Diese ist bei den beiden Aktionen in den Jahren 2000 und 2002 in Stichprobenbefragungen 12 Monate später überprüft worden. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Jahres 2000 gab ein überraschend hoher Prozentsatz von 30 % an, seit der Teilnahme an dem Wettbewerb Nichtraucherin bzw. Nichtraucher geblieben zu sein. Die Abstinenzquote von 2002 lag bei 22 %, weitere 39 % gaben an, ihren Zigarettenkonsum deutlich reduziert zu haben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren schon recht erfahren in Ausstiegsversuchen. So gaben fast 90 % an, mindestens schon einen Ausstiegsversuch hinter sich zu haben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befanden sich vorwiegend im Alter zwischen 25 und 44 Jahren und rauchten mehr als 15 Zigaretten täglich. Es waren vor allem die langjährigen Raucherinnen und Raucher, die sich an dieser Aktion beteiligten, denn 25 % rauchten bereits 10 bis 19 Jahre und fast 50 % mehr als 20 Jahre. Dieser Erfolg ist ermutigend und zeigt, dass solche Aktionen ein wichtiger Baustein der Tabakentwöhnung geworden sind.

3.1.4. Tabakprodukt-Verordnung

Warnhinweise

Die Tabakprodukt-Verordnung vom 20. November 2002 setzt die „Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen“ in das deutsche Recht um. Gemäß Tabakprodukt-

Verordnung sind seit 1. Oktober 2003 Warnhinweise auf den Verpackungen von Tabakerzeugnissen anzugeben, die die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums deutlich vor Augen halten. Die in § 11 Abs. 1 Satz 2 der Tabakprodukt-Verordnung geregelte Übergangsfrist zum Abverkauf von Zigaretten ohne die neuen ergänzenden Warnhinweise ist am 30. Juni 2004 abgelaufen.

„Piktogramme“

Die EU-Kommission hat gemäß Artikel 3 Abs. 1 der „Entscheidung 2003/641/EG der Kommission vom 5. September 2003 über die Verwendung von Farbfotografien oder anderen Abbildungen als gesundheitsbezogene Warnhinweise auf Verpackungen von Tabakerzeugnissen“ eine Bibliothek mit Quelldokumenten zu den kombinierten Warnhinweisen bereitgestellt. Sofern die Mitgliedstaaten die Bildwarnhinweise national anwenden wollen, müssen sie ausschließlich aus dieser Quelldatei stammen. Der von der Kommission vorgelegte Entwurf für die Bibliothek enthält 42 Quelldokumente mit kombinierten Warnhinweisen, die sich aus jeweils drei Bildvariationen pro ergänzendem Warnhinweis ergeben. Die darin enthaltenen kombinierten Bildwarnhinweise wurden vom damaligen EU-Gesundheitskommissar David Byrne am 20. Oktober 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt und können auf der Internetseite der Europäischen Kommission in den jeweiligen Landessprachen eingesehen werden:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/ev_20041022_en.htm

Eine Entscheidung der Kommission über die Bibliothek mit ausgewählten Quelldokumenten von Farbfotografien oder anderen Illustrationen für die ergänzenden Warnhinweise liegt noch nicht vor.

3.1.5. Tabakrahmenkonvention

Die deutsche Tabakpräventionspolitik wird auch auf internationaler Ebene wirksam flankiert. Nach mehrjährigen Verhandlungen wurde im Mai 2003 das Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Tabakrahmenübereinkommen) durch die Weltgesundheitsversammlung angenommen. Das WHO-Tabakrahmenübereinkommen ist die erste Konvention der Vereinten Nationen, die sich in einer umfassenden, politikbereichübergreifenden Weise den Gesundheitsschutz zum vornehmlichen Ziel gesetzt hat. Das Tabakrahmenübereinkommen enthält eine Bündelung von Maßnahmen, durch die die Verbreitung und der Gebrauch von Tabakprodukten eingeschränkt und das Nichtrauchen gefördert werden sollen (Warnaufdrucke, verbesserte Aufklärung, verbesserter Jugendschutz usw.).

Deutschland hat am 16. Dezember 2004 das Übereinkommen ratifiziert. Maßgeblich dafür war das Gesetz zum Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, das die Bundesregierung dem Bundestag und dem Bundesrat zur

Beschlussfassung vorgelegt hat. Das Übereinkommen, das seit 28. Februar 2005 Bestandteil des internationalen Rechts ist, trat in Deutschland am 16. März 2005 in Kraft. Damit gehört Deutschland zu den ersten Staaten innerhalb der Europäischen Union, die die Tabakrahmkonvention in nationales Recht umgesetzt haben.

3.2. Leitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“

Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland rund neun Millionen Menschen einen risikanten Umgang mit Alkohol aufweisen. Etwa 1,6 Mio. Menschen werden als alkoholabhängig eingestuft. Eine suchtspezifische Therapie erhalten jedoch nur rund 5–10 % dieser Menschen. Diesem Missverhältnis soll begegnet werden, indem die Kenntnis genutzt wird, dass mehr als 80 % der Menschen mit einem Alkoholproblem regelmäßig mindestens einmal jährlich ihren Hausarzt aufsuchen. Die Arztpraxen stellen damit eine wichtige Schnittstelle zwischen Diagnostik, Beratung und Therapie dar.

Von Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stehen im Rahmen der Kampagne „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze“ u. a. die Broschüre „Alles klar – Tipps & Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ und „Alkoholfrei leben – Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen“ zur Weitergabe an Patienten zur Verfügung. Erwiesenermaßen kann durch gezielte Intervention schon in frühen Stadien der Suchtkarriere eine Umkehr eingeleitet werden. Viele Ärztinnen und Ärzte verhalten sich jedoch eher passiv, weil sie sich dieser Problematik im Arbeitsalltag oft nicht gewachsen sehen. Um Unterstützung und Hilfestellung bei der Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen für die hausärztliche Praxis anzubieten, hat die BZgA gemeinsam mit der Bundesärztekammer im Oktober 2001 im Rahmen der Kampagne „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze“ das Manual „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ herausgegeben und in hoher Auflage durch gezielte Versandaktion Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt.

Um einen genauen Einblick in den Gebrauch des Beratungsleitfadens und in die Wahrnehmung der ergänzenden Fortbildungsangebote zu erhalten, wurde mit Unterstützung der Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) 2003 eine Längsschnittuntersuchung in Niedersachsen durchgeführt. Das Evaluationsprojekt kam zu folgenden Ergebnissen:

Ausgangssituation in den Arztpraxen

- In die Praxen der niedergelassenen Ärzte kommen regelmäßig Patienten mit Alkoholproblemen. Pro Monat betreut jeder dritte aus der Stichprobe rund 10 bis 20 alkoholgefährdete Patienten und 5 bis 10 Abhängige.

- Dabei steht nicht die Alkoholproblematik im Vordergrund des Arztbesuchs, diese muss stets gezielt seitens des Arztes angesprochen werden.
- Das Interesse der Ärzte an einer qualifizierten Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen ist hoch. Sie sind jedoch vielfach unsicher im Umgang mit dieser Patientengruppe und scheuen daher die direkte Ansprache des Problems.
- Das Engagement und die Bereitschaft zur eigenen Fortbildung hinsichtlich alkoholbezogener Interventionen ist bei den Ärzten sehr stark ausgeprägt.

Distribution des BZgA-Beratungsleitfadens

- Der von der BZgA gemeinsam mit der NLS versandte Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis wurde nur von knapp der Hälfte der angeschriebenen Ärzte wahrgenommen. Der postalische Versand eines Beratungsleitfadens erreicht nachgewiesenermaßen trotz des Begleitschreibens nur einen Teil der Zielgruppe.
- Genutzt hatte den Beratungsleitfaden bis zum Zeitpunkt der Fortbildung nur jeder Vierte der Ärzte, die ihn überhaupt wahrgenommen hatten.
- Ausschlaggebend für die Wahrnehmung und Nutzung des Beratungsleitfadens sind weder Form, Farbe noch Titel, sondern vielmehr Empfehlung und Präsentation.

Beurteilung des Beratungsleitfadens durch die Zielgruppe

- Bei dem von der BZgA entwickelten Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis handelt es sich aus Sicht der Ärzte um einen gelungenen Baustein für die Entwicklung und Förderung der ärztlichen Beratungskompetenz.
- Mit seiner Vielzahl an Informationen und Hinweisen bietet der Beratungsleitfaden eine breite Unterstützung für die Ärzte an.
- Die Bereitschaft der Ärzte, den Beratungsleitfaden anzunehmen und zu nutzen, kann durch thematische Fortbildungen deutlich erhöht werden.

Optimierung der Akzeptanz durch Fortbildungen

- Der Beratungsleitfaden bedarf, um seine Akzeptanz zu erhöhen, der Ergänzung durch Fortbildungen, die sowohl einen Zugang zu dem Beratungsinstrument schaffen sowie Praxisanleitungen für Kurzinterventionstechniken bieten.
- Der Beratungsleitfaden trägt gemeinsam mit den Fortbildungen dazu bei, dass Ärzte gezielter auf Alkoholprobleme achten, sich sicherer im Umgang mit Alkoholpatienten fühlen und diese auf ihre Problematik ansprechen.
- Eine Einbindung in Angebote der Ärztekammer und Fortbildungsakademien erleichtert die Akzeptanz der Fortbildungsangebote seitens der Ärzte.

3.3. Migration und Sucht

3.3.1. Projekte zur Suchtprävention des Bundesministeriums des Innern

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Migration und Sucht. Die beste Suchtprävention ist Integration der Migrantinnen und Migranten. Deshalb fördert das Bundesministerium des Innern (BMI) zahlreiche Maßnahmen zur Integration. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere das Projekt „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund seit 1989 durchgeführt wird. Im Jahr 2001 ist das Projekt, das bis zu diesem Zeitpunkt unter dem Titel „Sport mit Aussiedlern“ geführt wurde, für weitere Zielgruppen (Ausländer und benachteiligte deutsche Jugendliche) geöffnet worden. Im Haushaltsjahr 2004 wurden hierfür rund 5,7 Mio. € bereitgestellt.

Außerdem sind im Haushaltsjahr 2004 aus Integrationsmitteln des BMI acht Modellmaßnahmen zur Suchtprävention an acht Standorten, insbesondere für drogengefährdete und -abhängige Aussiedler, gefördert worden. Da Aussiedler die Regelangebote häufig von sich aus nicht nutzen, werden hierbei mittels gezielter sozialpädagogischer Betreuung drogengefährdete bzw. -abhängige Aussiedler veranlasst, die Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Projekte:

PROJEKTLISTE

1. Projekt: Kooperatives Streetwork bei Spätaussiedlern in der Drogenszene
Projektort: Bonn
Träger: Stadt Bonn

Projekthinhalte/Ziele:

- Durchführung einer Bedarfsanalyse für den Suchthilfebereich, Erstellung eines Handlungsplans und Thematisierung der Erkenntnisse in einem Arbeitskreis;
- Vernetzung der verschiedenen Angebote des Gesundheitswesens, der Aussiedlerhilfe, der Jugendhilfe, der Drogenhilfe und des sozialen Bereichs;
- Vermittlung von Selbstbewusstsein und Chancen zur Selbsthilfe.

Fazit:

Die Umsetzung der Ziele erfolgt durch zwei Mitarbeiter. Das Projekt widmet sich zusätzlich den gesundheitlichen Gefahren beim Drogenkonsum, z. B. der Infektion mit HIV oder Hepatitis durch Spritzentausch.

2. Projekt: Suchtprävention für junge Spätaussiedler in Würzburg
Projektort: Stadt Würzburg
Träger: Arbeiterwohlfahrt Unterfranken

Projekthinhalte/Ziele:

- suchtmittelunspezifische Interventionsmöglichkeiten (z. B. Hinführung in einen geordneten Ausbildungsgang, sinnvolle Arbeits- und Freizeitgestaltung);
- suchtmittelspezifische Maßnahmen, um der Zielgruppe zu helfen, sich andere Verhaltensweisen anzutrainieren;
- Stärkung der sozialen Kompetenz.

Fazit:

Schwerpunkt der drogenpräventiven Arbeit ist das Selbstsicherheitstraining nach der GSK-Methode (Gruppentraining Sozialer Kompetenzen). Durch Testverfahren sollen die Auswirkungen in den relevanten Bereichen „Soziale Orientierung“, „Leistungsorientierung“, „Offenheit und Extraversion“ festgestellt werden. Ergänzend werden suchtpräventive Angebote, z. B. an Schulen, unterbreitet.

3. Projekt: Prävention und aufsuchende Sozialarbeit mit suchgefährdeten Spätaussiedlern im Kreis Lippe
Projektort: Kreis Lippe
Träger: Drogenberatung e. V.

Projekthinhalte/Ziele:

- kontakt-, beziehungs- und gemeinwesenorientierte Sozialarbeit, um die Zielgruppe an die Regeldienste und deren weiterführende Angebote heranzuführen;
- Entwicklung zielgruppenorientierter Präventionsprojekte und deren Durchführung in Kooperation mit Schulen, Jugendzentren, Bildungsträgern;
- Einführung eines speziellen Schulprogramms „Suchtprävention“ an zwei örtlichen Schulen.

Fazit:

Dieses umfassende Projekt zur Suchtprävention widmet sich zusätzlich den gesundheitlichen Gefahren beim Drogenkonsum durch aufklärende Arbeit im Bereich Gesundheitsvorsorge (Aids, Hepatitis).

4. Projekt: Netzwerk Drogen und Suchtprobleme in der Integrationsarbeit mit Spätaussiedlern

Projektort: Berlin

Träger: Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA),
Regionalverband Berlin/Brandenburg e. V.

Projekthalte/Ziele:

- Bestandsaufnahme der allgemeinen spezifischen Angebote für Spätaussiedler und russischsprachige Zuwanderer in Berlin;
- Einrichtung einer Expertengruppe aus Vertretern der Projekte der Migrationsarbeit, Schlüsselpersonen aus der Spätaussiedlergemeinschaft und Vertretern der psychosozialen Versorgung mit Schwerpunkt Drogen- und Suchthilfe;
- unmittelbar zielgruppenorientierte Arbeit (Drogen- und Gesundheitsaufklärung, z. B. in Freizeitstätten, Vereinen; niedrigschwellige Informationsangebote über Ausstiegsmöglichkeiten).

Fazit:

Der Projektschwerpunkt wird im Hinblick auf komplexe Strukturen in Berlin bei der Sichtung und Koordinierung suchtspezifischer Angebote gebildet. Die Gewinnung von Multiplikatoren ist dabei ebenso Bestandteil wie der Aufbau und die Begleitung von Selbsthilfegruppen.

5. Projekt: Suchtprävention, Hilfe zur Selbsthilfe

Projektort: Wismar

Träger: Diakonieverein des Kirchenkreises Wismar e. V.

Projekthalte/Ziele:

- Befähigung der Projektteilnehmer, Alkohol- und Drogenprobleme wahrzunehmen und zu thematisieren;
- Befähigung der Projektteilnehmer zum Umgang mit den Angeboten des sozialen Hilfesystems vor Ort, um diese auch in Anspruch zu nehmen;
- Vermittlung von Informationen über die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von Alkohol und Drogen sowie Aufzeigen der rechtlichen Gegebenheiten und Konsequenzen.

Fazit:

Neben der direkten Auseinandersetzung mit dem Thema Drogen soll zur Fort- und Weiterbildung motiviert und sinnvolles Engagement, z. B. in Vereinen und ehrenamtlichen Tätigkeiten, als Alternativen aufgezeigt werden.

6. Projekt: Sozialraumbezogene Integrationsarbeit mit drogenkonsumierenden bzw. -abhängigen jugendlichen Aussiedlern
Projektort: Kreis Weser-Ems
Träger: Kreis Emsland

Projekthalte/Ziele:

- Gremien- und Netzwerkarbeit durch Teilnahme des Projektpersonals und Mitarbeit in dem Arbeitskreis „Integration junger Aussiedler im Landkreis Emsland“ sowie den örtlichen Präventionsräten und Runden Tischen;
- einzelfallbezogene sozialpädagogische Arbeit einer Schlüsselperson zur Betreuung drogenkonsumierender bzw. -abhängiger Jugendlicher und ihrer Familien in Kooperation mit der Drogenberatung, Einrichtungen und Behörden (Sozial-, Jugend-, Arbeitsamt, Polizei usw.);
- Anbindung an die offene Jugendarbeit insbesondere in Jugendzentren.

Fazit:

Im Landkreis Emsland sollen sozialraumbezogene Sozialarbeit und die direkte Arbeit mit den betroffenen Jugendlichen gleichgewichtig entwickelt werden. Hierzu sind kreisweite koordinierende Tätigkeiten notwendig.

7. Projekt: Leben in der neuen Welt, Chancen und Risiken
Projektort: Aachen
Träger: DRK Kreisverband Aachen

Projekthalte/Ziele:

- ursachenorientiertes Herangehen an die Suchtproblematik;
- ganzheitliche Aufklärung über Sucht;
- Befähigung, Konflikte suchtmittel- und gewaltfrei zu lösen.

Fazit:

Als eine mögliche Suchtursache soll mangelndes Selbstwertgefühl durch Wissensvermittlung gemindert werden. Außerdem werden die Betroffenen an Beratungsstellen sowie an örtliche Vereine zur sinnvollen Freizeitgestaltung herangeführt.

8. Projekt: Sekundäre Suchtprävention mit spätausgesiedelten jungen Menschen in Münster („SeM“)

Projektort: Münster

Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Projekthinhalte/Ziele:

- Erhebung des Gebrauchs von Suchtmitteln mittels des „Rapid Assessment and Response“ (RAR) unter Einbeziehung geschlechtsspezifischer Aspekte (gender mainstreaming), inkl. Sozial-, Alters- und Geschlechtsstruktur bei suchtmittelkonsumierenden Spätaussiedlern;
- Umsetzung der gewonnenen Informationen in passgenaue Interventionen;
- Durchführung von Peer-Trainings mit Jugendlichen, die innerhalb ihrer Sozialgruppe Einfluss haben;
- Erstellung eines Manuals zur nachhaltigen (bundesweiten) Nutzung der Informationen und Ergebnisse;
- externe wissenschaftliche Evaluation.

Fazit:

Die Gewinnung von Informationen über das Konsumverhalten und die Erprobung der Zugangswege zu jungen Spätaussiedlern und deren Familienangehörigen, insbesondere den Eltern, steht hier im Vordergrund. Über die Entwicklung neuer Methoden zur Verbesserung der Erreichbarkeit junger Drogenkonsumenten soll Suchtprozessen vorgebeugt und die Gesundheit gefördert werden.

3.3.2. Fortbildungsreihe „Sucht – Migration – Hilfe“

Aus Integrationsmitteln des Bundesministeriums des Innern (BMI) wurde ferner die Werkstattreihe „Sucht – Migration – Hilfe“ für Fachkräfte aus Suchthilfe und Migrationsdiensten gefördert. Ziele des Fortbildungsprojekts sind zum einen die Sensibilisierung für den Zusammenhang von Migration und Sucht, die Förderung von Qualitäts- und Kompetenzentwicklung in Prävention, Beratung und Therapie sowie die Anregung von Prozessen der interkulturellen Öffnung. Ein wesentlicher Schwerpunkt ist die Verbesserung der Versorgungssituation für abhängigkeitskranke und -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 Bundesverbands e. V. und des Fachverbands Drogen und Rauschmittel e. V. eingerichtet. Es

startete im April 2002 in Berlin und sah ursprünglich vor, dass bis März 2003 an zehn Standorten jeweils zweitägige Werkstattreihen stattfinden sollten, um Fachkräfte im Bereich der Aussiedlerarbeit für das Thema „Sucht“ und Fachkräfte der Suchthilfe für das Thema „Aus-siedler“ zu sensibilisieren. Bedingt durch die große Nachfrage und Akzeptanz wurde die Fortbildungsreihe über das Jahr 2003 hinaus bis Mai 2004 verlängert und zehn zusätzliche Veranstaltungen angeboten. Außerdem wurde der Adressatenkreis auf Fachkräfte, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, ausgeweitet.

Ziel dieser Fortbildungsreihe ist es, die beiden nebeneinander bestehenden Systeme der Migrations- und der Suchthilfe miteinander zu verknüpfen und langfristige Kooperationen und Vernetzungen herzustellen. Die Nachhaltigkeit der Fortbildungsreihe ergibt sich aus der Umsetzung der Kooperation vor Ort. Die Implementierung ist Aufgabe der kommunalen Netzwerke und Arbeitskreise.

Diese Seminare können nur Impuls-Charakter haben. In den Facheinrichtungen sind Fortsetzungen und Vertiefungen durch weitere Fortbildungsmaßnahmen, spezifische Supervision der Prozesse interkultureller Öffnung etc. erforderlich. Erfreulich ist, dass bereits folgende Implementierungsveranstaltungen außerhalb der eigentlichen Fortbildungsreihe stattgefunden haben:

- In Sachsen hat sich im Anschluss an die zweitägige Fortbildung ein entsprechender Arbeitskreis unter Federführung der Landesstelle für Suchtgefahren gebildet.
- In Berlin hat sich ein Arbeitskreis „Sucht und Migration“ gegründet, um die Zusammenarbeit von Suchthilfe und Migrationsarbeit zu verstärken.
- Im Rheinisch-Bergischen Kreis hat sich ebenfalls ein Arbeitskreis „Sucht und Migration“ gebildet.
- Der Landschaftsverband Rheinland hat sich des Themas angenommen.
- Die Rheinische Landesklinik in Bonn hat sich nach der Seminarteilnahme an eine Aktualisierung ihres Konzeptes für Migrantinnen und Migranten als Ziel für 2004 gesetzt.
- Die Selbsthilfegruppe „DORKAS“ wurde im Rahmen der Fortbildungsreihe organisatorisch und konzeptionell beraten.

Die Fortbildung dient dazu, Einsicht zu schaffen und Prozesse in Gang zu setzen, die mittelfristig dazu dienen, fachliche Lücken zu schließen. Die derzeitigen finanziellen Verhältnisse insbesondere der psychosozialen Beratungsstellen machen es jedoch schwer, spezielle Dienste bzw. sprachkundige Fachkräfte für diese Zielgruppe anzubieten. Die Seminarreihe hat daher das Ziel, das Thema in der Fachdiskussion zu verankern, erreicht. Die Wirkungen auf die Zielgruppe benötigen aber noch längere Zeit.

Die in den Fortbildungsveranstaltungen der Werkstattreihe gemachten Erfahrungen sollen in einer Publikation festgehalten werden. Die Studie, die im Verlauf des Jahres 2005 veröf-

fentlicht wird, wird Einrichtungen der Suchthilfe zur Verfügung gestellt und zur Verbesserung der Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Zuwanderer beitragen.

3.4. Suchtprävention in der Bundeswehr

Auch im Jahre 2004 hat das Bundesministerium der Verteidigung seine Anstrengungen fortgesetzt, dem Missbrauch von Alkohol und Drogen entgegenzuwirken. Mit dem „Dokumentationszentrum Suchtprävention und Suchtbekämpfung“ am Zentrum Innere Führung in Koblenz, der Internet- und Intranet-Präsenz zur Suchtprävention und der ehrenamtlichen „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht“ steht ein breites und inzwischen bewährtes Beratungsinstrumentarium zur Suchtprävention 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 Maßnahmen zur Suchtprävention in der Bundeswehr werden angenommen und finden bei Soldatinnen, Soldaten sowie zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zunehmend eine positive Resonanz. Indiz dafür ist auch die Reaktion der Zielgruppen auf die entsprechenden Internet- und Intranetpräsenzen der Bundeswehr. So wurden im Zeitraum Mai bis Dezember 2004 über 23.000 weltweite Zugriffe auf die Internet-Homepage (www.suchtpraevension-bundeswehr.de) registriert. Die Angehörigen der Bundeswehr in Deutschland, aber auch in Auslandsverwendungen und Auslandseinsätzen informieren sich über diese präventiven Maßnahmen.

Ungeachtet dieser positiven Bilanz ist – wie in der Gesellschaft insgesamt – dem Gebiet der Suchtprävention permanent besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Vorgesetzten und Spezialisten 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.

Um dies zu unterstützen, wurde die Informations- und Ausbildungs-CD „Suchtprävention in der Bundeswehr“ von Grund auf überarbeitet. Die CD dient dazu, über alle relevanten Themen der Suchtprävention in der Bundeswehr zu informieren und ist gleichzeitig Grundlage für die Ausbildung von Multiplikatoren. Sie steht auf Anforderung auch externen Einrichtungen zur Verfügung.

Auch in der Bundeswehr sind kommunikative Netzwerke eine wesentliche Säule der Gesundheitsprävention. Sie bewirken eine Verbesserung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und eine möglichst langfristige Sicherung der Präventionsarbeit durch Kooperation

aller Beteiligten. An den Standorten der Bundeswehr bestehen grundsätzlich günstige Bedingungen für die Arbeit in Präventionsnetzwerken. Die hierfür relevanten Personen, die Verantwortung tragen bzw. über eine besondere Beratungskompetenz verfügen (Vorgesetzte, Truppenärzte, Standortpfarrer, Sozialarbeiter, Truppenpsychologen, Vertreter der Beteiligungsgremien), sind in der Regel vor Ort vertreten, so dass ein kommunikatives Netzwerk die Arbeit jederzeit aufnehmen kann.

Auf diese Weise ist es möglich, suchtkranke Soldatinnen und Soldaten sowie ihre Angehörigen mit ihrem Einverständnis schon im Vorfeld sowie während einer Therapie und auch in der Nachsorge zu begleiten und zur Festigung der Therapiemaßnahmen zu den jeweiligen örtlichen Hilfeeinrichtungen, z. B. der Soldatenselbsthilfe gegen Sucht, weiterzuvermitteln. Die kommunikativen Netzwerke arbeiten über diese einzelfallbezogenen Maßnahmen hinaus auch bei der Koordination und Durchführung suchtpreventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen (z. B. Aufklärung und Ausbildung) zusammen.

3.5. Sucht- und DrogenHotline (01805 – 31 30 31)

Auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung haben sich die regionalen Drogennotrufe aus acht deutschen Städten – Berlin, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, München und Nürnberg – zu einem gemeinsamen Angebot einer „Sucht- und DrogenHotline“ zusammengeschlossen. Die Sucht- und DrogenHotline bietet bundesweit und rund um die Uhr unter der Telefonnummer 01805-31 30 31 anonyme Beratung bei Sucht- und Drogenproblemen an. Das Gespräch kostet einheitlich 12 Cent pro Minute für den Anrufer. Dieses Beratungsangebot für Betroffene, deren Angehörige sowie für berufliche Fachgruppen steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Jahr 2004 die Sucht- und DrogenHotline technisch und organisatorisch betreut und den Erfahrungsaustausch unter den Drogennotrufen sichergestellt. Für die Bewerbung der Hotline hat sie Materialien produziert und die Hotline-Nummer breit kommuniziert. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. wurde 2004 fachlich eingebunden und von der BZgA beauftragt, in enger Kooperation mit den regionalen Notrufen ein Beratungsmanual zu entwickeln. Das Manual wird zur Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards für die regionalen Drogennotrufe beitragen, die teilweise mit hauptamtlichen, teilweise mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeiten. Das Manual wird im Laufe des Jahres 2005 vorgestellt.

3.6. Instrumente bundesweiter Vernetzung „PrevNet.de“ und „Dot.sys“

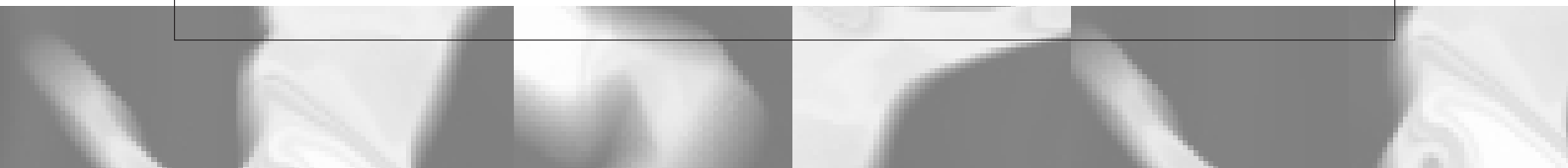
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) besitzt eine Schlüsselstellung bei der Kompetenz- und Kooperationsförderung von Fachleuten, die im Bereich der Suchtprävention arbeiten. Ein zentrales Ziel ihrer Arbeit ist es, die suchtpreventive Arbeit in Deutschland zu professionalisieren. Dazu ist es einerseits erforderlich, evidenzbasiertes Wissen zur Suchtprävention zu schaffen, andererseits ist es nötig, dieses Wissen flächendeckend verfügbar zu machen und in der Praxis zu verankern.

Durch zwei von Bund und Ländern gemeinschaftlich getragene Programme fördert die BZgA die Bildung von synergistischem Expertentum im suchtpreventiven Versorgungssektor. Zum einen durch das computergestützte Dokumentationssystem „Dot.sys“, das der bundesweit einheitlichen Sichtung, Systematisierung und Optimierung von Präventionsaktivitäten in Deutschland dient und seit Januar 2005 in allen Bundesländern seinen Einsatz gefunden hat. Zum anderen durch das internetgestützte „ExpertInnennetzwerk Prevnet.de“, das am 15. September 2004 online gegangen ist und bis dato annähernd 300 aktive Mitglieder aus fast 250 Einrichtungen der Suchtvorbeugung hat. In dem informativen Teil des Portals werden Informationen über Einrichtungen, Aktivitäten, Akteure, Studien und Materialien der Suchtprävention gebündelt und zur Verfügung gestellt. Fachleute und andere Interessierte können eine Datenbankrecherche in allen Rubriken der Seite betreiben. Über den interaktiven Teil des Portals mit Foren und Mailinglisten sowie den Arbeitsgruppenbereich mit den Funktionen eines virtuellen Büros werden der fachliche Austausch und die Kooperation der Fachleute ermöglicht. Dieser Bereich ist passwortgeschützt und steht ausschließlich PrevNet-Mitgliedern zur Verfügung.

3.7. Expertise „Suchtprävention“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat im Jahr 2004 die Erstellung einer Expertise zum Thema „Suchtprävention“ eingeleitet. Die Expertise wird die aktuelle empirische Forschung zur Suchtprävention bei legalen und illegalen Drogen zusammenfassen. Dabei werden nicht nur die nationalen und internationalen, systematischen Reviews und Meta-Analysen berücksichtigt, sondern zusätzlich auch neuere Erkenntnisse zu Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Zusammenstellung von Maßnahmen und ihrer Wirkungen im Bereich der Alkoholprävention, hierbei wiederum insbesondere der Konsum von „Alkopops“. Im Focus der Expertise stehen die altersmäßig jüngeren Zielgruppen (bis 25 Jahre). Es ist aber zusätzlich geplant, die wichtigsten Ergebnisse für die Prävention von Missbrauchsverhalten bei Erwachsenen ebenfalls auszuwerten. Dies gilt vor allen Dingen für den Medikamentenkonsum bei Frauen und für missbräuchlichen Alkoholkonsum bei Männern und Frauen im höheren Lebensalter. Die Ergebnisse der Expertise werden im Verlauf des Jahres 2005 vorgestellt.

4. Behandlung



4. Behandlung

4.1. Behandlung Opiatabhängiger

4.1.1. Erfahrungen mit dem Substitutionsregister

Vorbemerkung zur Substitutionsbehandlung

Eine Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Suchterkrankung. Neben einer drogenfreien ambulanten oder stationären Therapie, der sich in Deutschland momentan ca. 10.000 Menschen unterziehen, gibt es das Angebot einer substitutionsgestützten Therapie. Die von der Bundesärztekammer 2002 beschlossenen, so genannten „BUB-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. Das Erreichen der jeweiligen Ziele wird als Prozess gesehen, der individuell unterschiedlich verläuft. Die Substitutionsbehandlung erfüllt dabei 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 sind diese Grundsätze mittlerweile ebenfalls aufgenommen.

Rechtsgrundlage:

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 die Datenbank des Substitutionsregisters eingegeben. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchtherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst.

Ausblick zum Meldeverfahren:

Es wird aktuell das Ziel verfolgt, 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 zweieinhalb Jahre der bestehenden Meldepflicht (1. Juli 2002 bis 31. Dezember 2004) wurden rund 156.900 Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Davon wurden ca. 98.500 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 Patientinnen und 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

Die Anzahl der meldenden substituierenden Ärzte liegt deutlich niedriger als die Anzahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchtherapeutisch 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 bzw. suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte in Deutschland in 2004:

Ärzte	Anzahl (ca.)
Meldende substituierende Ärzte	2.620
von substituierenden Ärzten gemeldete Konsiliaren	260
Ärzte mit suchttherapeutischer Qualifikation lt. Ärztekammer-Meldungen	8.500

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

Erhöhte Sicherheit im Rahmen von Substitutionsbehandlungen:

Seit bestehender Meldepflicht konnten durch das Substitutionsregister bis Ende 2004 bundesweit 544 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 Konsiliarius Substitutionsmittel verschrieben haben oder als Konsiliaren gemeldet wurden, jedoch nicht die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen. In erfolgreicher Zusammenarbeit mit den zuständigen Überwachungsbehörden hat sich die Anzahl dieser Ärzte hauptsächlich durch zwischenzeitlichen Erwerb der suchttherapeutischen Qualifikation oder nachträgliche Einschaltung eines Konsiliarius kontinuierlich reduziert:

Substituierende Ärzte ohne Konsiliarius und suchttherapeutische Qualifikation in Deutschland:

Recherche	Anzahl Ärzte
Januar 2003	358
April 2003	217
November 2003	153
April 2004	111
November 2004	100

Durch die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Überwachungsbehörden (bei laufenden Ermittlungsverfahren auch mit der Staatsanwaltschaft oder mit Polizeibehörden) konnten wiederholt Verstöße gegen Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit möglichem BtM-Missbrauch aufgedeckt und geahndet werden.

4.1.2. Erfahrungen mit den BUB-Richtlinien

Die „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ im vertragsärztlichen Bereich, die so genannten BUB-Richtlinien, haben sich weiterhin bewährt und zu einer Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe beigetragen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat im November 2004 beschlossen, die Befristung der so genannten „Konsiliarregelung“ in den BUB-Richtlinien aufzuheben. Danach darf ein Arzt ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten behandeln, sofern er die Behandlung mit einem suchttherapeutisch qualifizierten Arzt (Konsiliarius) abstimmt. Die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung für diese Regelung war ursprünglich bis zum 31. Dezember 2004 befristet; sie gilt jetzt zeitlich unbeschränkt. Durch die Aufhebung der Befristung wurde eine wichtige Voraussetzung für das flächendeckende Angebot von Substitutionsbehandlungen gewahrt.

4.1.3. Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO)

Seit Januar 2000 führt 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 wird durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und

Familie des Landes Nordrhein–Westfalen, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Industriesponsoren gefördert.

Eine der Ausgangsüberlegungen zur Qualitätssicherung in der Substitutionstherapie Opiat-abhängiger war, dass Fragen der Kommunikation und der Arbeitsorganisation innerhalb der Arztpraxis sowie der Kommunikation mit anderen Beteiligten des Sucht- und Drogenhilfesystems eine entscheidende Rolle für die Verbesserung der Behandlungsqualität spielen. Zudem sind wegen der besonderen Bedeutung juristischer Aspekte bei der Behandlung opiatabhängiger Patienten sichere und gut dokumentierte Arbeitsprozesse erforderlich.

Ausgehend von diesen Überlegungen entwickelten sich folgende Hauptziele für ASTO:

- 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.

Die Inhalte des Handbuchs wurden vor dem Hintergrund bestehender Konzepte des Qualitätsmanagements (QM) erarbeitet und behandelt. Der Teil Q „Beispiele für ein Qualitätsmanagement-Handbuch“ demonstriert beispielhaft die Umsetzung der in den drei ersten Teilen des Handbuchs beschriebenen Vorgehensweisen und Empfehlungen in der Logik eines QM-Handbuchs für eine fiktive Modell-Praxis.

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. Insbesondere der Teil Q des Handbuchs soll den Praxen und Ambulanzen als Basis dienen, die Grundlagen für ein umfassendes, einrichtungsindividuelles QM-System zu entwickeln, wie es der Gesetzgeber für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens vorsieht.

Seit Januar 2002 läuft die zweite Phase des ASTO-Projektes, in der es primär darum geht, die Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie bzw.

in den beteiligten Einrichtungen voranzutreiben. Als Grundlage dazu dient das ASTO-Handbuch, das gleichzeitig weiterentwickelt und überarbeitet wird. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen wurden Ärztinnen und Ärzte sowie deren Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen umfassend zum Thema Qualitätsmanagement informiert sowie im Umgang mit dem ASTO-Handbuch anhand praktischer Beispiele geschult und erhielten Hilfestellungen für die konkrete Umsetzung.

Die Inhalte des ASTO-Handbuchs werden 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 QM-System für ihre Praxis am Beispiel der Substitutionstherapie Opiatabhängiger aufbauen wollen. Im Laufe des Coachingsverfahrens sollen die teilnehmenden Praxen:

- mit den Instrumenten und Normen des Qualitätsmanagement vertraut 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;
- ihr QM-System entsprechend den Vorgaben einschlägiger Normen dokumentieren.

Nach Ablauf der jeweiligen Coachingphase sollen die beteiligten Arztpraxen über ein dokumentiertes QM-System für die Substitutionstherapie Opiatabhängiger verfügen. Mehr als 1.250 ASTO-Handbücher wurden bundesweit bereits durch Arztpraxen und Ambulanzen sowie weitere Institutionen angefordert. Ein erstes umfassendes „update“, das insbesondere auch Gesetzes- und Verordnungsänderungen berücksichtigt, wurde Anfang 2004 an alle Bezieher des Handbuchs versendet.

Ferner wurde im Rahmen des ASTO-Projektes in 74 Arztpraxen und 16 Ambulanzen eine umfangreiche Erhebung zur Versorgungspraxis und Qualität der Substitutionstherapie bzw. der entsprechenden Dokumentation durchgeführt. Zum Ende des ASTO-Projektes wird unter anderem auf der Grundlage dieser umfangreichen Erhebung aus dem ersten Teil des Projektes sowie einer weiteren Erhebung, die derzeit durchgeführt wird, eine umfassende Evaluation des Gesamtprojektes erfolgen.

4.1.4. Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“

Im Rahmen des seit 2002 laufenden „Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“ erhalten Schwerstabhängige injizierbares Heroin als Medikament. Eine Kontrollgruppe erhält parallel das Ersatzmittel Methadon. Zielgruppe der Untersuchung

sind Drogenabhängige, bei denen in der Vergangenheit keine Therapie erfolgreich war oder bei denen die bisherige Methadonbehandlung nicht befriedigend verlaufen ist. Das Modellprojekt wird von einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die Bundesärztekammer begleitet.

Überprüft wird auch, inwiefern die Patienten in der Behandlung gehalten und zur Aufnahme weiterführender Therapien motiviert werden können und ob das Angebot sinnvoll in das bestehende Drogenhilfesystem integriert werden kann. Neben der medikamentösen Behandlung werden die Patienten psychosozial betreut.

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten wurde im Dezember 2003 erfolgreich beendet. Ihre Gesamtzahl beträgt 1.032. Entsprechend der Einschlusskriterien der Studie stellen die Probandinnen und Probanden eine besonders schwer zu erreichende Gruppe unter den Drogenkonsumentinnen und -konsumenten dar. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Auflagenfülle des als Arzneimittelstudie durchgeführten Modellprojekts entspricht der Rekrutierungsverlauf den Erwartungen.

Wenngleich die ersten wissenschaftlichen Auswertungen erst nach dem Abschluss der Behandlungsphase möglich sind (nicht vor Ende 2005), können bereits jetzt einige Bemerkungen über die Erfahrungen mit der Implementierungsphase sowie die bisherige Behandlungspraxis gemacht werden. Als ein zentraler Aspekt muss hier vor allem gelten, dass es gelungen ist, in allen beteiligten sieben Städten binnen eines Zeitraumes von 12 Monaten die heroingestützte Behandlung zu implementieren. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei dem Modellprojekt um ein sehr komplexes Vorhaben handelt, in das viele verschiedene klinische, wissenschaftliche und politische Institutionen einbezogen sind und miteinander kooperieren müssen, ist dies als ein wichtiger Schritt zu bewerten. In allen teilnehmenden Städten gibt es eine gut funktionierende Kooperation mit der Polizei und den Ordnungsdiensten, um rechtzeitig Informationen über Probleme auszutauschen und entsprechende Lösungen zu entwickeln.

Ein wichtiger Indikator für die Durchführbarkeit der Studie ist die Bereitschaft der Probandinnen und Probanden, dem Behandlungsregime zu folgen. Diese Bereitschaft ist in der Regel vorhanden, was sich an den hohen Haltequoten in allen Studienzentren abzeichnet. Auch die begleitende psychosoziale Begleitung wird generell gut angenommen.

4.1.5. Fachtagung „Hepatitis-Prävention bei Drogenkonsumenten“

Nachdem bereits im November 2003 ein Expertengespräch auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung stattgefunden hatte, bei dem es um die notwendigen Schritte ging, um eine weitere Ausbreitung insbesondere von Hepatitis C unter intravenös Drogen konsumierende Suchtabhängige aufzuhalten, folgte am 24. und 25. Mai 2004 in Berlin eine Fachtagung unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten.

Über 230 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – vorwiegend aus der Praxis der Drogenhilfe, aber auch aus dem ambulanten bzw. stationären medizinischen Bereich und der Forschung – diskutierten zwei Tage intensiv, wie dieser großen gesundheitspolitischen Herausforderung begegnet werden kann. Organisiert wurde die Tagung vom „Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit“ und der Deutschen AIDS-Hilfe in enger Kooperation mit den Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. Einbezogen waren auch das medizinische „Kompetenznetzwerk Hepatitis“ und die Selbsthilfeverbände der von Hepatitis betroffenen Menschen.

Nachdem das Risiko der Hepatitis-Infektion unter Drogenkonsumenten lange Jahre unterschätzt worden war, formulierte der „Europäische Aktionsplan Drogen 2000–2004“ als eine Kernzielsetzung die erhebliche Reduzierung drogenbedingter Infektionserkrankungen. In der Empfehlung des Europäischen Rates „Zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit“ vom Oktober 2002 wird der Verhinderung bzw. Behandlung von Hepatitis-Infektionen großer Stellenwert eingeräumt und die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, hier entsprechende Anstrengungen zu unternehmen. Auch eine Resolution der Commission on Narcotic Drugs (CND) der Vereinten Nationen vom März 2004 widmet sich Maßnahmen zur Verhütung von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum. In all diesen Strategien wird zunächst die Frage der besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe – durch Straßensozialarbeit und niedrigschwellige Kontakt-hilfen – thematisiert.

Während der Fachtagung wurde an diese Forderungen angeknüpft. Die Tagung kam zu folgenden Ergebnissen:

- Es gilt, Strategien zu entwickeln, um notwendige Präventionsbotschaften in den unterschiedlich betroffenen Drogenszenen zu verankern.
- Insbesondere jungen Einsteigern in die intravenös konsumierende Szene – z. B. jugendlichen Aussiedlern – müssen Maßnahmen zur Risikominimierung vermittelt werden.
- Niedrigschwellige Einrichtungen können dazu dienen, das Bewusstsein über drohende Infektionsrisiken zu schärfen.
- Durch verstärkte Impfungen gegen Hepatitis A und B können die Infektionsraten deutlich gesenkt werden und Doppelinfektionen vermieden werden.
- Insbesondere Substitutionsbehandlungen sollten für Impfaktionen genutzt werden.

- Die Vernetzung von medizinischem und psychosozialen Wissen ist notwendig.
- Die Einbeziehung der vorhandenen Selbsthilferessourcen, z. B. der verschiedenen Leberhilfe-Gruppen, ist wichtig.
- Die Einbeziehung des „Kompetenznetzwerk Hepatitis“ ist deutlich zu verstärken und die vorhandenen Wissensressourcen müssen besser genutzt werden.
- Der stationäre Bereich der Suchtkrankenhilfe muss noch stärker in Maßnahmen der Prävention und Behandlung einbezogen werden.
- Haftanstalten sind Orte, an denen Maßnahmen zur Infektionsvermeidung besonders vernachlässigt werden. Hier besteht entsprechend hoher Handlungsbedarf.

Die Tagung diente der Verstärkung der Kooperation zwischen den einzelnen Handlungsträgern. Auf Bundesebene wird ein Beratungsmanual und die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern niedrigschwelliger Einrichtungen vorbereitet.

4.1.6. Exkurs: Kokainkonsum in Deutschland

Der Kokainkonsum in Deutschland war Gegenstand eines Forschungsauftrags des BMGS an das Institut für Therapieforschung in München. Vergeben wurden im Jahr 2002 eine Literaturstudie zum Kenntnisstand und eine Metaanalyse des vorhandenen Datenmaterials zum Kokainkonsum. Literaturstudie und Metaanalyse wurden 2004 abgeschlossen. Die Hauptergebnisse wurden in der Reihe „Forschungsberichte“ des BMGS veröffentlicht.

Literaturstudie

Surveydaten zum Konsum von Kokain und/oder Crack in Europa und in anderen Weltregionen weisen trotz geringfügig zunehmender Prävalenzen im Gegensatz zu den USA in den 80er Jahren auf keine Epidemie hin. Kokain ist keine typische Einstiegsdroge. In der überwiegenden Mehrheit der Europäischen Länder haben maximal 3 % der Allgemeinbevölkerung Erfahrung mit Kokain, in Australien und Neuseeland etwa 4 %, in Kanada 6 %, in den USA 14 % und in den anderen Regionen der Welt unter 2 %. Crack spielt in Europa in der Allgemeinbevölkerung so gut wie keine Rolle. Trotz der geringen Verbreitung des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung lassen sich in den Industrienationen dennoch in bestimmten Szenen der jugendlichen Subkultur (Partyszene), unter Opiat- und Alkoholabhängigen, bei Jugendlichen im Großstadtmilieu sowie bei Strafgefangenen erhöhte Prävalenzwerte mit steigender Tendenz beobachten. Kokainkonsumenten weisen überwiegend polyvalente Konsummuster auf, so dass eine klare Abgrenzung des Kokainkonsums im Hinblick auf Konsumcharakteristika kaum möglich ist. Crack findet sich insbesondere bei Heroinkonsumenten der offenen Drogenszene. Aufgrund der geringen Prävalenz des Crackkonsums gibt es kaum spezifische Studien zu Gebrauch und Gebrauchsmuster.

Da Kokaingebrauch typischerweise im Rahmen polyvalenten Drogenkonsums stattfindet, ist es für die Implementierung präventiver Maßnahmen weniger relevant, ob Kokain konsumiert wird, sondern zu welcher Szene mit ihren eigenen Konsumformen und Risiken eine Person gehört. Deshalb sind bevölkerungsweite kokainspezifische Präventionsmaßnahmen in Deutschland zur Zeit nicht indiziert. Allerdings sollten Trends des Kokainkonsums durch Monitoring- und Frühwarnsysteme in den verschiedenen Szenen beobachtet werden, um im Falle einer Änderung von Konsumgewohnheiten frühzeitig spezifisch intervenieren zu können.

Metaanalyse

Es zeigte sich, dass über Umfang, Problemlage, Sozialstruktur, Konsummotive, Konsummuster, Determinanten negativer Folgen sowie protektive Faktoren von Kokainkonsumenten wenig bekannt ist. Die wenigen qualitativen Studien, die sich explizit mit dem Thema Kokain beschäftigen, stammen aus dem Bereich der offenen Szene oder dem Partysetting und decken damit nur diejenigen Konsumenten ab, die Kokain in der Regel in Begleitung zu ihrem Heroinkonsum bzw. im Wechsel mit Ecstasy verwenden.

Absolutschätzungen auf der Basis von Querschnittsuntersuchungen in der Allgemeinbevölkerung bei Jugendlichen und Erwachsenen deuteten Mitte der 90er Jahre auf eine Zahl von ca. 370.000 Kokainkonsumenten in den alten Bundesländern hin. Aufgrund der Veränderungen in den neuen Bundesländern erhöhte sich die Zahl auf ca. 440.000 Kokainkonsumenten im Jahr 2000 für die gesamte Bundesrepublik. Ihr größter Teil scheint Kokain in einer Häufigkeit und Menge einzunehmen, die zu keinem behandlungsbedürftigen Störungsgrad führt, oder sie nehmen für die Behandlung ihrer kokainbezogenen Störungen andere Behandlungseinrichtungen als die Suchtkrankenhilfe in Anspruch.

Alles in allem lässt sich feststellen, dass sich auf der Grundlage der vorhandenen Daten keine Hinweise auf eine Zunahme von Umfang und Intensität von Kokainkonsum und kokainbezogenen Störungen ergeben haben. Kokainbezogene Störungen sind zwar selten, Personen mit diesen Merkmalen weisen aber in der Regel ein früheres Einstiegsalter in den Konsum von legalen sowie illegalen Drogen auf. Darüber hinaus ist der Übergang in den Kokainkonsum verbunden mit einer deutlich höheren Konsumintensität anderer illegaler Drogen.

4.2. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung

4.2.1. Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Verzahnung medizinischer und sozialer Eingliederung

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) ist seit vielen Jahren im Bereich der Suchtrehabilitation engagiert und arbeitet gemeinsam mit den Leistungserbringern kontinuierlich an der Weiterentwicklung des Angebotes für Abhängigkeitskranke.

Abhängigkeitserkrankungen sind in besonderer Weise mit sozialen Faktoren verknüpft. Wer von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen abhängig ist, gerät mit fortschreitender Krankheitsentwicklung fast zwangsläufig auch immer mehr an den Rand der Gesellschaft: Die Familie bricht auseinander, der Arbeitsplatz geht verloren, und nicht selten wird auch die Wohnung gekündigt. Mit dieser Form sozialer Ausgrenzung heben sich Abhängigkeitserkrankungen negativ von fast allen anderen Erkrankungen ab. Der fortgesetzte hohe Konsum psychotroper Substanzen schlägt sich nicht nur negativ in allen wichtigen Lebensbereichen nieder, sondern rückwirkend führen die zunehmenden Schwierigkeiten oftmals wieder zu vermehrtem Konsum. Dieser Teufelskreis ist geradezu typisch für die Abhängigkeitserkrankungen. Die zentrale Bedeutung von sozialen Faktoren ist dabei ganz offensichtlich.

Wie bei der Entstehung und dem Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen nehmen die sozialen Faktoren in der Behandlung von Abhängigkeitskranken ebenfalls eine zentrale Stelle ein. Das „bio-psycho-soziale Modell“, nach dem Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen eines Netzes sich gegenseitig bedingender biologischer, psychischer und sozialer Faktoren gesehen und beeinflusst werden, war gerade in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker stets handlungsleitend. Eine Trennung von medizinischer und sozialer Eingliederung hat es bei der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken deshalb nie gegeben. Bereits während einer stationären Entwöhnungsbehandlung, also während der medizinischen Rehabilitation, wurden die sozialen Faktoren der Rehabilitation immer schon explizit berücksichtigt. Das zeigt die lange Tradition von Behandlungselementen wie beispielsweise Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppen, Arbeitstherapie und gezielter Freizeitgestaltung.

Durch die zunehmende Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung der medizinischen Rehabilitation sind die Möglichkeiten zur sozialen Rehabilitation in den letzten Jahren erheblich erweitert worden. Der Ausbau eines dichten Netzes ambulanter und teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen trägt erheblich dazu bei, den besonderen sozialen Bedingungen der Rehabilitanden bei der Wiedereingliederung gerecht zu werden. Wer aus persönlichen oder medizinischen Gründen während der Rehabilitation in seinem gewohnten Lebensumfeld bleiben sollte, kann heute in der Regel auch an seinem Heimatort ambulant behandelt werden. Gerade für die Aufarbeitung von sozialen Problemen ist der

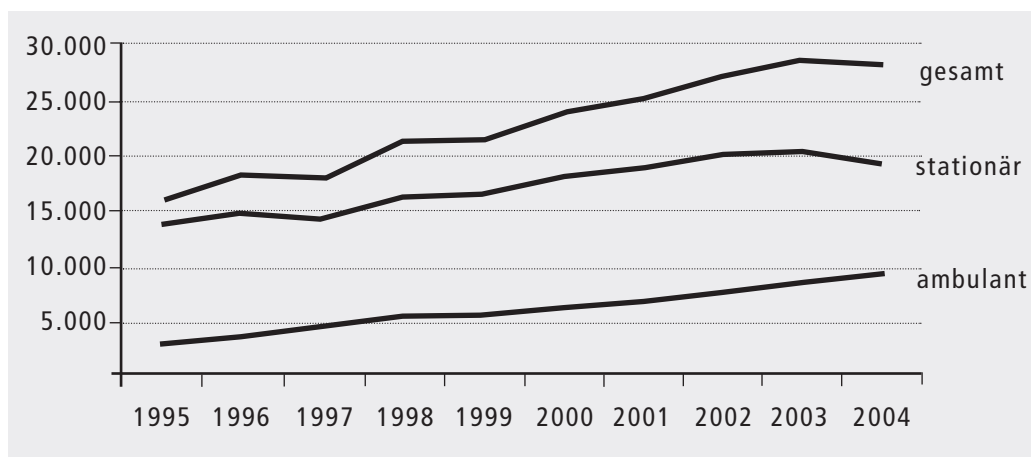
unmittelbare Bezug zum Lebensumfeld eine wichtige Voraussetzung, weil dadurch Gespräche mit Familienangehörigen, Arbeitgebern oder Mitgliedern von Selbsthilfegruppen wesentlich intensiver gestaltet und neue Erkenntnisse über die eigene Abhängigkeitskrankung unmittelbar umgesetzt werden können.

Die Möglichkeiten für weitere Verbesserungen bei der sozialen Eingliederung von Abhängigkeitskranken liegen gegenwärtig ganz besonders darin, die Behandlungselemente noch stärker an die individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse der einzelnen Rehabilitanden anzupassen. Der hohe Anteil arbeitsloser Personen unter den Abhängigkeitskranken erfordert verstärkte Anstrengungen, die Rehabilitanden bei der Wiedergewinnung eines Arbeitsplatzes gezielt therapeutisch und sozialarbeiterisch zu unterstützen. Über die klassische Arbeitstherapie hinaus sind u. a. Bewerbungstraining, Betriebspraktika und Computerschulung in vielen Einrichtungen zum festen Bestandteil der Behandlung geworden.

Entwicklung der Anträge, Bewilligungen und der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen in den Jahren 1995 bis 2004

Die Entwicklung der Antragszahlen für ambulante und stationäre medizinische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke der BfA in den Jahren 1995 bis 2003 ist durch einen ständigen Anstieg – sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor – gekennzeichnet:

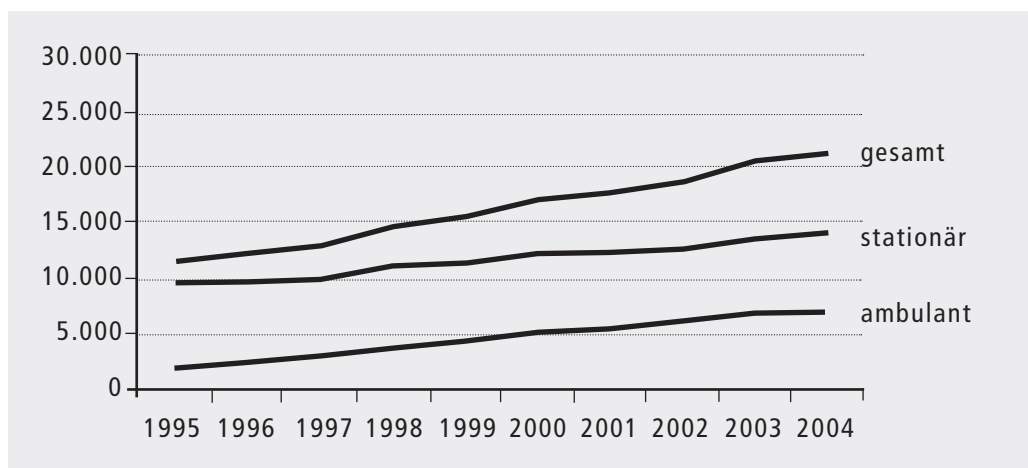
Sucht-Rehabilitation 1995–2004, Anträge ambulant/stationär)



Wurden 1995 noch rd. 16.000 Anträge gestellt, waren es im Jahr 2003 knapp über 28.000 Anträge. Der Anteil an Anträgen auf ambulante Rehabilitationsleistungen, gemessen an der Gesamtzahl der Anträge in der Indikation "Abhängigkeitserkrankungen", stieg in den letzten Jahren kontinuierlich und lag im Jahr 2003 – einschließlich Nachsorge – inzwischen bei 29 %. Eine Hochrechnung der Antragszahlen für das Jahr 2004 auf der Basis der ersten 8 Monate ergibt im ambulanten Bereich weitere Steigerungen.

Die Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1995 bis 2004 entspricht der Antragsentwicklung, auch bei den Bewilligungszahlen ist ein stetiger Anstieg zu verzeichnen:

Sucht-Rehabilitation 1995–2004, Bewilligungen (ambulant/stationär)



Im Vergleich zu den seit 2002 sinkenden Bewilligungszahlen in den somatischen Indikationen verzeichnen die Antrags- und Bewilligungszahlen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen einen absoluten Anstieg. Diese höhere Zugangsquote in die Rehabilitation kann mit den verstärkten Bemühungen anderer Akteure (Krankenversicherung, Suchthilfesystem) erklärt werden. Weiterhin ist der Prozentsatz der tatsächlich Rehabilitierten im Vergleich zu den vorhandenen Abhängigkeitskranken, bei denen ein erheblicher Anteil an rehabilitationsbedürftigen Versicherten unterstellt werden muss, gering. Der Anteil der Anträge und Bewilligungen bei Abhängigkeitserkrankungen, bezogen auf sämtliche medizinische Leistungen, schwankte in den letzten Jahren zwischen 4,2 % und 4,7 %, machte 2003 jedoch bei den Anträgen 4,9 % und bei den Bewilligungen 5,5 % aller medizinischen Leistungen nach § 15 SGB VI aus. Bei Betrachtung der Entwöhnungsbehandlungen nach Suchtmitteln ist Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit mit einem Anteil von 83 % die mit Abstand am häufigsten bewilligte Leistung, gefolgt von Drogenabhängigkeit als Rehabilitationsindikation. Mit 2 % der Fälle ist der Anteil der Medikamentenabhängigen weiterhin gering.

Die Anzahl der durchgeführten Suchtrehabilitationen zeigt insbesondere im ambulanten Bereich ein vergleichbares Bild zu den Anträgen und Bewilligungen mit kontinuierlich ansteigenden Zahlen. Im stationären Bereich kommt es zu Schwankungen mit Stagnation und Rückgang, gefolgt von einem kräftigeren Anstieg jeweils 1998 und 2003. Insgesamt sind die Werte konstant bzw. verzeichnen nur einen leichten Anstieg, so dass der Zuwachs in der Suchtrehabilitation im Wesentlichen im ambulanten Bereich zu verzeichnen ist.

Weitere Entwicklung der Suchtrehabilitation

Nach wie vor gehören zu den wichtigsten Problemen im Bereich der Suchtrehabilitation:

- das Missverhältnis der durchgeführten Suchtrehabilitationen zur Gesamtzahl der Abhängigkeitskranken;
- der späte Zugang zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker;
- die kontinuierliche Steigerung der Antrags- und Bewilligungszahlen und die daraus resultierende Ressourcenorientierung.

Deshalb gilt weiter, dass unter Effizienzgesichtspunkten die medizinische Rehabilitation so früh wie möglich einsetzen sollte und alle Möglichkeiten zur Flexibilisierung und Individualisierung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker genutzt werden sollten.

Als problematisch sind die allgemeinen Sparbestrebungen in den Ländern und Kommunen anzusehen, mit denen die personelle Ausstattung der ambulanten Beratungsstellen in den letzten Jahren zunehmend reduziert wurde. Dies hat insofern auf die Rehabilitation Auswirkung, als dadurch die Gefahr besteht, dass die Rehabilitanden nicht ausreichend vorbereitet werden können.

Umso größer wird daher zukünftig die Bedeutung der Qualitätssicherung in den Suchtfacheinrichtungen sein, wo die BfA bereits auf eine umfassende Tradition im stationären Bereich aufbauen kann. Für den Bereich der ambulanten „Rehabilitation Sucht“ wird gegenwärtig ein Forschungsprojekt zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms seitens der Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an der Universität Hamburg durchgeführt. In einer Probephase sollen die erarbeiteten Instrumente in einigen Einrichtungen getestet werden, bevor eine flächendeckende Ausweitung vorgenommen wird.

Im Bereich der stationären Rehabilitation von Sucht- und psychosomatischen Erkrankungen gibt es gegenwärtig Bemühungen, die Strukturqualität gemeinsam mit der GKV zu erfassen und sowohl anhand trägerübergreifender als auch trägerspezifischer Zielgrößen fortzuentwickeln. Die Vorarbeiten für einen gemeinsamen Strukturhebungsbogen sind inzwischen abgeschlossen.

In engem Zusammenhang mit der Qualitätssicherung stehen die Bemühungen der BfA um ein leitliniengerechtes Vorgehen in der medizinischen Rehabilitation. Nach den seit 1998 zunächst im somatischen Bereich geförderten Forschungsvorhaben wird von Anfang 2004 bis Ende 2005 auch ein Projekt zur Entwicklung einer „Leitlinie Alkoholabhängigkeit“ gefördert und begleitet. Mit der Umsetzung der Forschungsergebnisse, bei denen es vor allem um eine weitere Verbesserung der Prozessqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker geht, ist in den nächsten Jahren zu rechnen.

4.2.2. Projekte der Landesversicherungsanstalten (Auswahl)

Die zunehmende Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitationsleistungen sowie wirtschaftliche Gesichtspunkte erfordern eine noch engere Zusammenarbeit der einzelnen ambulanten bzw. stationären Einrichtungen im Sinne von Verbänden, die ein komplexes Behandlungsangebot sicherstellen können. Vor diesem Hintergrund sind auch die im Folgenden beschriebenen Projekte der Landesversicherungsanstalten (LVA) zu sehen.

Leistungsanbieterübergreifende Vernetzung (LVA Hessen)

Die leistungsanbieterübergreifende Vernetzung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker wurde im Jahr 2004 initiiert. Von den 130 Suchtberatungsstellen im Land Hessen sind derzeit 35 Beratungs- und Behandlungsstellen für die ambulante Rehabilitation von der LVA Hessen anerkannt. Damit konnte ein flächendeckendes, wohnortnahes Angebot der ambulanten Rehabilitation nicht erreicht werden, was sich negativ auf die Inanspruchnahme durch die Versicherten auswirkt.

Im April 2004 wurde deshalb von der LVA Hessen eine Initiative zum Ausbau des ambulanten Behandlungsangebotes gestartet. Die Kooperation von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger, die für sich allein die Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 – insbesondere hinsichtlich der personellen Anforderungen – nicht erfüllen, wird angeregt. Hierbei wird auch die Einbindung von ärztlich und therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Suchtfachkliniken berücksichtigt. Diese strukturelle Vernetzung mit einer Erweiterung des ambulanten Angebotes ist die Voraussetzung für eine therapeutische Vernetzung im ambulanten/stationären Rahmen. Hierbei ist an eine enge Verzahnung von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen mit für die Versicherten optimierten Übergängen zwischen den Behandlungsformen im Verbundsystem gedacht. Geplant ist die Beteiligung von Fachkliniken und Beratungsstellen in regionaler Nähe, die gemeinsam das gleiche therapeutische Konzept vertreten und für die Versicherten eine Verbesserung der Behandlungskontinuität durch Vermeidung eines häufigen Wechsels der therapeutischen Bezugspersonen anstreben. Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Therapeuten und damit einer deutlich besseren Akzeptanz der Behandlungsübergänge für die Versicherten und zur Festschreibung der Verbindlichkeit der nach-

stationären ambulanten Rehabilitation ist vorgesehen, zwischen den Mitarbeitern der Beratungsstellen und der Fachkliniken persönliche Übergabegespräche einzuführen.

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich festhalten, dass sich Verbünde unter Einbindung von Suchtfachkliniken im südhessischen, mittelhessischen und im nordöstlichen Bereich des Bundeslandes gebildet haben. Mit dem Abschluss entsprechender Kooperationsverträge, einheitlicher Konzepte sowie der Implementierung des Angebotes ist im ersten Halbjahr 2005 zu rechnen. Darüber hinaus wird das Angebot an ambulanten Rehabilitationsleistungen für Drogenabhängige im Rheingau-Taunus-Kreis und im Hochtaunuskreis im Sinne eines flächendeckenden Angebotes erweitert.

Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe (LVA Oldenburg–Bremen)

Die LVA Oldenburg–Bremen hat im Jahr 2004 das mit der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg durchgeführte Forschungsprojekt unter der Bezeichnung „Flächendeckende Umsetzung der Alkoholentwöhnung im Verbundsystem EVS II“ erfolgreich abgeschlossen. Das Projekt wurde bereits im letzten Drogen- und Suchtbericht vorgestellt. Im April 2004 wurde ein Vertrag über das Forschungsprojekt unter der Bezeichnung „Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe (EVS)“ mit der Universität Oldenburg für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Bisherige Ziele der Studie sind Begriffsdefinitionen, die Erarbeitung detaillierter Angaben zu Abläufen und Inhalten der Verbundarbeit und Kombinationstherapien gewesen, in der zweiten Stufe werden weiterführende Fragen insbesondere der Wirtschaftlichkeit und Effektivität zu beantworten sein.

Entwicklung eines Kombinationsmodells (LVA Rheinland–Pfalz)

Ziel des Modells ist, durch eine weitere Differenzierung von Rehabilitationsleistungen im Spannungsfeld von gesetzlichem Auftrag und begrenzten finanziellen Ressourcen auszuloten, wie zukünftig in Rheinland-Pfalz eine flächendeckende optimale Leistungserbringung in stationärer und ambulanter Form gewährleistet werden kann. An dem Modell beteiligen sich Fachkliniken für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, welche die Kombinationstherapie in eigener Zuständigkeit oder in Kooperation durchführen. Bei der Auswahl der Kooperationspartner wurde den Kliniken dabei die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen eröffnet. Die kombiniert stationär-ambulante Rehabilitation gestaltet sich derart, dass nach einer kurzen stationären Eingangsphase (4 bis 8 Wochen bei Alkoholabhängigkeit, 10 bis 14 Wochen bei Drogenabhängigkeit) eine ambulante Phase von längstens 26 Wochen (Alkohol) bzw. 32 Wochen (Drogen) vorgesehen ist. Als vorgesehener Startzeitpunkt der Kombinationsbehandlung, die modellhaft erprobt und durch wissenschaftliche Begleitdokumentation evaluiert wird, wurde der 1. April 2005 ins Auge gefasst.

Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“ mit begleitendem Fallmanagement (LVA Rheinland-Pfalz)

Die berufliche Wiedereingliederung ist ein zentrales Ziel der Rehabilitationsleistungen. Dem frühzeitigen Erkennen des Rehabilitationsbedarfs sowie der unmittelbaren Einleitung angemessener Schritte kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Ein möglichst optimales Zusammenwirken aller am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Einrichtungen ist dabei Grundlage einer effektiven erwerbsbezogenen Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund wurde das Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“ entworfen. Dieses Modell richtet sich an eine definierte Zielgruppe von Beschäftigten des DaimlerChrysler AG Werkes Wörth und des Global Logistic Centers Germersheim, welche u. a. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit umfasst. Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen werksärztlichem Dienst, betrieblichem Sozialdienst, Rehabilitationseinrichtung, Renten- und Krankenversicherung wird darauf hingewirkt, die Behandlung auf der Grundlage der realen Verhältnisse am Arbeitsplatz zielgerichtet, effizient und arbeitsweltbezogen durchzuführen.

In diesem Zusammenhang empfiehlt sich die Einrichtung eines Instruments zur Schnittstellenminimierung. Diese Aufgabe wird im Rahmen des Modellprojekts von einem begleitenden Fallmanagement der LVA Rheinland-Pfalz übernommen. Neben seinen verfahrenskordinierenden Aufgaben stellt es für den Versicherten eine Kontaktstelle zum Rehabilitationsträger dar. Durch einzelfallabhängige Maßnahmen, wie z. B. Gespräche mit Vorgesetzten oder Arbeitsplatzbesichtigungen im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung, kann jederzeit bedarfsorientiert eingegriffen werden. Während des gesamten Prozesses der Rehabilitation einschließlich der Nachsorge erfährt der Versicherte durch das Fallmanagement eine ständige Unterstützung auf dem Weg zur betrieblichen Wiedereingliederung. Das Projekt befindet sich noch in der Eingangsphase, so dass noch keine Aussagen über Auswirkungen oder Entwicklungen gemacht werden können.

Modellprojekt „Modifizierte Kurzzeittherapie“ für Alkoholabhängige am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren (LVA Schwaben)

Das Konzept sieht nach einer abgeschlossenen, qualifizierten Entzugsbehandlung eine in zwei Teilen durchzuführende Entwöhnung über den 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 mit ca. 80 Behandlungsstunden. Zwei Drittel der Stunden verteilen sich auf das erste Halbjahr und ein Drittel wird im zweiten Halbjahr stattfinden. Zwei Drittel der Behandlungsstunden sind Einzeltermine, der Rest verteilt sich auf Familien- und Angehörigengespräche. Hinzukommen zwei Gruppensitzungen je Monat, wobei eine als Selbsthilfegruppe, die andere unter professioneller Leitung organisiert ist. Hausbesuche werden bei Bedarf vorgenommen.

Durch das qualifizierte, ambulante wohnortnahe Setting soll 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, sollen 120 Patienten teilnehmen. Eine von der LVA Schwaben geförderte wissenschaftliche Begleituntersuchung soll Aussagen über die Behandlungseffizienz anhand der Parameter Haltequote, Abstinenzquote, kumulative Abstinenz und Schadensbegrenzung treffen.

Integration in landwirtschaftliche Familienbetriebe als alternative Maßnahme der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen (LVA Schwaben)

Mit der Vereinbarung der LVA Schwaben und der Rehabilitationseinrichtung Schloss Pichl soll die bisherige Form der Therapie in landwirtschaftlichen Betrieben in ein fachliches Konzept eingebunden werden, welches durch eine stationäre Diagnostik eine individuelle Entscheidung und eine kompetente, kontinuierliche Betreuung ermöglicht. Zielgruppe dieser Therapieform, die das seit ca. 10 Jahren bestehende Konzept einer anderen Einrichtung aufgreift und weiterentwickelt, sind in erster Linie Menschen,

- die aufgrund ihrer Persönlichkeit mit der Integration in therapeutische Gemeinschaften überfordert sind;
- die als noch junge Abhängigkeitskranke (ab 18 Jahre) eine nur kurze Suchtkarriere erlebt haben;
- die aufgrund kultureller Dissonanzen einer besonderen individuellen Unterstützung bei der Integration bedürfen;
- die als Langzeitabhängige den Anforderungen an das übliche therapeutische Instrumentarium nicht entsprechen;
- die schon ohne Erfolg an einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben und weiterhin grundsätzlich behandlungsbedürftig und -fähig sind;
- die bei geringen sozialen Ressourcen keine haltbare Perspektive hinsichtlich Lebensentwurf und Lebensmittelpunkt haben.

Im Rahmen dieses substanzübergreifenden Behandlungsangebotes werden die Rehabilitanden nach einer kurzen stationären Phase in der Rehabilitationseinrichtung von kooperierenden Familien aufgenommen, arbeiten in allen Bereichen des landwirtschaftlichen Betriebs mit und nehmen auch am Familienleben teil. Dabei werden sie von einem festen Bezugstherapeuten und Fachdiensten begleitet.

Nahtlose Verlegung von abhängigkeitskranken Menschen aus den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern/Abteilungen in Rehabilitationseinrichtungen ohne die Erstellung eines Sozialberichts (LVA Sachsen)

Ist in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern/Abteilungen festgestellt worden, dass bei dem abhängigkeitskranken Patienten eine ausreichende Motivation vorhanden ist, hat sich die LVA Sachsen in diesen Fällen, um die Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung zu

verkürzen, bereit erklärt, bei Anträgen auf den Sozialbericht zu verzichten. Für den Personenkreis der Drogenabhängigen wurde das Verfahren ab dem 1. August 2004 verändert. Die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser/Abteilungen senden der LVA Sachsen die Rehabilitationsanträge per Fax zu. Sind die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt, prüft die LVA, welche geeignete Rehabilitationseinrichtung im Bundesgebiet zur Verfügung steht. Der Bewilligungsbescheid wird dem Versicherten in das Psychiatrische Fachkrankenhaus gesandt, wodurch eine nahtlose Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung gesichert wird.

4.2.3. Projekte zur Wiedereingliederung von (suchtkranken) Langzeitarbeitslosen

Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern („MoZArT“)

Im Zeitraum vom Sommer 2001 bis Herbst 2003 wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) bundesweit das „Modellprojekt zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern“ (MoZArT) an 30 Standorten in 33 Modellvorhaben aufgelegt und finanziert.

Zielgruppe dieses Modellversuchs waren Personen, die langjährig arbeitslos waren und Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe oder beide Leistungen bezogen. In erheblichem Umfang wurden im Projekt auch solche Kunden betreut, die so genannte multiple Problemlagen, wie zum Beispiel fehlende Berufsausbildung, gesundheitliche Einschränkung, Schulden oder Suchtprobleme in unterschiedlichen Varianten, aufwiesen. Ziel des Modellversuches war es, Schnittstellenprobleme zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeverwaltungen abzubauen und damit Chancen für eine dauerhafte Ein- oder Wiedereingliederung der gemeinsamen Zielgruppe zu ermöglichen. Die MoZArT-Vorhaben betreuten in 2 Jahren rund 64.400 Teilnehmer.

Die Ergebnisse zeigen, dass es 49 % der Sozialhilfeempfängern gelang – darunter auch eine Reihe von Fällen Suchtkranker nach erfolgreicher Therapie – im Modellzeitraum in eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden. Der Modellversuch wurde im Herbst 2003 abgeschlossen. Der Abschlussbericht des mit der wissenschaftlichen Begleitforschung beauftragten Instituts für angewandte Sozialwissenschaft (infas) und die Dokumentation des BMWA sind im Internet eingestellt.

Förderung der Arbeitsaufnahme – integriert und regulär („FAIR“)

Ziel des Programms „Förderung der Arbeitsaufnahme – integriert und regulär“ (FAIR), das Ende 2004 auslief, war es, mit einem verbesserten Personalschlüssel die Vermittlung und die Integrationschancen von Langzeitarbeitslosen spürbar zu erhöhen sowie durch intensivere Beratung und Stellenakquisition die Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich zu senken.

Seit Juli 2002 bis Dezember 2004 sind in vier Geschäftsstellen (Rendsburg, Fürstenwalde, Dillenburg, Worms) mehr als 17.000 Langzeitarbeitslose von den FAIR-Teams betreut worden, darunter auch einige Kunden mit Suchtproblemen. Eine besondere Betreuung Suchtkranker bestand allerdings nicht. Gleichwohl war mit dem günstigeren Personalschlüssel die Vermittlungstätigkeit bei FAIR insgesamt intensiver ausgeprägt, folglich auch bei der Versorgung von Suchtkranken.

Die Mehrheit der FAIR-Teilnehmer (71 %) hat vor ihrem FAIR-Eintritt Arbeitslosenhilfe bezogen. Rund 4.930 FAIR-Teilnehmer konnten während der bisherigen Projektlaufzeit auf eine Arbeitsstelle wechseln, fast zwei Drittel von ihnen in ein nicht gefördertes Arbeitsverhältnis.

Mit der Einführung des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB II) zum 1. Januar 2005 hat sich die Betreuungszuständigkeit für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe geändert. Der weit überwiegende Teil dieser Personengruppe ist nunmehr in die Zuständigkeit der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft (ARGE) bzw. in die entsprechende Kommune übergewechselt. Die bisherigen FAIR-Geschäftsstellen wurden mit der Gesetzeseinführung auf die Betreuung des Personenkreises aller in den jeweiligen Geschäftsstellen vorschlagenden Arbeitslosen umgestellt. Das mit einem präventiven Ansatz ab Januar 2005 ausgerichtete Programm FAIRneu wird zeigen, inwieweit es mit dem beibehaltenen verbesserten Personalschlüssel und der Fokussierung auf die Integration in ungeforderte Erwerbstätigkeit möglich ist, Arbeitslosigkeit signifikant zu senken.

4.2.4. Berufliche Wiedereingliederung von langzeitarbeitslosen Suchtkranken nach SGB IX

Eine erfolgreiche Integration chronisch kranker oder behinderter Menschen in die Gesellschaft zeigt sich oftmals in der Teilhabe am Arbeitsleben. Insbesondere für suchtkranke Menschen ist die Möglichkeit, nach erfolgreich absolvierter Suchtrehabilitation auf den ursprünglichen Arbeitsplatz zurückzukehren oder eine Arbeit oder Ausbildung überhaupt erst aufnehmen zu können, entscheidend für ihre Stabilisierung und ein entscheidendes Kriterium für eine langfristige Suchtmittelabstinenz. Eine vollständige Erwerbsunfähigkeit zu verhindern und Erwerbsfähigkeit (wieder-)herzustellen sind die Ziele, zu deren Erreichen die Instrumente des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) dienen.

Die große Bedeutung, die die Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke, chronisch kranke und behinderte Menschen hat, hat die Bundesregierung bereits mit dem „Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter“ aus dem Jahr 2000 unterstrichen. Das hierdurch geänderte Schwerbehindertengesetz ist als Teil II in das SGB IX aufgenommen worden. Mit ihm sind die spezifischen Instrumente zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben verbessert und weiterentwickelt worden.

Das vom Deutschen Bundestag inzwischen verabschiedete „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ verbessert die gesetzlichen Rahmenbedingungen, regelt die Weiterentwicklung bewährter Instrumentarien und führt die verantwortlich Handelnden in Betrieben und Institutionen zielgenauer zusammen.

Die erfolgreiche Arbeit der Integrationsfachdienste in den letzten Jahren ist unumstritten. Den dort tätigen Integrationsberatern kommt eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung von passgenauen Arbeitsangeboten für behinderte und chronisch kranke Menschen, der Beratung von Arbeitgebern über Fördermöglichkeiten bei der Einstellung und bei der Begleitung in der Anfangszeit zu. Aus diesem Grund sollen die Integrationsfachdienste stärker mit den Rehabilitationsträgern verzahnt werden, die zu deren Inanspruchnahme mit den Integrationsämtern gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten haben. Es wird betont, dass die Integrationsfachdienste die zentralen Ansprechpartner für die Arbeitgeber sind. Dazu ist ab Januar 2005 die Strukturverantwortung von der Bundesagentur für Arbeit auf die Integrationsämter übergegangen.

Weiterhin ist mit dem Gesetz geplant, dass die Stellung der Schwerbehindertenvertretungen, z. B. durch die Festschreibung ihrer Funktion bei der betrieblichen Prävention, gestärkt wird und dass die Umsetzung der Bestimmungen durch eine Erhöhung des Bußgeldrahmens angereizt wird, um somit stärker in die betriebliche Praxis Eingang zu finden.

In den Betrieben selbst wird die Prävention durch das Gesetz als ein wesentliches Instrument zur Sicherung der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen entscheidend gestärkt und praxisnah weiterentwickelt. Hier werden die Rollen der betrieblichen und außerbetrieblichen Institutionen miteinander verzahnt. Durch eine frühzeitige Prävention im Betrieb können langwierige Folgekosten durch Minderleistungen, Arbeitsunfällen und Fehlzeiten suchtkranker Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorgebeugt werden.

Die Integrationsprojekte sind als niedrighschwellige Beschäftigungsmöglichkeit vor allem für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von Bedeutung. Sie werden durch die Änderung der Abgabeverordnung nunmehr auf eine sichere steuerrechtliche Grundlage gestellt. Sie sind dann als Zweckbetriebe zu behandeln, wenn sie mindestens 40 % schwerbehinderte Menschen der Zielgruppe im Sinne von § 132 Abs. 1 und 2 SGB IX beschäftigen.

4.3. Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Suchtkrankenhilfe

Wohnungslose Suchtkranke

Suchtkranke sind nicht selten wohnungslos und in der Regel chronisch krank. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt die Zahl der allein stehenden Wohnungslosen in Deutschland im Jahr 2000 auf 170.000, wovon etwa 24.000 Menschen, darunter ca. 2.000 bis 2.500 Frauen, ohne jede Unterkunft auf der Straße lebten. Nur etwa ein Drittel von ihnen sind gesetzlich krankenversichert. Durch die Neuregelung des § 37 Abs. 2 Satz 5 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass allein stehende Wohnungslose Behandlungspflege erhalten.

Wohnungslose Menschen wurden früher, obwohl die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht immer gegeben war, von den behandelnden Ärzten häufig vorsorglich ins Krankenhaus überwiesen, um dadurch sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Versorgung und die notwendige Bettruhe sicherzustellen und so eine Verschlimmerung des Krankheitszustands zu vermeiden und eine schnellere Gesundung zu ermöglichen. Begründet wurde dies damit, dass die Krankenkassen keine Behandlungspflege außerhalb eines Haushalts oder einer Familie leisten durften.

Sowohl aus Versorgungs- als auch aus wirtschaftlichen Aspekten war es notwendig, mit dem GMG die strukturellen Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, wohnungslose Menschen in das ambulante Regelversorgungssystem einzugliedern. Eine Voraussetzung ist, dass Behandlungspflege in Einrichtungen, die den krankenversicherten Wohnungslosen aufnehmen, als eine Leistung der Krankenversicherung möglich gemacht wird, um die Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

Suchtkranke und Zuzahlungen

Mit dem GMG sind auch die Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen verändert worden. Grundsätzlich zahlen Versicherte seit dem 1. Januar 2004 Zuzahlungen in Höhe von 10 %, mindestens jedoch 5,- € und höchstens 10,- €. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10,- € je Verordnung. Neu eingeführt wurde die sogenannte Praxisgebühr in Höhe von 10,- € je Quartal. Damit wurde erstmalig eine Zuzahlung für die Inanspruchnahme ärztlicher bzw. zahnärztlicher Leistungen in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen. Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich von der Zuzahlung befreit. Ein wesentlicher Bestandteil der Neuregelungen ist, dass seit dem 1. Januar 2004 alle volljährigen Versicherten der GKV Zuzahlungen zu entrichten haben. Eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen, wie sie das frühere Recht vorsah, gibt es nicht mehr. Die Sozialverträglichkeit der neuen Zuzahlungsregelungen wird trotzdem dadurch gewahrt, dass kein Versicherter mehr als

2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlungen aufzuwenden hat. Für chronisch kranke Versicherte ist diese Belastungsgrenze auf 1 % begrenzt.

Zwar müssen die Krankenkassen in jedem Einzelfall prüfen, ob die Voraussetzungen für eine schwerwiegende chronische Erkrankung erfüllt sind. Für Suchtkranke dürfte dies aber im Regelfall zutreffen. Sobald der Versicherte die individuelle Belastungsgrenze erreicht hat, wird er auf Antrag von der Krankenkasse bereits im laufenden Kalenderjahr für den Rest dieses Kalenderjahres von allen weiterhin anfallenden Zuzahlungen befreit.

Soweit Suchtkranke Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches (Sozialhilfe) erhalten, gilt für sie eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 SGB V). Durch das GMG ist hinsichtlich der Absicherung von Sozialhilfeempfängern, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, eine Neuregelung geschaffen worden (§ 264 Abs. 2 SGB V). Danach sind auch Suchtkranke, die nicht krankenversichert sind und Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches erhalten, seit dem 1. Januar 2004 gesetzlich Krankenversicherten in leistungsrechtlicher Hinsicht gleichgestellt.

Patientenbeauftragte

Helga Kühn-Mengel ist als „Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten“ Ansprechpartnerin auch für suchtkranke Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen im politischen Raum, in Gremien, auf Veranstaltungen und in der Öffentlichkeit. Vorrangig soll ihr Amt, das im Zuge des GMG geschaffen wurde, dazu beitragen, Patientenrechte zu stärken und sie im Gesundheitssystem weiter zu entwickeln.

4.4. Selbsthilfe

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

In Selbsthilfegruppen schließen sich Menschen zusammen, die mit vergleichbaren Problemen, Erkrankungen oder Behinderungen leben, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Durch die gemeinsame Arbeit in regelmäßigen Treffen werden die Mitglieder sozusagen Expertinnen und Experten in eigener Sache, wodurch sie professionelle Hilfe gezielter und gegebenenfalls auch kritischer in Anspruch nehmen können. Durch den Austausch mit Gleichbetroffenen können Erfahrungen reflektiert und die eigene Isolation überwunden werden. Selbsthilfegruppen ersetzen eine professionelle, medizinische oder therapeutische Behandlung in der Regel nicht, sie ergänzen diese Angebote jedoch in sinnvoller Weise.

Die Selbsthilfe lebt von der „geteilten Erfahrung“ der Betroffenen und von der Hilfe und Unterstützung auf Gegenseitigkeit. Junge Suchtkranke unter 30 Jahren werden allerdings kaum von den Angeboten der Suchtselbsthilfe erreicht. Der Altersdurchschnitt in den „traditionellen“ Selbsthilfegruppen liegt deutlich über 40 Jahre. Bei jungen suchtkranken oder -gefährdeten Menschen bestehen große Informationslücken, Kommunikationshindernisse und Vorurteile gegenüber der vorhandenen Suchtselbsthilfe. Sie nehmen daher die Suchtselbsthilfe mit ihren vielen Hilfeangeboten zu wenig als möglichen Weg aus der Sucht wahr. 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 und Soziale Sicherung seit Juni 2003 das von den fünf großen Suchtselbsthilfeverbänden (Kreuzbund, Blaues Kreuz in Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Deutscher Guttempler-Orden) gemeinsam durchgeführte Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe.“

Im einzelnen sollen mit diesem Projekt folgende Ziele erreicht werden:

- wechselseitiger Abbau von Vorurteilen;
- Einleitung von Veränderungsprozessen in den Selbsthilfegruppen und -verbänden, um junge suchtkranke oder -gefährdete Menschen stärker zu integrieren;
- Erarbeitung altersadäquater Angebote durch und für junge Leute, die den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen;
- Qualifizierung freiwilliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Arbeit mit jungen Suchtkranken und -gefährdeten;
- Zusammenarbeit mit Mitarbeitern im ambulanten und stationären Bereich, damit sie junge Suchtkranke vermitteln und so eine optimale Versorgung erreicht werden kann;

- Zusammenwirken mit Einrichtungen der Jugendhilfe, Schulen, Vereinen, Behörden etc., die Kontakt mit jungen Suchtkranken oder -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.

Um eine gesicherte Grundlage für die Entwicklung hilfreicher Angebote zu erreichen, wurde im Jahre 2003 zunächst eine Befragung nach Problemlagen, nach Wünschen und Vorstellungen zur Selbsthilfe bei jungen Suchtkranken in Fachkliniken und in den Selbsthilfegruppen durchgeführt. Außerdem wurden das Fachpersonal in Beratungsstellen und Fachkliniken sowie die Gruppenleiterinnen und -leiter der Verbände und der bestehenden Gruppen für junge Suchtkranke befragt. Im Zuge dieser Erhebung war die Erkenntnis besonders erschreckend, dass 69 % der jungen Patientinnen und Patienten in den Fachkliniken angaben, dass es in ihrer Herkunftsfamilie Suchtprobleme (in erster Linie mit Alkohol) gab. Dies unterstreicht die Vermutung, dass eine große gesellschaftliche Herausforderung darin besteht, diesen „Suchtkreislauf“ zu durchbrechen.

Im weiteren Projektverlauf (bis Anfang 2006) werden in Workshops Gruppenleiterinnen und -leiter und andere freiwillige und ehrenamtliche Interessierte geschult, die den Aufbau von spezifischen Angeboten für diese Altersgruppe in den Verbänden voranbringen und unterstützen wollen. Auch ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit geplant, die mit Hilfe von Plakaten, Flyern und Aktionen auf die Problematik und auf die Hilfemöglichkeiten aufmerksam machen wird. Schon jetzt ist feststellbar, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik „junge Suchtkranke“ in den Verbänden zudem eine intensive Diskussion um neue Arbeitsformen und Inhalte der Gruppen anregt (z. B. Umgang mit Mischkonsum/Mehrfachabhängigkeit).

4.4.2. Selbsthilfe für Frauen mit Medikamentenproblemen

Erfahrungen in der Suchtselbsthilfe zeigen, dass Frauen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen ihre Themen häufig nicht ausreichend bearbeiten können. Sie lassen sich in Gruppen schnell auf „versorgende“ Funktionen festlegen, sorgen für ein gutes Gruppenklima, zeigen Einfühlungsvermögen in die Probleme anderer und profitieren letztlich weniger für ihre eigene Entwicklung. Diese Erkenntnis führte in den letzten Jahren in vielen Bereichen zur Gründung von Frauengruppen.

Im Suchtbereich sind Selbsthilfegruppen oftmals die erste Anlaufstelle für Betroffene, die Informationen und Hilfen suchen. Medikamentenabhängige sind hier jedoch, wie auch in der professionellen Suchtkrankenhilfe, bisher unterrepräsentiert. In der Suchtselbsthilfe liegt der Anteil medikamentenabhängiger Frauen und Männer laut Statistik der fünf großen Selbsthilfe- und Abstinenzverbände von 2003 im Durchschnitt bei 2,7 Prozent. Dies wirft die Frage auf, was Frauen mit Medikamentenproblemen hindert, sich in Selbsthilfegruppen zu organisieren oder dort Hilfe zu suchen. Hierfür werden sowohl Gründe auf Seiten der betroffenen Frauen wie auch auf Seiten der bisher bestehenden Selbsthilfeangebote angeführt.

In traditionellen Suchtselbsthilfegruppen fühlen Medikamentenabhängige sich häufig nicht verstanden und können auf der anderen Seite die Erfahrungen z. B. von Alkoholabhängigen nicht nachvollziehen, was ihnen mitunter den Vorwurf des Hegens von Vorurteilen und der Überheblichkeit gegenüber anderen Abhängigen einbringt. Auf der anderen Seite fehlen in diesen Gruppen meist Informationen über die Besonderheiten der Medikamentenabhängigkeit. Häufig wird diese unterschätzt, indem z. B. die vormals konsumierten Alkoholmengen der scheinbar winzigen Menge der Medikamente gegenübergestellt werden. Unbekannt sind z. B. auch die lange Entzugsdauer bei Benzodiazepinen, abweichende Versuchungs- und Rückfallsituationen sowie die Abgrenzung von medizinisch notwendigen Medikamenteneinnahmen.

In vielen Suchtselbsthilfegruppen dominieren die Themen alkoholabhängiger Männer, was sich aus der historischen Entwicklung der Abstinenz- und Suchtselbsthilfebewegung als Helfergemeinschaften für trinkende Männer erklärt. Die ersten Frauengruppen richteten sich zunächst insbesondere an die Angehörigen. Der zunehmende Aufbau von Frauengruppen im Suchtbereich zeigt, dass diese positiv zur Arbeit der Suchtselbsthilfe beitragen. In der Praxis wird medikamentenabhängigen Frauen oft empfohlen, sich im Suchtbereich zumindest an Frauengruppen zu wenden, weil sie hier mit ihren frauentypischen Problemkonstellationen auf mehr Verständnis stoßen. Angebote für medikamentenabhängige Frauen stellen in der Suchtselbsthilfe wie auch in der professionellen Suchtkrankenhilfe eine „doppelte Spezialisierung“ dar.

Frauen mit Medikamentenproblemen orientieren sich bei ihrer Suche nach Hilfe an den ursprünglichen psychischen bzw. psychosomatischen Beschwerden und betrachten sich nicht als abhängig. Ihr Interesse richtet sich eher auf „Information“ über das jeweilige Symptom, wie z. B. Ängste oder Schmerzen, als auf „Sucht“. Für sie stellt sich – die Bereitschaft zum Besuch einer Selbsthilfegruppe vorausgesetzt – die prinzipielle Frage, wo sie sich eher zuordnen wollen: zur Abhängigkeit oder zu der Ursprungserkrankung. Ein Teil der Betroffenen findet sich so z. B. in Selbsthilfegruppen zu Angststörungen wieder, ohne dort ihre Abhängigkeit offen zu legen. Leider werden die Themen der Suchtselbsthilfe und der Gesundheitsselbsthilfe bisher nur in geringem Maße gemeinsam behandelt.

Das von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) im Rahmen eines von Anfang 2002 bis August 2004 befristeten Projektes herausgegebene Handbuch „Nicht mehr alles schlucken...!“ soll Interessierten als Unterstützung beim Aufbau von Gruppen dienen. Hier werden im Überblick wichtige Schritte zur Gründung einer Selbsthilfegruppe erläutert und durch Hinweise auf Unterstützungsstellen sowie Literaturtipps ergänzt. Der Hauptteil bietet konkrete Anregungen für die Durchführung von themenzentrierten Gruppentreffen, die besonders das Selbstverständnis als Frau sowie die Auseinandersetzung mit dem psychosomatischen Hintergrund und der Funktionalität des Medikamentenkonsums aufgreifen. Die wichtigsten Fakten rund um Medikamentenabhängigkeit und ein kurzer „Selbsttest zum Medikamentenkonsum“ sollen insbesondere Selbsthilfegruppen zu anderen Erkrankungen oder Abhängigkeiten als Orientierung dienen. Zur Verbesserung der Situation für Medikamentenabhängige stellt Selbsthilfeförderung ein wichtiger Baustein dar. Ohne weitere Anstrengungen und Entwicklungen auf professioneller Seite sind die vorhandenen Defizite nicht durch Selbsthilfe aufzufangen und auszugleichen. Hier ist zuallererst eine höhere Sensibilisierung auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte sowie die vermehrte Information der Öffentlichkeit und spezielle Angebote im Rahmen der Suchtkrankenhilfe zu wünschen.

Der Projektbericht zum oben genannten Projekt wurde im Rahmen einer Schriftenreihe des BKK Bundesverbandes veröffentlicht. Darüber hinaus haben die Projektpartner DHS und BKK im März 2005 eine Fachtagung zum Thema Medikamentenabhängigkeit durchgeführt.

4.4.3. Suchtselbsthilfe-Konferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Mit dem Thema der 6. Suchtselbsthilfekonferenz „Suchtselbsthilfe im Spannungsfeld“, die vom 23. bis 25. April 2004 in Bonn stattfand, befasste sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) mit Spannungen und Konfliktbereichen, in denen sich die Suchtselbsthilfe bewegt. Am Beispiel der Spannungsfelder „Selbsthilfe – professionelle Hilfe“, „Selbsthilfe – Politik“ und „Gruppe – Verband“ wurden zielgruppen- und verbandsübergreifend konstruktive Lösungen diskutiert. Insgesamt haben sich 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der traditionellen Suchtselbsthilfe, Angehörigenverbänden, Gruppen und Initiativen der Selbsthilfe bei Drogenabhängigkeit, dem Bereich Selbsthilfe im Internet sowie Vertreterinnen und Vertreter der Kosten- und Leistungsträger an den Diskussionen beteiligt. Im folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Diskussionen skizziert.

Spannungsfeld Selbsthilfe – professionelle Hilfe:

Die Beziehung der Selbsthilfe zur professionellen Hilfe ist häufig geprägt von den Polen Kooperation und Rivalität. Diskutiert wurde, wie die Beziehung verbessert und die Kooperation gefördert werden kann. In Selbsthilfegruppen wird man Mitglied aufgrund der eigenen Betroffenheit, während professionelle Helferinnen und Helfer aufgrund ihrer erlernten

Berufe in der Suchthilfe tätig sind. Aus Sicht der Selbsthilfe agieren beide Systeme nebeneinander und eine Abstimmung der Hilfen zugunsten der Abhängigen bleibt häufig aus. Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe konnte jedoch durch 30 Nachsorgereferentinnen und -referenten in Deutschland unterstützt werden, welche die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) finanziert. Aufgabe dieser Fachreferenten, die sowohl aus der Selbsthilfe als auch aus der professionellen Hilfe kommen, ist die schrittweise Etablierung regionaler Angebote und Maßnahmen der Nachsorge, die zur Rückfallvermeidung und (Wieder-)Eingliederung suchtkranker Menschen im Sinne sozialer und beruflicher Integration dienen.

Spannungsfeld Selbsthilfe – Sozialpolitik:

Bedingt durch finanzielle Engpässe, hat sich der Druck auf das Hilfesystem in Deutschland weiter verschärft. Beispielsweise befürchten professionelle Helfer, dass ihre Mittel gekürzt werden, Selbsthilfe hingegen gefördert wird. Von Seiten der Selbsthilfe wurden Bedenken geäußert, dass mit dem Wegfall von Hilfsstrukturen Selbsthilfegruppen entgegen ihrem eigenen Selbstverständnis verpflichtet werden, Löcher im Versorgungssystem zu stopfen. Die Kooperation zwischen allen Agierenden ist ein wichtiger Garant für das Funktionieren des Suchtkrankenhilfesystems. Dabei sollten insbesondere Kommunen sich im Rahmen ihrer Daseinsfürsorge der Finanzierung nicht völlig entziehen und nicht die Schließung ambulanter Beratungsstellen und komplementärer Einrichtungen, wie z. B. Schuldnerberatungen, billigend in Kauf nehmen. Wenn Suchtkranke nicht mehr adäquat versorgt werden, verlieren sie früher oder später ihren Arbeitsplatz und werden dauerhaft zu Beziehern von Sozialhilfeleistungen. Aus diesem Grund ist es notwendig, immer wieder transparent zu machen, dass Anstrengungen aller Beteiligten notwendig sind, wenn die jeweiligen Behandlungs- und Beratungsschritte für Suchtkranke ineinander greifen und Versorgungslücken vermieden werden sollen.

Spannungsfeld Selbsthilfegruppen – Verband:

Diskutiert wurde, inwieweit Selbsthilfegruppen im Sinne des Verbandes handeln bzw. der Verband als Dienstleister für die Gruppen verstanden werden soll. Die Autonomie der Gruppe kann der vorgegebenen Ordnung des Verbandes gegenüberstehen. Spannungen können entstehen, z. B. durch eigenmächtiges Handeln der Gruppe. Der Verband sollte Dienstleister für seine Gruppen sein, sich für die Interessen seiner Mitglieder engagieren, ihre Bedürfnisse gegenüber der Öffentlichkeit und Kostenträgern artikulieren und ehrenamtliches Engagement akquirieren. Der Verband muss hier den Balanceakt leisten, einerseits von der Verbandsebene aus neue Impulse in die Gruppen zu geben und andererseits Bedürfnisse aus den Gruppen wahrzunehmen und in die Verbandsebene zu transportieren.

4.4.4. Selbsthilfe im Internet

Im Internet gibt es bereits verschiedene Internetportale, die suchtkranken Menschen, Angehörigen und anderen Interessierten umfassende Information, Hilfestellung und Kontakt zu anderen Betroffenen offerieren. In der Öffentlichkeit ist bisher nur wenig über Umfang, Qualität und Seriosität solcher Angebote im Internet bekannt. Die Nutzung dieser Informationstechnologie schafft möglicherweise weitere Kommunikations- und Zugangswege für Zielgruppen, die bisher das Angebot der regionalen Suchtselbsthilfegruppen nicht in Anspruch genommen haben.

50 Vertreterinnen und Vertreter von Anbietern im Netz trafen in einem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) veranstalteten Workshop vom 17. bis 19. September 2004 in Hamburg zusammen. So konnte erstmalig ein Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen „realer“ und „virtueller“ Suchtselbsthilfe initiiert werden. Es wurden inhaltliche Kriterien für einen Leitfaden bzw. eine Empfehlung zur Entwicklung von Internetangeboten für Suchtselbsthilfe diskutiert. Mit dem Leitfaden sollen Selbsthilfegruppen, -verbände und andere interessierte Personen bei der Planung und beim Aufbau ihrer Internetseite Unterstützung erhalten. Ferner sollen die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote sowie der Schutz von Anbietern und Usern gefördert werden. Dabei liegt der Schwerpunkt des Leitfadens auf der inhaltlichen Ausgestaltung und konzeptionellen Planung von Internetseiten, weniger in der technischen Realisation. Der Leitfaden wurde Anfang 2005 im Internet unter www.dhs.de veröffentlicht.

Das Projekt wurde von den Ersatzkassen (Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Techniker Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse, Hamburg-Münchener-Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse, Krankenkasse für Bau- und Holzberufe, KEH Ersatzkasse und Gmünder Ersatzkasse) gefördert.

4.4.5. Anonyme Alkoholiker (Selbstdarstellung)

Bei dem folgenden Beitrag handelt es sich um eine Selbstdarstellung der Anonymen Alkoholiker Interessensgemeinschaft e. V.

Die Anonymen Alkoholiker (AA) sind eine Gemeinschaft von Frauen und Männern, die erkannt haben, dass sie ihren Alkoholkonsum nicht mehr kontrollieren können, dass sie sich selbst damit zu Grunde richten und ihren Familien und ihrem Umfeld unerträglichen Schaden zufügen.

Die Gemeinschaft existiert seit siebzig Jahren, hat im deutschsprachigen Raum etwa 40.000 und weltweit um die zwei Millionen Mitglieder. In fast allen Ländern der Erde existieren

unsere Gruppen. Wir kennen nur einen Hauptzweck: „nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen“ (Präambel). Wir sind keine medizinische Organisation, weder verabreichen noch vermitteln wir Medikamente, wir bieten auch keine psychologische Beratung oder therapeutische Behandlung. Die Gemeinschaft unterhält keine Sozialdienste, stellt weder Unterkunft noch Verpflegung, Kleidung, Arbeit oder Geld zur Verfügung. Die Selbsthilfegemeinschaft der Anonymen Alkoholiker bietet jedoch noch trinkenden Alkoholikern die wichtigste Hilfe: die gegenseitige Aussprache, die Gemeinsamkeit der Erfahrungen und die ständige Hilfsbereitschaft zu jeder Tages- und Nachtzeit. Bei den AA werden Alkoholiker vorbehaltlos akzeptiert. In unserer Gemeinschaft lernen sie, sich wieder sicher im Leben zu bewegen – so dass sie schließlich wieder als vollwertiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft anerkannt werden.

In unseren Gruppen finden sich Leute jeden Standes, jeder Religion und Geisteshaltung, jeder Nationalität, alte und junge Frauen und Männer. Wir sind vereint durch unser gemeinsames Problem – den Alkohol. Wenn wir uns treffen und miteinander sprechen, können wir unsere „Erfahrung, Kraft und Hoffnung teilen“ (Präambel) und so versuchen, nüchtern zu leben. Wir haben die Chance, den Zwang des Trinkens, eine Macht, die unser früheres Leben bestimmt und beherrscht hat, zu durchbrechen. Wir wissen aber auch, dass jemand, der erst einmal die unsichtbare Grenze zwischen normalem und zwanghaftem Trinken überschritten hat, immer ein Alkoholiker bleiben wird. Auch aus diesem Grunde wird niemand diskriminiert, der rückfällig geworden ist.

Für einen Alkoholiker, der ein Leben ohne Alkohol führen will, genügt es nicht, dass er das „erste Glas“ stehen lässt. Um nicht rückfällig zu werden, braucht er ein spirituelles Programm für sein zukünftiges Leben. Die Anonymen Alkoholiker haben ihr „Programm“ in „Zwölf Schritte“ eingeteilt. Der Erste Schritt „Wir geben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos waren – und unser Leben nicht mehr meistern konnten“ ist die notwendige Voraussetzung für einen neuen Anfang. Die übrigen elf Schritte sind Empfehlungen, gewonnen aus bitteren Erfahrungen unzähliger Alkoholiker, die dem Betroffenen helfen sollen, zu genesen, sein nüchternes Leben einzurichten und schließlich wieder als vollwertiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft anerkannt zu werden.

Die Anonymität ist eine Grundlage der Gemeinschaft und deshalb in den „Zwölf Traditionen“ verankert. Sie macht es möglich, dass wir ein Zusammenschluss von Gleichen sind, die Prinzipien über Personen stellen und im Mitglied nur den Alkoholiker sehen, nichts anderes. Die Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist einzig und allein „der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören“ (Präambel). Die Mitglieder sprechen sich nur mit Vornamen an und interessieren sich nicht für die Stellung des anderen in der Gesellschaft. Es gibt weder Protokolle noch Mitgliederkarteien, geschweige denn Hierarchien. Jeder, der sich an unsere Gemeinschaft mit der Bitte um Hilfe wendet, muss sicher sein, dass seine Identität nach Außen gewahrt wird und sein Problem dort verbleibt, wo er es vertrauensvoll vorgetragen hat.

Meetings heißen unsere regelmäßig stattfindenden Gruppentreffen. Im Allgemeinen werden sie an jeweils gleicher Stelle einmal oder mehrmals wöchentlich zu festgelegten Zeiten abgehalten. Man wird weder aufgenommen noch muss man sich anmelden. Man zahlt auch keinen obligatorischen Beitrag, die Gemeinschaft erhält sich durch freiwillige Spenden ihrer Mitglieder. Man geht einfach hin und gehört dazu, wenn man Alkoholiker ist oder den ehrlichen Wunsch hat, das Trinken aufzugeben.

Die Erkenntnis, mit seinem Problem nicht alleine dazustehen, und das Gefühl, verstanden zu werden, machen Mut. Die Beispiele anderer, die aus scheinbar auswegloser Lage einen neuen Start ins Leben gefunden haben, geben Hoffnung. Die wahre Bedeutung des eigenen Anteils bei seinen Schwierigkeiten erkennt der Alkoholiker oft erst bei der Aussprache.

Wir Anonymen Alkoholiker geben die Botschaft weiter, dass es möglich ist, bei Einhaltung der Empfehlungen der „Zwölf Schritte“ nüchtern und zufrieden zu leben. Für die Weitergabe dieser Botschaft benötigen wir die Unterstützung aller, die im Bereich unserer Krankheit beruflich oder ehrenamtlich tätig sind.

Wie findet man uns?

In den meisten größeren Städten gibt es Kontaktstellen, die im örtlichen Telefonbuch zu finden oder über die bundeseinheitliche Telefonnummer 19295 (mit örtlicher Vorwahl) erreichbar sind und Auskunft über Termine geben. Alle Meetings und weitere Informationen finden sich auch auf unserer Homepage www.anonyme-alkoholiker.de.

Liste der Suchtselbsthilfe- und Abstinenzverbände mit eigenen Internetpräsenzen:

Al-Anon Familiengruppen/Alateen:
www.al-anon.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e. V.:
www.blaues-kreuz.org

Blaues Kreuz in Deutschland e. V.:
www.blaues-kreuz.de

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V.:
www.akzeptierende-eltern.de

Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e. V.:

home.snafu.de/bvek

Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e. V.:

www.deutscher-frauenbund.de

FASworld Deutschland:

www.fasworld.de

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V.:

www.freundeskreise-sucht.de

Guttempler in Deutschland:

www.guttempler.de

Juvente Deutschland:

www.juvente.de

Kreuzbund e. V.:

www.kreuzbund.de

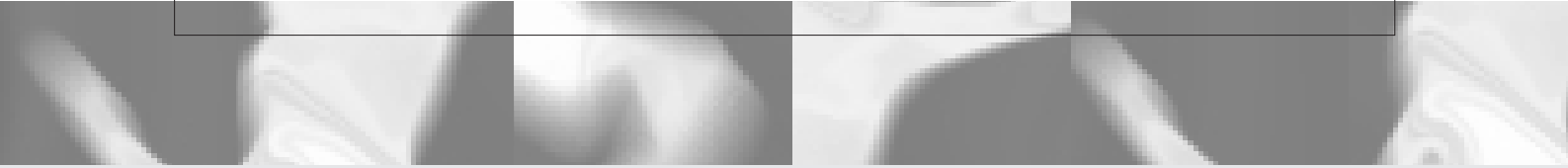
Narcotics anonymous deutschsprachige Region:

www.narcotics-anonymous.de

Stiftung zur Selbsthilfe Suchtkranker und Suchtgefährdeter:

www.stiftung-hilfe-zur-selbsthilfe.de

5. Repression und Angebotsreduzierung



5. Repression und Angebotsreduzierung

5.1. Studie „Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung zum 1. März 2004“

Die Tabaksteuer ist ein wesentliches Lenkungsinstrument zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland. Sie ist Teil des „Policy Mix“ struktureller und präventiver 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.

Die Bundesregierung hat daher eine dreistufige Erhöhung der Tabaksteuer um 1 € pro Schachtel beschlossen. Nach der Einigung im Vermittlungsausschuss wurde am 19. Dezember 2003 durch Bundestag und Bundesrat eine 3-stufige Erhöhung um je 1,2 Cent pro Zigarette festgesetzt. 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 tritt zum 1. September 2005 in Kraft. Bei losem Feinschnitt wurde eine Erhöhung um 50 % von 35,82 € auf 53,82 € je Kilogramm beschlossen.

Zu der am 1. März 2004 wirksam gewordenen Tabaksteuererhöhung wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom Institut für Therapieforschung in Kiel (IFT Nord) erneut eine Untersuchung durchgeführt. Die Tabaksteuererhöhungen in den Jahren 2002 und 2003 hat das BMGS ebenfalls zum Anlass genommen, eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchzuführen. Die Studie „Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen zum 1. März 2004“ schreibt somit die vorherigen Untersuchungen mit den selben Fragestellungen fort und lässt dadurch einen Vergleich zu. Sie kommt u. a. zu folgenden Ergebnissen:

Akzeptanz der Steuererhöhung

Vor der Tabaksteuererhöhung befürworteten 39,7 % die Erhöhung, nach der Steuererhöhung sind es 43,0 %. Vor der Steuererhöhung lehnten 41,3 % sie ab, nach der Erhöhung sind es 38,7 %.

Auswirkungen der Tabaksteuer auf den Tabakkonsum

Vor der Erhöhung bekundeten 54,5 %, dass sie die Steuererhöhung zum Anlass nehmen werden, über ihr Rauchverhalten nachzudenken. 45,5 % der Raucherinnen und Raucher sahen dazu keine Veranlassung. Nach der Erhöhung gaben noch 34,0 % der (Ex-)Raucherinnen und Raucher an, dass sie über ihr Verhalten nachgedacht hätten, während sich zwei Drittel nicht dazu veranlasst sahen. 7,9 % der Raucherinnen und Raucher gaben an, wegen

der Erhöhung der Tabaksteuer das Rauchen ganz aufgegeben zu haben, weitere 16,5 % haben ihren Konsum reduziert. Die Anzahl konsumierter Zigaretten reduzierte sich nach der Steuererhöhung in der Gesamtstichprobe um 1,23 %. Nach den Tabaksteuererhöhungen der Jahre 2002 und 2003 gaben 4,7 % bzw. 4,0 % der Raucher und Raucherinnen an, auf Grund der Steuererhöhung mit dem Rauchen aufgehört zu haben.

Diese 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. Auch die Auswirkungen der zweiten Stufe der Tabaksteuererhöhung, die zum 1. Dezember 2004 in Kraft getreten ist, werden untersucht. Mit den Ergebnissen wird in der ersten Jahreshälfte 2005 zu rechnen sein. Alle genannten Studien sind im Internet unter www.drogenbeauftragte.de zu finden.

5.2. Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel

Mit der EU-Osterweiterung zum 1. Mai 2004 sind die Warenkontrollen an den Grenzen zu Polen und Tschechien entfallen. Belastbares Zahlenmaterial über eine tatsächliche Zunahme des Zigarettenschmuggels oder sogar das konkrete Ausmaß dieser Zunahme nach dem 1. Mai 2004 liegt nicht vor; entsprechende Aussagen beruhen auf Schätzungen.

Um dem allgemeinen Schmuggelrisiko zu begegnen, hat die Bundesregierung frühzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen. So wurden zum 1. Mai 2004 die bis dahin existierenden Mobil-Kontrollgruppen (MKG) beträchtlich verstärkt. Zur Unterstützung ihrer Arbeit sind im Hinterland der verkehrsreichsten Grenzübergänge mobile LKW-Röntgenanlagen im Einsatz.

Unabhängig davon bekämpft der Zollfahndungsdienst mit personalstarken Arbeitseinheiten die Organisierte Kriminalität im Bereich des Zigarettenschmuggels. Ein neu erarbeitetes Konzept stellt zudem eine noch engere und damit effizientere Zusammenarbeit zwischen MKG und Zollfahndung sicher.

Im Jahr 2004 haben MKG und Zollfahndung insgesamt etwas mehr als 400 Mio. Zigaretten sichergestellt. Wie schon in den Jahren zuvor waren etwa 50 % dieser Zigaretten für den englischen Markt bestimmt.

Auf Grundlage der Sicherstellungszahlen des Zolls kann über den Gesamtumfang des Schwarzmarktanteils (Dunkelfeld) keine Aussage getroffen werden.

Vorbeugend hat die Bundesregierung von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, gegenüber den neuen Mitgliedstaaten, wie z. B. Polen und Tschechien, die für Zigaretten geltenden

Freimengen im Reiseverkehr auf die bei der Einreise aus Drittländern geltenden Menge von 200 Stück zu beschränken.

5.3. Strategie des Bundeskriminalamtes zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität

Rauschgiftkriminalität als Kernbereich der Organisierten Kriminalität

Der international organisierte Drogenhandel ist auf Groß- und Zwischenhandelsebene von zahlreichen bandenmäßigen Zusammenschlüssen bis hin zu Organisationen gekennzeichnet, die in ihren Strukturen mit Wirtschaftsunternehmen vergleichbar sind und sich der Mittel und Methoden der Organisierten Kriminalität bedienen. Insbesondere wegen der hohen Profitmargen gilt die Rauschgiftkriminalität als wesentlicher Teilbereich der international organisierten Kriminalität. In diesem Zusammenhang liegt die Hauptaufgabe des Bundeskriminalamtes (BKA) in einem zielgerichteten Vorgehen gegen die kriminellen Strukturen des international organisierten Rauschgifthandels.

Um den interkontinental vernetzten Händlerorganisationen wirkungsvoll und nachhaltig entgegenzutreten zu können, bedarf es einer im nationalen und internationalen Rahmen abgestimmten Gesamtstrategie aller Ebenen der Strafverfolgungsbehörden, die von Aktivitäten in den Anbau- und Transitregionen bis hin zu einzelnen Ermittlungs- und Kontrollmaßnahmen innerhalb des Absatzmarktes Europa reicht und alle Ebenen des Rauschgifthandels berücksichtigt.

Insbesondere auf der Ebene des organisierten Drogenhandels steht für das BKA weniger die Aufklärung einzelner Straftaten im Vordergrund einer erfolgreichen Bekämpfung der Organisierten Kriminalität als vielmehr die Aufdeckung von übergreifenden Zusammenhängen, die ein Vorgehen gegen kriminelle Organisationen und deren nachhaltige Beeinträchtigung ermöglichen. Unter Nutzung der Gesamtpalette polizeilicher Informationsgewinnungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt bei den verdeckten Maßnahmen und bei Logistikanätzen (z. B. Finanzaufklärungen, Transportmonitoring, Informationslogistik, personelle Logistik) sollen Strukturen erkannt und Ansätze für weitergehende struktur- und täterbezogene Ermittlungen gewonnen werden.

Ermittlungsverfahren im Bereich der Organisierten Kriminalität müssen sich primär gegen Organisationen im Sinne krimineller Unternehmen und verantwortliche Personen richten. Neben der strafrechtlichen Sanktionierung der beteiligten Personen, insbesondere der Organisatoren, sollte als Ziel auch die nachhaltige Beeinträchtigung des „kriminellen Unternehmens“ und damit dessen künftige Handlungsunfähigkeit stehen. Dazu sind in besonderem Maße auch Mittel der Finanzaufklärungen einzusetzen, um den kriminellen Organisationen die finanzielle Grundlage für ihre Aktivitäten zu entziehen.

Bekämpfungsansätze des BKA

Die Bekämpfungsansätze des BKA berücksichtigen die oben dargestellten Aussagen. Das Bundeskriminalamt konzentriert sich im Rahmen seiner Strategie zur Bekämpfung der international organisierten Rauschgiftkriminalität auf Informationsanalysen zur Strukturerkennung hinsichtlich der kriminellen Organisationen. Dabei werden vorrangig folgende drei Ziele verfolgt:

- Fertigung operativer Analysen zur Initiierung von Strukturermittlungsverfahren;
- Gewinnung aktueller, aussagekräftiger Lagebilder;
- Fortschreibung strategischer und operativer Konzepte zur Bekämpfung der international organisierten Rauschgiftkriminalität.

Zur Erreichung insbesondere des ersten Zieles dient die Durchführung von Sonderauswertungen. Hierbei handelt es sich um prioritäre Komplexe im Rahmen der operativen Auswertung, die nach den Regeln des Projektmanagements geführt werden und durch die eine aktive Auswertung unter Fokussierung auf die Organisierte Kriminalität sowie ein verbessertes Zusammenwirken in den Bereichen Auswertung und Ermittlungen mit Beteiligung der Länder und des Zolls und verschiedener nichtpolizeilicher Behörden erreicht werden soll.

Ziel der Sonderauswertungen des BKA ist es, (Teil-)Strukturen international organisierter Drogenkriminalität in Deutschland zu erkennen (bis zum Vorliegen eines Anfangsverdachts gem. § 152 StPO i.V.m. § 129 StGB oder § 30b BtMG), um dann Strukturverfahren im BKA (und in den Bundesländern) zu initiieren. Dabei ist ein weiteres Ziel des BKA, diese in Deutschland geführten Strukturermittlungen möglichst auch im internationalen Verbund mit den Strafverfolgungsbehörden der Staaten zu führen, in denen sich weitere Teile der kriminellen Organisation befinden.

Die Inhalte der vom BKA durchgeführten Sonderauswertungen werden als Element einer engen Bund-/Länder-Kooperation im Rahmen der polizeilichen Gremienarbeit abgestimmt. Sie entsprechen den im BKA und in den Ländern primär bearbeiteten Phänomenen und greifen Bereiche auf, in denen Strukturen des international organisierten Rauschgift Handels in Deutschland vermutet werden.

Bei der Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität forciert das BKA zudem die so genannte Vorverlagerungsstrategie. Im Rahmen der Vorverlagerungsstrategie wird der international organisierten Drogenkriminalität bereits in den Rauschgift herkunfts- und -transitländern begegnet. Dieser Ansatz beinhaltet sowohl die Entsendung von Verbindungsbeamten „vor Ort“ als auch die gezielte Ausbildungs- und Ausstattungshilfe sowie weitere Maßnahmen zur Intensivierung der operativen Zusammenarbeit mit den in diesem Rahmen unterstützten Staaten.

Die Entsendung von Verbindungsbeamten soll den Informationsaustausch zwischen der deutschen und der jeweiligen nationalen Strafverfolgungsbehörde fördern. Unter anderem

sollen vor Ort Informationen über die in und von den Rauschgiftherkunftsländern aus agierenden Straftätergruppierungen erhoben werden. Verbindungsbeamte dienen insbesondere dem Informationsaustausch im Rahmen der o. a. Sonderauswertungen und bei Ermittlungen sowie der Koordinierung operativer Maßnahmen.

Das Ziel der Ausbildungs- und Ausstattungshilfe ist es, die Polizei der unterstützten Staaten mit den internationalen Standards der Ermittlungsarbeit vertraut zu machen und diese anzuwenden. Ein weiteres Anliegen ist die Gewinnung polizeilicher Stipendiaten, die im Zuge der Ausbildungshilfe aus Rauschgiftanbau- oder Transitländern nach Deutschland entsandt werden, um als künftige polizeiliche Ansprechpartner im Ausland zur Verbesserung des Informationsaustausches beizutragen und gegebenenfalls Unterstützung in eigenen oder gemeinsamen Auswertungen oder Ermittlungsverfahren zu erhalten.

Ein neues Element der Vorverlagerungsstrategie des BKA ist die Intensivierung der operativen internationalen Zusammenarbeit. Dabei ist beabsichtigt, Dienststellen, denen im Rahmen der Ausbildungs- und Ausstattungsmaßnahmen Unterstützung gewährt wurde, bei der Anwendung in der Praxis zu begleiten. Im Rahmen von Schwerpunktprogrammen werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BKA im Gastland bei der Durchführung von operativ-taktischen Maßnahmen beraten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gastlandes im Rahmen dienstkundlicher Veranstaltungen schulen.

5.4. Drogenbedingte Verkehrsunfälle

Bis zum Jahr 1998 konnte die Beeinflussung von Kraftfahrern durch illegale Drogen nur geahndet werden, wenn fehlende Fahrtüchtigkeit nachweisbar war. Aufgrund gesetzlicher Änderungen im Jahre 1998 wird nunmehr die Verkehrsteilnahme unter dem Einfluss von illegalen Drogen als Ordnungswidrigkeit geahndet. 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 Drogenbeeinflussung nachgewiesen werden konnte, nahm in den letzten Jahren deutlich zu. Zwischen 1997 und 2003 stieg die Zahl der Unfälle mit Personenschaden und der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ von 612 auf 1.409, das entspricht einem Anstieg um rund 130 %. Im Gegensatz hierzu ging die Gesamtzahl aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden in diesem Zeitraum um ca. 7 % zurück (von 381.000 auf 354.000).

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 Wohnungswesen (BMVBW) hat die Bundesanstalt für Straßenwesen das 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. Unterstützt wird die Entdeckung auch durch den Einsatz von Drogenschnelltests.

Drogenbeeinflusste Kraftfahrer müssen zunehmend damit rechnen, dass die Drogenfahrt erkannt und bestraft wird. Hieran hat sich auch durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 21. Dezember 2004 (Az. 1 BvR 2652/03) zu Fahrten unter Cannabiseinfluss nichts geändert. Das Urteil ist keineswegs als Lockerung des Verbotes für Fahrten unter Cannabiseinfluss zu verstehen. Es besagt lediglich, dass für eine Anwendbarkeit des § 24a Abs. 2 StVG die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit aufgrund der Wirkung von Cannabis auf den Kraftfahrzeugführer zum Zeitpunkt, in dem das Fahrzeug geführt wird, noch "möglich" sein muss. Dem Urteil ist zu entnehmen, dass dies unter einer nachgewiesenen THC-Konzentration von 1,0 ng/ml im Blut nicht mehr in Betracht kommt. Die vermehrte Ahndung von Drogenfahrten ist anerkanntermaßen ein wichtiger Beitrag zur Prävention.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass derzeit im Auftrag des BMVBW von der Bundesanstalt für Straßenwesen ein Projekt durchgeführt wird, bei dem mittels einer Umfrage bei toxikologischen Labors die Auswirkungen der gesetzlichen Maßnahmen gegen Drogen im Verkehr auf die Zahl der entdeckten Drogenfahrten ermittelt werden. Ein weiteres Forschungsprojekt widmet sich dem Einsatz von Drogenanalyseverfahren und der ihnen zugrunde liegenden Gütekriterien bei der Fahreignungsbegutachtung. Ziel ist es insbesondere, eine ausreichende Qualitätskontrolle der angewandten Verfahren zu gewährleisten.

Die Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit durch Drogen kann nicht ausschließlich als nationales Problem angesehen werden. Eine enge europäische Zusammenarbeit wird derzeit auf verschiedenen Ebenen (z. B. Verwaltung, Wissenschaft, Polizei) intensiv vorangetrieben.

5.5. Grundstoffüberwachung in der Europäischen Union

Bei den so genannten „Grundstoffen“ oder auch „Drogenausgangsstoffen“ handelt es sich um 23 international und EU-weit gelistete chemische Substanzen, die im Allgemeinen zu legalen Zwecken verwendet und auf legalem Weg gehandelt werden. Sie werden aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu diesem Zweck aus

dem legalen Handelsverkehr missbräuchlich abgezweigt, zum Beispiel Essigsäureanhydrid für die Heroinherstellung und Kaliumpermanganat zur Kokainproduktion. Das EU-Recht regelt sowohl den europäischen Binnenhandel als auch den Außenhandel der EU mit Drittländern.

Im Jahr 2004 wurden in Brüssel zwei Verordnungen zur Änderung des EU-Grundstoffrechts beschlossen. Die neuen Verordnungen werden in ihren wesentlichen Teilen am 18. August 2005 in Kraft treten und gelten dann in den Mitgliedstaaten unmittelbar. Das heißt, dass zukünftig alle wesentlichen Inhalte zur Kontrolle und Überwachung des Handels mit Drogenausgangsstoffen durch unmittelbar geltendes EU-Recht geregelt sein werden. Dadurch ergibt sich erheblicher Anpassungsbedarf für das nationale Grundstoffrecht, dem dann nur noch eine ergänzende Rolle (Zuständigkeiten, ggf. Präzisierungen, Straf- und Bußgeldvorschriften, Gebührentatbestände) zukommen wird.

Die neuen Verordnungen schaffen in der erweiterten EU einheitliche Regelungen und dienen damit einer effizienten Grundstoffkontrolle. Ziel war unter anderem die Anpassung der bestehenden Kontrollsysteme zur Überwachung des Drittlandshandels mit Drogenausgangsstoffen an neue Wege und Trends der Abzweigung durch die Änderung des bestehenden Ausfuhrbewilligungssystems sowie die Einführung eines Einfuhrkontrollsystems für Kategorie-1-Stoffe, um die wichtigsten Ausgangsstoffe für synthetische Drogen, die in der Regel nicht in der Gemeinschaft produziert werden, besser überwachen zu können.

5.6. EU-Rahmenbeschluss Drogenhandel

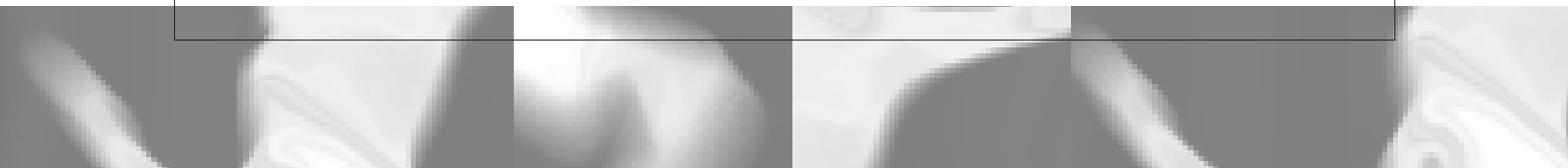
Am 12. November 2004 ist der „Rahmenbeschluss des Rates zur Festlegung von Mindeststrafen über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels“ in Kraft getreten. Der Beschluss legt fest, in welchem Rahmen sich die gesetzlich vorzusehenden Höchststrafen bei Drogenhandelsdelikten und beim unerlaubten Umgang mit so genannten Grundstoffen, die zur illegalen Drogenherstellung verwendet werden sollen, mindestens bewegen müssen:

- Der „einfache“ Drogenhandel, der sich weder auf eine große Menge noch auf besonders gefährliche Drogen bezieht, soll im Höchstmaß mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem bis drei Jahren belegt werden.
- Der Handel mit einer großen Menge, der Handel mit besonders gefährlichen Drogen oder der Handel mit Drogen, die bei mehreren Personen zu schweren gesundheitlichen Schäden führen könnten, sollen im Höchstmaß mit einer Freiheitsstrafe von mindestens fünf bis zehn Jahren bedroht werden.
- Werden solche Taten von einer kriminellen Bande begangen, soll die Freiheitsstrafe im Höchstmaß mindestens zehn Jahre betragen.

- Ein Höchststrafe von mindestens fünf bis zehn Jahren Freiheitsstrafe soll bei näher umschriebenen schweren Fällen des illegalen Umgangs mit Grundstoffen, die zur Herstellung von Drogen verwandt werden sollen, gelten.
- Außerdem enthält der Rahmenbeschluss Vorgaben für die Definition der einzelnen Drogendelikte, die Möglichkeit der Strafmilderung, wenn der Täter den Strafverfolgungsbehörden sachdienliche Hinweise gibt, Regeln zur Verantwortlichkeit juristischer Personen, zu deren Gunsten die Tat geschieht, und schließlich Bestimmungen zur Gerichtsbarkeit der Mitgliedstaaten.

Diesen EU-Vorgaben entspricht die deutsche Rechtslage im Betäubungsmittelgesetz bereits. Die Höchststrafe für den „einfachen“ Drogenhandel beläuft sich auf fünf Jahre Freiheitsstrafe, beim Handel mit einer großen Menge, bei der Gefährdung mehrerer Menschen oder beim Drogenhandel als Mitglied einer Bande beträgt die Höchststrafe 15 Jahre Freiheitsstrafe. Verlauf und Ergebnis der Verhandlungen haben verdeutlicht, dass Deutschland schon heute ein ausgewogenes Strafrahmenniveau aufweist, das sich gut in den europäischen Kontext einfügt. Für andere Mitgliedstaaten, wie z. B. die Niederlande, gilt hingegen, dass das Strafrecht im Bereich des illegalen Drogenhandels aufgrund dieses EU-Rahmenbeschlusses verschärft werden muss.

6. Internationale Zusammenarbeit



6. Internationale Zusammenarbeit

6.1. Europa

6.1.1. Drogenpolitik der Europäischen Union

Abschlussevaluierung der EU-Drogenstrategie und des EU-Drogenaktionsplans 2000–2004

Die EU-Kommission (KOM) hat das Ergebnis der Evaluierung des EU-Drogenaktionsplans 2000 bis 2004, das auf den Beiträgen der Mitgliedstaaten und der Beitrittskandidaten beruht, im Oktober 2004 veröffentlicht. Ziel der Abschlussevaluierung ist, den Stand der einzelnen Maßnahmen des Drogenaktionsplans und deren Übereinstimmung mit den Zielsetzungen der Drogenstrategie sowie die Auswirkungen auf die Drogensituation innerhalb der EU festzustellen. Die Abschlussevaluierung analysiert die Entwicklung auf einzelstaatlicher und auf EU-Ebene in den fünf Bereichen des EU-Drogenaktionsplans (Koordinierung, Information und Evaluierung, Verringerung der Drogennachfrage und des Drogenangebots, Internationale Zusammenarbeit) sowie in Bezug auf die Erweiterung der EU.

Die EU-Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass ca. 95 % der Maßnahmen des Aktionsplanes implementiert wurden und fast alle Mitgliedstaaten eine nationale Drogenstrategie oder einen Aktionsplan beschlossen haben. Bei den Auswirkungen stellt die EU-Kommission fest, dass zwar einige Ziele der Drogenstrategie erreicht wurden, aber es beispielsweise nicht zu einem spürbaren Rückgang der Drogennachfrage sowie bei der Verfügbarkeit von Drogen gekommen ist.

Die Kommission wird im Frühjahr 2005 einen Vorschlag für einen EU-Drogenaktionsplan 2005 bis 2008 vorlegen, in dem die Ergebnisse der Abschlussevaluierung berücksichtigt werden. Die Bundesregierung wird hieran intensiv mitwirken.

EU-Drogenstrategie 2005–2012

Der Europäische Rat von Brüssel hat am 16. und 17. Dezember 2004 die „Drogenstrategie 2005 bis 2012“ der EU für die nächsten 8 Jahre verabschiedet. Diese Strategie bildet die Grundlage für die Drogenaktionspläne, die von der Kommission erarbeitet werden müssen. 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.

Ziele der „Drogenstrategie 2005 bis 2012“:

- Strategiebereich „Nachfragereduzierung“:
Messbare Entwicklung und Verbesserung eines umfassenden Systems der Prävention, Frühintervention, Therapie, Schadensreduzierung, Rehabilitation und sozialer Integration mit dem Ziel, spürbar zur Reduzierung der Drogennachfrage und der drogenbedingten Schäden beizutragen.
- Strategiebereich „Angebotsreduzierung“:
Messbare Verbesserung von Strafverfolgungsmaßnahmen und -aktionen der EU, die gegen die Drogenherstellung und den Drogenhandel sowie die Abzweigung von Grundstoffen gerichtet sind.
- Bereichsübergreifendes Thema „Internationale Zusammenarbeit“:
Messbare Verbesserung der Koordinierung zwischen den Mitgliedstaaten und Förderung eines ausgewogenen Konzepts zur Bewältigung des Drogenproblems bei den Kontakten zu internationalen Organisationen und Drittstaaten.
- Bereichsübergreifendes Thema "Information, Forschung und Evaluierung":
Messbare, nachhaltige Verbesserung der im Drogenbereich erforderlichen Wissensbasis und -infrastruktur.

Die neue Drogenstrategie der EU steht im Einklang mit den Grundsätzen der deutschen Drogenpolitik. Deutschland konnte seine Anliegen, insbesondere in den Bereichen Nachfragereduzierung und Koordinierung, einbringen. Im Bereich Angebotsreduzierung wurde – angestoßen von einer entsprechenden deutschen Initiative – der Aspekt der konsequenten Strafverfolgung durch die Mitgliedstaaten betont.

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“ (Horizontal Drugs Group – 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 2004 insbesondere die „EU-Drogenstrategie 2005 bis 2012“ und mehrere Empfehlungen zu drogenpolitischen Fragen erarbeitet, die vom Rat verabschiedet wurden. Ein Beispiel hierfür ist die „Entscheidung des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen“, mit der die „Gemeinsame Maßnahme vom 16. Juni 1997 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen“ geändert wird. Insbesondere wird der Anwendungsbereich der Maßnahme auf alle neuen synthetischen Drogen und neuen Suchstoffe ausgeweitet. Die Bundesregierung begrüßt die Entscheidung, denn im ganzen EU-Gebiet nehmen Handel und Konsum von synthetischen Drogen zu. Deshalb müssen die Instrumente zur Bekämpfung von Handel, Produktion und zur Kontrolle von synthetischen Drogen verbessert werden.

6.1.2. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Ein wichtiges Instrument der EU-Drogenpolitik ist die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Sie 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.

Zur Zeit wird eine neue Verordnung des Rates und der 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 und einige neue Regelungen, wie u. a. die Einbeziehung von Konsummustern legaler psychoaktiver Substanzen im Kontext mit dem Konsum illegaler Drogen 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“) wurde 1971 auf Initiative des damaligen französischen Präsidenten Georges Pompidou durch ein „Partial Agreement“ 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 Bedarfe definieren. Sie sollen damit Signale setzen, die von der PG aufgegriffen und verwertet werden können. Im Jahr 2004 haben sich alle sechs Plattformen konstituiert und je zweimal getagt. Nach dem Willen der Ministerkonferenz soll nunmehr eine erste Bewertung stattfinden.

6.1.4. Binationale Projekte mit Frankreich und Polen

Deutsch–französische Tagung zur Suchtprävention bei Jugendlichen

Zu einer deutsch-französischen Tagung mit dem Titel „Suchtprävention bei Jugendlichen“ hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung zusammen mit dem Drogenkoordinator der französischen Regierung Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis der beiden Länder eingeladen. Die Tagung fand am 7. Juni 2004 in Freiburg/Breisgau statt. Der Konsum von Drogen und Suchtstoffen weist bei deutschen und französischen Jugendlichen viele Gemeinsamkeiten auf. Beispiele hierfür sind der in den letzten Jahren angestiegene Konsum von Cannabis oder der frühe Einstieg in den Alkoholkonsum mit Alkopops. In beiden Ländern verzeichnet man auch die Angleichung der Konsumgewohnheiten bei Mädchen und Jungen. Neben dem Erfahrungsaustausch und der Information über neue Trends im Drogenkonsum von Jugendlichen wurde während der Tagung diskutiert, mit welchen Präventionsstrategien und Konzepten in der praktischen Präventionsarbeit der Drogenkonsum bei Jugendlichen effektiv eingedämmt werden kann. Mit der Tagung wurde auch das Ziel verfolgt, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in den benachbarten Regionen zu stärken. Ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kam aus dem Elsass und aus Südbaden und hatte so die Möglichkeit, den Grundstein für einen dauerhaften grenzüberschreitenden Kontakt zu legen und gemeinsame Projekte zu verabreden. Zudem ist geplant, im Sommer 2005 eine Nachfolgetagung in Frankreich zu veranstalten.

Frankreich ist ein wichtiger Partner für die Bundesregierung, weil es wie Deutschland einen umfassenden Ansatz in der Drogen- und Suchtpolitik vertritt: Suchtprobleme werden nicht auf illegale Drogen reduziert, die Eindämmung des Konsums der legalen Suchtstoffe Alkohol und Tabak steht in beiden Ländern ganz oben auf der Agenda. Die Zusammenarbeit mit Frankreich auf dem Feld der Drogen- und Suchtpolitik soll deshalb intensiviert werden.

Deutsch–polnisches Twinning–Projekt zur Unterstützung der polnischen Drogenpolitik

Das Twinning–Programm der EU–Kommission hat die Aufgabe, Beitrittskandidaten und neue Mitglieder der EU beim Aufbau ihrer Strukturen zu unterstützen. Im Rahmen von Verwaltungspartnerschaften werden Kontakte hergestellt, die die Basis für die künftige Zusammenarbeit darstellen, auch wird das technische Know-how weitergegeben. In dem Projekt, das unter der Leitung des Bundeslandes Berlin im September 2004 angelaufen ist und in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) durchgeführt wird, werden deutsche Fachleute aus dem Bereich „Drogen und Sucht“ ein Jahr lang in Polen eingesetzt und in unterschiedlichsten Feldern arbeiten. Das Programm wird von der EU–Kommission finanziell gefördert. Partner auf polnischer Seite ist das Gesundheitsministerium, insbesondere das Büro für Suchtprävention, und die polnische Drogenbeobachtungsstelle. Darüber hinaus werden viele polnische Fachleute aus Verwaltung, Polizei sowie Drogen- und Suchthilfe in den Regionen und Kommunen beteiligt sein. Das Projekt hat zum Ziel, die polnische Drogenpolitik in einigen zentralen Bereichen an die EU–Standards anzupassen. Dazu gehören:

- Unterstützung für das polnische Gesundheitsministerium, die Regionen und Kommunen beim Aufbau von Drogenhilfenetzwerken;
- Unterstützung beim Aufbau der polnischen Drogenbeobachtungsstelle;
- Vermittlung von Forschungsmethoden im Bereich der Drogen- und Suchthilfe;
- neue Ansätze der Prävention und Hilfeangebote im Sucht- und Drogenbereich.

Für die organisatorische Durchführung des Projektes wurde die deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) gewonnen.

Seit Beginn des Projektes haben mehrere Seminare zu folgenden Themen stattgefunden:

- Aufbau des Nationalen Knotenpunktes für die europäische Drogenbeobachtungsstelle und Verbesserung der politischen Unterstützung für dessen Arbeit,
- Symposium für den nationalen Drogenrat,
- Seminar zur Optimierung der Datenerhebung,
- Zusammenkünfte mit freien Trägern und Drogenkoordinatoren,
- Arbeit an der Entwicklung des Frühwarnsystems.

Im April 2005 fanden zwei Studienbesuche polnischer Delegationen zu den Themen „Angebote für Drogenabhängige in Haftanstalten“ und „Umsetzung des Europäischen Aktionsplanes Drogen und Sucht auf nationaler Ebene“ statt. In diesem Rahmen kam es auch zu einem Besuch bei der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

6.2. Vereinte Nationen

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 der Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren finanziell unterstützt. Deutschland gehört dem Kreis der Hauptgeberstaaten an und beteiligt sich an mehreren UNDCP-Projekten.

Die 47. Sitzung der CND fand vom 15. bis 19. März 2004 in Wien statt. Unter Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beteiligte sich die deutsche Delegation aktiv an der Arbeit der CND sowohl im Plenum als auch im „Committee of the Whole“ und in kleineren Arbeitsgruppen, in denen die einzelnen Resolutionen beraten wurden. Dabei konnte Deutschland seine Vorstellungen so weit durchsetzen, dass insgesamt 10 von 14 Resolutionen mit eingebracht werden konnten. Die verabschiedeten Resolutionen bezogen sich auf die Bereiche Angebotsreduzierung, illegaler Drogenhandel, Grundstoffüberwachung, Synthetische Drogen, Substitutionstherapie, Internethandel mit Drogen, alternative Entwicklung, Management bei UNDCP und Finanzierung von UNDCP.

6.3. Entwicklungszusammenarbeit

6.3.1. Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle

Die Bundesregierung leistet einen bedeutenden Beitrag zur Gestaltung einer effektiven und kohärenten internationalen Drogenpolitik. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) tritt in der Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen konsequent für Einsätze ein, die sowohl drogen- als auch entwicklungspolitisch sinnvoll sind. In der Entwicklungszusammenarbeit vertritt und fördert die Bundesregierung den Ansatz der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle in den Partnerländern und unterstützt sowohl Projekte der bilateralen als auch der multilateralen Zusammenarbeit.

In Entwicklungs- und Transformationsländern hängt die Drogenproblematik in der Bevölkerung oft mit Entwicklungsproblemen, wie z. B. Armut, Krisen und Konflikten oder mangelnder Gesundheitsversorgung, zusammen und bedingt diese: Es entsteht ein Teufelskreis. Die noch vor wenigen Jahren übliche Betrachtung, nach der in den Industrieländern Drogen konsumiert werden, die wiederum in den Entwicklungsländern produziert wurden, entspricht heute nicht mehr der Realität. Entwicklungsländer und besonders Drogenproduktions- und Transitländer sind in viel höherem Ausmaß von Drogenmissbrauch und Suchtproblemen betroffen als die Industrienationen. So leben beispielsweise fast 80 % der injizierenden Drogenkonsumenten in den Entwicklungs- und Transformationsländern. Hier fehlen oft die Kapazitäten auf nationaler und lokaler Ebene, um auf eine nachhaltige und effektive Art und Weise mit der wachsenden Drogenproblematik umzugehen.

Auch der Drogenanbau stellt in Ländern wie Afghanistan oder Myanmar bzw. Kolumbien, Peru oder Bolivien oft ein Entwicklungshemmnis dar bzw. wird begünstigt durch Entwicklungsprobleme. Für die meisten Bauern, die illegal Schlafmohn oder Koka in Asien bzw. Lateinamerika anbauen, verbessert sich die eigene wirtschaftliche und soziale Situation durch die Drogenproduktion nicht. Sie geraten in zusätzliche Abhängigkeiten und bleiben arm. Gleichzeitig sind sie gesellschaftlich marginalisiert und häufig repressiven Drogenkontrollmaßnahmen ausgesetzt. Durch entwicklungsorientierte Drogenkontrolle in der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit werden zweierlei Zielsetzungen erreicht: die Reduzierung der Drogenproblematik und die Förderung nachhaltiger Entwicklungsprozesse in den Partnerländern.

Seit Oktober 2003 führt die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ) im Auftrag des BMZ das überregionale „Programm zur Förderung der Entwicklungsorientierten Drogenkontrolle in Entwicklungsländern“ (EOD) durch. Das EOD bearbeitet das Thema "Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle" systematisch und überregional in der deutschen und internationalen Entwicklungszusammenarbeit. 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. International soll das EOD die Verbreitung des ausgewogenen und entwicklungsorientierten Ansatzes der Bundesregierung fördern und die Ziele und Prinzipien auch in den Strategien der Partnerländer zu verankern helfen. Neben Maßnahmen in den Bereichen Suchtprävention und Drogentherapie in Asien und Lateinamerika räumt das EOD auch weiterhin der Alternativen Entwicklung einen besonderen Stellenwert ein.

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, und führt durch gemeinsame Abstimmung untereinander zu einer kohärenten Gesamtpolitik gegenüber den Partnerländern. Für die deutsche Entwicklungspolitik ist das Drogenkontrollprogramm des Büros für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung der Vereinten Nationen (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) daher ein wichtiger Partner bei der Umsetzung entwicklungsorientierter Drogenkontrollvorhaben. In der Vergangenheit wurden verschiedene Projekte in Asien und Lateinamerika von UNODC mit deutschen Mitteln finanziert.

6.3.2. Alternative Entwicklung

Armut, mangelnde Alternativen zur Sicherung des Lebensunterhalts, Krisen und Konflikte veranlassen bäuerliche Familien dazu, Drogenpflanzen anzubauen. Viele Anbaugelände sind abgelegen und haben eine unzureichende soziale und wirtschaftliche Infrastruktur. 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 miteinbeziehen müssen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund wichtig, dass der Drogenanbau sich immer mehr auf Konfliktregionen konzentriert. Die Erkenntnis, dass die Reduzierung von Koka- und Schlafmohnanbau im Zusammenhang mit weiter gefassten Entwicklungszielen, wie z. B. dem Aufbau von Institutionen, der Förderung der Rechtstaatlichkeit, der Zivilgesellschaft und der sozialen Sicherung steht, ist nicht neu, erfordert jedoch ein verstärktes Verständnis und Engagement der bilateralen und multilateralen Geber, um Drogenkontrollmaßnahmen in die nationalen Entwicklungsstrategien in Ländern mit hoher Drogenproblematik mit aufzunehmen. Neben der Entwicklung von Ansätzen der Alternativen Entwicklung auf lokaler und nationaler Ebene haben sich BMZ und das EOD verstärkt mit dem Thema des „Mainstreaming“ in der bilateralen Zusammenarbeit auseinandergesetzt. Am Beispiel Afghanistans bedeutet „Mainstreaming“: Hier wurden im letzten Jahr Anstrengungen unternommen,

die Drogenkontrolle als ein nationales prioritäres Handlungsfeld auf allen Ebenen zu integrieren. Auch wird derzeit ein Konzeptpapier zu Alternativer Entwicklung und Mainstreaming durch das EOD entwickelt.

Die bilaterale Zusammenarbeit in Afghanistan wird in dem eigenständigen Abschnitt 6.3.4. erläutert. In Lateinamerika fördert die Bundesregierung derzeit das Projekt „Stärkung von Gemeinden und Basisorganisationen in der Alternativen Entwicklung, Tocache-Uchiza“. 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).

6.3.3. Suchtprävention

In Entwicklungs- und Transformationsländern steigen der Drogenkonsum und die damit verbundene gesellschaftliche und gesundheitliche Problematik stetig an und stellen zunehmend eine politische Herausforderung bei der Erstellung und Umsetzung der nationalen Drogenstrategien in den Partnerländern dar. In diesen Ländern gibt es viele suchtgefährdete Bevölkerungsgruppen. Bei den Maßnahmen der Suchtprävention werden besonders Kinder und junge Erwachsene in Risikolebenslagen berücksichtigt, die vor allem im Kontext der Armut und auf Grund fehlender Perspektiven suchtgefährdet sind. Die Entwicklungszusammenarbeit setzt bei diesen Gruppen mit einem systemischen Ansatz aus Prävention, Behandlung, Rehabilitation und „harm reduction“ an. Seit Mitte der 90er Jahre wurden eine Anzahl von Vorhaben in Afghanistan, Indien, Iran, Kambodscha und Vietnam sowie Argentinien, El Salvador, Bolivien, Brasilien, Kolumbien und Peru durchgeführt. In der Arbeit mit integrierten Suchthilfe-Konzepten hat sich gezeigt, dass sie dazu beitragen, die Spiralen von Entwicklungsproblemen und Drogenproblemen nachhaltig zu durchbrechen.

Unter den neuen Vorhaben, die im Jahr 2004 starteten, findet sich zum Beispiel eine Pilotmaßnahme zum Aufbau der fachlichen Kapazitäten der lokalen nichtstaatlichen Organisationen im Bereich der Suchtprävention und -hilfe (NRO) in Phnom Penh, Kambodscha. Dieses Projekt wird seit 2004 durch die Mittel des EOD gefördert und vor Ort fachlich unterstützt. Das Vorhaben leistet einen kleinen, aber signifikanten Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Risikogruppen, vor allem Straßenkindern, und ergänzt die bisher fast ausschließlich repressiven Methoden der Drogenkontrolle durch präventive und kurative Maßnahmen.

Auch wurden die positiven Ergebnisse des 2004 abgeschlossenen und vom Auswärtigen Amt finanzierten Projekts „Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage von illegalen Drogen im Iran“ deutlich. Mit deutschen Mitteln wurde dort ein Beitrag zur Reduzierung der Morbidität und Mortalität von injizierenden Drogenabhängigen durch Aktivitäten der Über-

lebenshilfe in Teheran geleistet. Der Iran ist besonders durch seine Grenznähe zu Afghanistan und dem florierenden Handel mit Opium von der Suchtproblematik betroffen. Die Anzahl der Opiatabhängigen wird auf ca. 3 Mio. geschätzt.

6.3.4. Entwicklung der Drogensituation in Afghanistan

Drogenbekämpfung

Die Bekämpfung der Drogenproduktion und des Drogenhandels in Afghanistan ist aus verschiedenen Gründen in erheblichem Maße von außenpolitischem Interesse für die Bundesrepublik Deutschland. Zunächst birgt die Drogenproblematik die Gefahr, den nachhaltigen wirtschaftlichen, politischen und sozialen Wiederaufbau Afghanistans zu untergraben, für den sich Deutschland zusammen mit verschiedenen internationalen Partnern seit dem Sturz der Taliban Ende 2001 einsetzt. „Warlords“ stützen ihre Macht in den Provinzen auf die von ihnen beherrschte Drogenwirtschaft; der Aufbau eines funktionierenden Staatswesens durch die Zentralregierung wird so unterlaufen. Die Bekämpfung der Drogenproduktion und des Drogenhandels in Afghanistan ist für die Bundesrepublik Deutschland zudem auch deshalb von zentraler Bedeutung, weil durch die Reduzierung bzw. Verhinderung des Zuflusses von Opiaten aus den Anbauländern ein positiver Effekt auf die Drogenbekämpfung in Deutschland erwartet werden kann.

Afghanistan ist seit den 90er Jahren eines der wichtigsten Herkunftsländer für Rohopium, das in zunehmendem Maße im Land selbst zu Heroin verarbeitet wird. Im Jahr 2004 ist der Schlafmohnanbau in Afghanistan im Vergleich zu 2003 nochmals um 64 % auf 131.000 ha gestiegen. Nach dem Afghanistan Opium Survey 2004 des Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) erreichte die Opiumproduktion mit 4.200 Tonnen ein neues Rekordhoch. Damit bleibt Afghanistan der weltgrößte Produzent von Rohopium mit 87 % der weltweiten Produktion. UNODC schätzt, dass die afghanischen Einnahmen aus Drogenproduktion und Drogenhandel etwa 60 % des legal erwirtschafteten Bruttosozialprodukts entsprechen. Allein vom Schlafmohnanbau leben etwa 2,3 Mio. Menschen in Afghanistan, also 10 % der Bevölkerung. Neben der Opiumproduktion hat sich in Afghanistan das Konsumproblem drastisch verschärft. Wie auch in den Nachbarländern Pakistan und Iran ist die Zahl der Opiatabhängigen in Afghanistan Besorgnis erregend hoch.

Präsident Karzai bezeichnet die Drogenwirtschaft als die größte Bedrohung für die Stabilität Afghanistans. Bei ihren Anstrengungen zur Bekämpfung der Drogenproduktion wird die afghanische Regierung insbesondere von Großbritannien unterstützt, das im Rahmen der Sicherheitssektorreform die Führungsrolle bei der Drogenbekämpfung übernommen hat. Deutschland leistet sowohl im Rahmen seiner Führungsrolle beim Wiederaufbau der afghanischen Polizei als auch durch die Unterstützung von Projekten zur Schaffung alternativer Einkommensquellen und der Drogenprävention einen Beitrag.

Im Mai 2003 hat die Regierung Karzai mit britischer Hilfe eine umfassende Drogenbekämpfungsstrategie verabschiedet. Der illegalen Drogenproduktion soll mit Maßnahmen zur Vernichtung des Mohnanbaus, Schaffung von alternativen Einkommensquellen und Strafverfolgung begegnet werden. Koordiniert wird die Drogenbekämpfungsstrategie von der 2004 neu gegründeten „Counter Narcotics Steering Group“ (CNSG). Ihr gehören Vertreter des Innen-, Justiz-, Landwirtschafts- und Gesundheitsministeriums sowie des NSC und des CND an. Ende Dezember 2004 wurde zudem ein Drogenbekämpfungsministerium geschaffen, dessen genauer Zuständigkeitsbereich jedoch bisher unklar ist.

Eine spezielle Polizei, die seit 2002 mit deutscher Unterstützung im Aufbau befindliche „Counter Narcotics Police of Afghanistan“ (CNPA), ist für die Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität zuständig. Die CNPA soll bis 2007 auf knapp 2.000 Beamte vergrößert und intensiv fortgebildet werden. Die Kosten dafür werden auf ca. 45 Mio. US-\$ für einen Zeitraum von drei Jahren geschätzt. Deutschland hat das Hauptgebäude der CNPA in Kabul wiederaufgebaut und ausgestattet und an der Ausbildung der dort tätigen Polizisten mitgewirkt. Zudem wurden zwei BKA-Experten nach Kabul entsandt, die als Mitarbeiter des Projektbüros Kabul des Bundesministeriums des Innern den Aufbau der Drogenpolizei begleitend unterstützen. Bisher sind 170 Anti-Drogenpolizisten ausgebildet worden. Die von Deutschland Anfang August 2004 ins Leben gerufene „Interagency Police Coordinated Action Group“ (IPCAG) wird sich auch mit der Koordination des Aufbaus einer landesweiten Drogenpolizei beschäftigen.

Seit Mitte 2003 wurden von mit internationaler Unterstützung aufgebaute und betriebene afghanische Einheiten zahlreiche Drogenlabore zerstört und erhebliche Mengen verschiedener Drogen und Vorläufersubstanzen sichergestellt.

Von wesentlicher Bedeutung für die Reduzierung des Drogenhandels ist neben der Bekämpfung im Inland eine effektive Grenzkontrolle, da der überwiegende Teil des afghanischen Opiums ins Ausland, nicht zuletzt nach Westeuropa und in die USA, geschmuggelt wird. Im Juni 2004 fand auf Einladung des „Counter Narcotics Directorate“ und des afghanischen Außenministers eine eintägige „Regional Counter Narcotics Conference“ statt. Teilnehmer waren Vertreter der Nachbarstaaten sowie Russlands und Deutschlands. Russland schlug dabei ein System eines zweifachen Sicherheitsgürtels um Afghanistan vor, um den Schmuggel zu unterbinden. Die Kontrollen sollen also nicht nur an der afghanischen Grenze, sondern zudem auch an der kasachisch-russischen Grenze verstärkt werden. Darüber hinaus sind Maßnahmen in den Ländern um Afghanistan („Sicherheitsgürtel“) sowie auf den Transitrouten erforderlich.

Die Drogenbekämpfung in Afghanistan war auch Schwerpunktthema der Regionalen Polizeikonferenz in Doha (Katar) im Mai 2004. Auf Einladung Afghanistans, der UNAMA und Deutschlands (als Führungsnation für den Polizeiaufbau in Afghanistan) nahmen an der Konferenz die Nachbarstaaten Afghanistans, die GCC-Staaten sowie weitere Geberländer teil. Auf der Konferenz wurde die Umsetzung der auf der Berliner Afghanistan Konferenz

(31. März/1. April 2004) zwischen Afghanistan und seinen Nachbarn unterzeichneten Erklärung zur gemeinsamen Bekämpfung des Drogenhandels besprochen. Die weitere Umsetzung dieses Prozesses wird auch Gegenstand der Doha-Folgekonferenz im November 2005 sein.

Alternative Entwicklung

Sowohl die für die Drogenbekämpfung zuständige Führungsnation Großbritannien als auch UNODC vertreten die Ansicht, dass eine Drogenbekämpfung nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn den Bauern alternative Einkommensmöglichkeiten angeboten werden.

Deutschland setzt sich deshalb aktiv für die Schaffung alternativer Einkommensquellen ein. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit UNODC unterstützt das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ein Projekt der Alternativen Entwicklung in fünf Distrikten der Provinz Badakhshan in Höhe von derzeit knapp 1,0 Mio. €. Mit dem Vorhaben werden Maßnahmen des Straßenbaus, der Energieversorgung, der Förderung einer Basisgesundheitsseinrichtung, einer Grundschule und eines Berufsausbildungszentrums sowie der Schaffung und Verbesserung legaler landwirtschaftlicher und nichtlandwirtschaftlicher Einkommensmöglichkeiten gefördert. Das Vorhaben wird maßgeblich vom „Aga Khan Development Network“ (AKDN) implementiert.

Maßnahmen der Ernährungssicherung tragen durch ihre Zielsetzung der Förderung von ländlicher Entwicklung zur Drogenkontrolle und zur Legalisierung und Stabilisierung der Existenz der bäuerlichen Familien bei. Insgesamt wurden seit Ende 2001 Mittel in Höhe von rund 4,65 Mio. € für die bilaterale Zusammenarbeit im Bereich der Ernährungssicherung bereitgestellt. Das größte Projekt in diesem Kontext wird bereits seit Ende 2002 von der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) in Kooperation mit dem AKDN in der Provinz Badakhshan durchgeführt. Dort werden bis Ende 2008 Mittel in Höhe von 4,5 Mio. € eingesetzt, die vornehmlich der Wiederherstellung sozialer und produktiver Infrastruktur, der landwirtschaftlichen Produktionsberatung, beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen sowie der Etablierung eines Kleinkreditsystems für durch den Mohnanbau verschuldete bäuerliche Familien dienen.

Die entwicklungspolitischen Aktivitäten im Bereich der Alternativen Entwicklung werden im Jahr 2005 in der Provinz Badakhshan über die Ernährungssicherungsvorhaben hinaus ausgeweitet. In Planung befindlich sind u. a. ein neues Grundbildungsprogramm, die Etablierung einer Filiale der Mikrofinanzbank, berufliche Qualifizierungsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Stärkung der politischen und administrativen Strukturen.

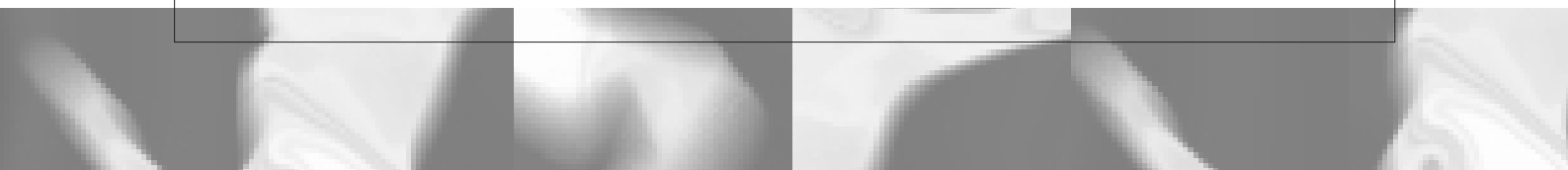
Im Auftrag der EU-Kommission setzt die GTZ seit März 2004 ein Vorhaben der Alternativen Entwicklung in Höhe von 9,0 Mio. € in den Provinzen Nangahar, Laghman und Kunar um.

Das Vorhaben hat eine Laufzeit von drei Jahren und soll die Lebensbedingungen der ländlichen Bevölkerung verbessern sowie den illegalen Schlafmohnanbau reduzieren.

Einen weiteren Beitrag zur Drogenbekämpfung leistet das BMZ durch die Bereitstellung von Mitteln in Höhe von 5 Mio. € im Jahr 2004 für das „National Solidarity Program“ (NSP), das im Rahmen des von der Weltbank verwalteten „Afghanistan Reconstruction Trust Funds“ (ARTF) die lokalen sozio-ökonomischen und politischen Strukturen auf Distrikt- und Gemeindeebene stärken und Einkommensmöglichkeiten für besonders verwundbare Bevölkerungsgruppen generieren soll. Die GTZ ist daran teilweise mit der Umsetzung von Einzelmaßnahmen beteiligt.

Schließlich wird, finanziert von Deutschland und Großbritannien, ein Projekt zur Konsumprävention in Kabul durchgeführt, mittels dessen Präventions- und Behandlungsangebote für Drogenabhängige erweitert und eine Fachstelle für Suchtprävention, Suchtbehandlung und Rehabilitation eingerichtet wird. Das Vorhaben richtet sich v. a. an soziale und wirtschaftliche Randgruppen, insbesondere Frauen und zurückgekehrte Flüchtlinge.

7. Forschung



7. Forschung

7.1. Laufende Studien (vom BMGS gefördert)

Die im Folgenden beschriebenen Forschungsvorhaben werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gefördert.

Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Institutes:

Dieses wissenschaftliche Projekt zielt darauf ab, Vorschläge zu erarbeiten, wie im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts aussagekräftige Daten über das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) erhoben werden können. Dazu wurden bereits aus einer Vorstudie verfügbare Daten mit einer parallel erhobenen Klinikstichprobe verglichen. Auf der Grundlage der verfügbaren und zu erwartenden Daten war es möglich, einen Algorithmus zu erstellen, nach dem mit akzeptabler Fehlerrate beurteilt werden kann, ob ein ADHS vorliegt.

Die Untersucher des Surveys erhielten zudem eine spezifisch auf ADHS ausgerichtete Fortbildung und erlernten anhand videographierter klinischer Fallbeispiele Verhaltensauffälligkeiten im Sinne des ADHS einzuschätzen. Insbesondere wurden Kenntnisse in der Beurteilung von Aufmerksamkeitsproblemen, Impulsivität und motorischer Unruhe vermittelt. Am Ende des Trainings wurden die Untersuchungen einem so genannten Reliabilitätstest unterzogen, bei dem überprüft wurde, ob die Beurteilungen einheitlich ausfallen bzw. in welchem Maß sie voneinander abweichen. In diesem Test konnte eine gute Urteilsübereinstimmung dokumentiert werden.

Zusätzlich wurden die Untersucher darin geschult, eine Doppler-Radar-Messung der motorischen Unruhe durchzuführen; für die Durchführung der Messungen im Kinder- und Jugendsurvey wurden drei Prototypen mit eigens für die Untersuchung entwickelter Software bereitgestellt.

Auf der Grundlage des Elternfragebogens über Stärken und Probleme ihrer Kinder konnte im Vergleich zu der parallel erhobenen Klinikstichprobe eine erste datenbasierte Prävalenzschätzung vorgenommen werden. Die berechnete Prävalenz betrug ca. 3,9 % und muss unter methodischen Gesichtspunkten als oberer Grenzwert angesehen werden.

Mit den parallel erhobenen Daten über den Arzneimittelgebrauch wird es nach Auswertung der Hauptphase des Kinder- und Jugendsurveys möglich sein, eventuelle Diskrepanzen zwischen der ADHS-Symptomatik und der Behandlung mit Medikamenten zu erkennen.

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

Die bereits vorliegenden Auswertungen sollen um die Angaben der regionalen Verteilung von Kinder und Jugendpsychiatern wie 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 im Verlauf des Jahres 2005 publiziert werden kann.

Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis:

Durch die Studie „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ soll die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des § 31a BtMG (Betäubungsmittelgesetz) im Kontext anderer Einstellungsvorschriften evaluiert werden. Die Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften und somit die Frage nach einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung bei eigenkonsumbezogenen Drogenverfahren steht damit im Zentrum dieses 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 bedürfen aufgrund des Zeitablaufs der Überprüfung. Ziel ist 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. Gleichzeitig sollen die Auswirkungen unterschiedlicher justizieller Sanktionen auf das Drogenkonsumverhalten untersucht werden. Der Abschlussbericht wird im Laufe des Jahres 2005 veröffentlicht.

7.2. Forschungsverbände für Suchtforschung (vom BMBF gefördert)

Vorbemerkung

In ihrer ersten Förderphase von 2001 bis 2004 sind die vier, vom Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) geförderten Forschungsverbände für Suchtforschung ihren Zielen – der Prävention und Früherkennung von Suchterkrankungen, einer Verbesserung der Behandlung von Abhängigen und der Vermeidung von Rückfällen – näher gekommen. Nach einer Zwischenevaluation im Sommer 2004 befinden sich nun alle vier Verbände in der zweiten Förderphase, bei der in vielen Projekten die Implementierung des bisher erworbenen Wissens in die Versorgungspraxis ansteht.

In den vier geförderten Verbänden 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. Eine verbesserte Information der Abhängigen und deren Angehöriger gehören ebenso wie suchtspezifische Aus- und Fortbildung von Ärzten und Therapeuten zum Arbeitsprogramm der Verbände.

Forschungsverbund Nord-Ost – Forschungsverbund „Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen“:

Im Forschungsverbund „Research collaboration in Early substance use Intervention“ (EARLINT) werden Ansätze der Frühintervention bei Rauchern und Personen mit riskantem Alkoholkonsum entwickelt, die in die klinische Routine integrierbar sein sollen. Die Studien lassen sowohl Aussagen über die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen als auch z. T. bereits Aussagen über ihre Einsetzbarkeit im klinischen Alltag zu. Im Einzelnen handelt es sich um elf Projekte, die folgende Themenstellungen bearbeiten:

1. Implementierung von Frühintervention bei Patientinnen und Patienten mit riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus und Untersuchung der Stadien und Prozesse bei der Suche nach suchtspezifischen Hilfen unter den Patientinnen und Patienten;
2. Frühintervention bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Arztpraxen;
3. Kurzberatung mit dem Ziel der Tabakabstinenz bei Raucherinnen, die gerade ein Kind bekommen haben;
4. Kurzintervention mit dem Ziel der Tabakabstinenz bei Patientinnen und Patienten in Allgemeinarztpraxen;
5. Intervention zur Tabakabstinenz bei Raucherinnen und Rauchern aus einer Zufallstichprobe der erwachsenen Bevölkerung;
6. gesundheitsökonomische Analysen;
7. Entwicklung eines EDV-Instrumentes (Computer-Expertensystem) zur Beratung bei riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit;
8. Kurzintervention zur Rauchbeendigung bei Benutzerinnen von hormonellen Kontrazeptiva;
9. Implementierung von Kurzinterventionen zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum bei Patientinnen und Patienten in Allgemeinarztpraxen;
10. Intervention zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum bei Raucherinnen und Rauchern ohne Änderungsabsicht;
11. Entwicklung eines Computer-Expertensystems zur Förderung des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum bei Jugendlichen (Förderung durch das Land Mecklenburg-Vorpommern).

Es handelt sich überwiegend um Kontrollgruppenstudien. In EARLINT arbeiten u. a. die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck, der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald zusammen, das den Verbund auch koordiniert. Ergebnisse werden zu der Frage erwartet, welche Beratungsformen für die Sekundärprävention tabak- und alkohol-attributabler Erkrankungen am effektivsten und effizientesten sind. Schlussfolgerungen sollen sich auf Vorschläge zur Implementierung im Gesundheitswesen beziehen. Aus EARLINT sind bisher 39 Publikationen hervorgegangen (<http://www.medizin.uni-greifswald.de>)

Forschungsverbund Bayern/Dresden:

Im Forschungsverbund Bayern/Dresden (ASAT) werden die Themen „Verbesserung der Versorgung Nikotinabhängiger“, „Gezielte Frühinterventionen und Therapie bei cannabis- und ecstasybedingten Störungen“ sowie „Optimierte Substitutionstherapie Heroinabhängiger“ im Zusammenhang mit innovativen therapeutischen Verfahren und Zuordnungsmodellen bearbeitet.

Im Zentrum des ASAT-Verbunds steht ein vielschichtiges 10-jähriges Verlaufsprojekt an einer repräsentativen Münchener Bevölkerungsstichprobe, bei dem alle Suchtstoffe berücksichtigt werden. Untersucht werden Implikationen der Unter-, Fehl- und Mangelversorgung, verbunden mit einer Gesamtevaluation aller Einrichtungen des regionalen Suchhilfesystems. Auf dieser Bedarfsevaluation werden über empirisch und längsschnittlich ermittelte „individuelle Problemprofile“ Betroffener verbesserte Versorgungs- und Allokationsmodelle für präventive, therapeutische und rehabilitative Ressourcen mit den Einrichtungen und den Trägern erprobt und evaluiert. Ergebnisse und Erkenntnisse dieses epidemiologischen Projekts werden ferner in einem internationalen Projekt vertieft, an dem zehn Länder beteiligt sind.

Neue Versorgungs- und Interventionsstrategien sowie Determinanten verbesserter Versorgung für Nikotinabhängige wurden an über 30.000 Patienten in zwei bundesweiten Projekten in über 800 Arztpraxen sowie stationären Rehabilitationseinrichtungen erprobt und geprüft. Darauf aufbauend werden derzeit in Teil- und Folgeprojekten gezielte Programme entwickelt. Zum Beispiel wurde für Raucherinnen in Mutter-Kind-Kureinrichtungen eine speziell auf Frauen zugeschnittene Telefonnachbetreuung entwickelt, um die Abstinenzrate bei jungen Müttern zu erhöhen. In Alkohol-Rehabilitationskliniken werden ferner strukturelle Maßnahmen eingeführt, um die Effektivität von Tabakentwöhnungsmaßnahmen für alkoholabhängige Patienten zu erhöhen.

Für die Zielgruppe jugendlicher Cannabis- und Ecstasykonsumenten wurden innovative, auf individuelle Störungs- und Problemprofile optimierte Frühinterventionen erprobt und modellhaft umgesetzt. Wesentliche Erkenntnisse wurden dabei auch zu substanzbedingten

Störungen einzelner Gedächtnisfunktionen, verbesserten Screeningmethoden sowie manualgestützten Interventionen gesammelt. Für die große Gruppe von Konsumenten mit cannabisbedingten Störungen, für die bislang noch keine etablierten Therapieverfahren vorliegen, wurde ein modularisierter neuer Behandlungsansatz entwickelt. Dieser wird in einer großen, kontrollierten randomisierten Vergleichsstudie an über 200 Patienten derzeit geprüft.

Die patientengerechte Optimierung der Substitutionstherapien bei Opiatabhängigen ist Gegenstand zweier weiterer Studien. In einer kontrollierten klinischen Vergleichsstudie werden Optimierungsstrategien psychotherapeutischer Komponenten erprobt. In der bundesweiten COBRA-Studie werden erstmals längsschnittliche Referenzdaten über den 12-Monatsverlauf der Behandlung heroinabhängiger Substitutionspatienten nach Substitutionsmittel und Versorgermodell gesammelt und zur Vorbereitung von empirisch gestützten Verbesserungsmaßnahmen aufbereitet.

Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen:

Das Ziel, an der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen eine Professur für klinische Suchtforschung einzurichten, wurde inzwischen erreicht. Am 1. Dezember 2004 nahm Prof. Dr. Norbert Scherbaum seine Tätigkeit auf. Durch die etwa zeitgleiche Gründung der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin an den Rheinischen Kliniken Essen, Universitätsklinikum Essen, wurden die organisatorischen Rahmenbedingungen für eine langfristige Suchtforschung in Essen geschaffen.

In dem Forschungsprojekt „Erkennen und Beeinflussen von problematischem Substanzgebrauch (Alkohol, Tabak, Drogen) durch Allgemeinärzte in Hausarztpraxen“ (Arbeitsgruppe Prof. Rist, Münster) nahmen 7.686 Patienten (davon 4.056 Frauen; mittleres Alter 35,9 Jahre) teil. Gut 10 % der Patientinnen und Patienten hatten einen problematischen Suchtmittelkonsum. 300 Patientinnen und Patienten erhielten eine Intervention nach den Prinzipien des „Motivational Interviewings“. Laut Erhebung nach sechsmonatigem Verlauf (Ausschöpfungsrate 77 %) versuchten weitaus mehr Patienten in der Interventionsgruppe ihren Alkoholkonsum einzuschränken (38,7 % vs. 28,3 %). Zudem reduziert die Intervention das Risiko eines Rückfalls nach erfolgreicher Nikotinentwöhnung (Rückfall nach Nikotinentwöhnung: 3,4 % vs. 6,8 %).

In einem weiteren Projekt („Behandlung einer komorbiden Nikotinabhängigkeit bei Alkohol- und Opiatabhängigkeit“, Arbeitsgruppe Prof. Scherbaum, Essen) wurde in Versorgungskliniken die Machbarkeit der Implementierung einer Nikotinentwöhnung in qualifizierten Entzugsstationen für Alkohol- bzw. Opiatabhängige sowie die Wirksamkeit eines motivierenden Gespräches zur Erhöhung der Teilnahme der genannten Patienten an einer Nikotinentwöhnung untersucht. In beiden Diagnosegruppen wurden ca. 2 x 50 Patienten aufgenommen. Insbesondere bei Opiatabhängigen erhöhte die motivierende Intervention die Bereit-

schaft, eine Nikotinentwöhnung aufzunehmen (66 % vs. 27 %). Allerdings schloss keiner der Patienten die Nikotinentwöhnung erfolgreich ab.

In der Untersuchung „Hirnplastizität, kognitive Funktionen und die Beziehung zum Behandlungserfolg bei Patienten mit Nikotin- oder Alkoholabhängigkeit“ (Arbeitsgruppe Prof. Maier, Bonn) zeigen erste Ergebnisse einen Zusammenhang zwischen neuronalen Plastizitätsparametern im frontalen Bereich des Gehirns (gemessen mit Magnet-Resonanz-Spektroskopie), komplexen Gedächtnisleistungen und erhöhter Rückfallgefährdung bei Nikotinabhängigkeit.

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 Verhaltenstherapie den jeweiligen Einzelbehandlungen in der ambulanten abstinentenorientierten Therapie Alkoholabhängiger überlegen ist. Mitte des Jahres 2003 wurde mit der Patientenrekrutierung begonnen. Bis zum Jahresende 2004 wurde mit einer Rekrutierung von 220 der insgesamt 369 Patientinnen und Patienten die geplante Rekrutierungsrate erreicht. Der Rekrutierungsverlauf sowie die Haltequote sind im Projektverlauf sehr zufrieden stellend. Das Projekt wird in der zweiten Förderperiode fortgesetzt.

Forschungsverbund Baden-Württemberg:

Am 1. November 2004 trat der Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg in die zweite Förderperiode, die bis Ende 2007 läuft, ein. Der Schwerpunkt der neuen Förderperiode liegt in der Therapieforschung.

Im Bereich „Öffentliche Gesundheitsförderung“ sind bislang drei Projekte angesiedelt:

- „P1“ - Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis (Prof. Brenner) – ist ein Projekt der ersten Förderperiode, das bis 31. März 2005 abgeschlossen wurde. Bisher vorliegende 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.
- In Projekt „P2“ – Entwicklungswege in den Tabakmissbrauch (Prof. M.H. Schmidt, Dr. Laucht) – das im Rahmen einer seit ca. 15 Jahren etablierten Längsschnittuntersuchung („Mannheimer Risikokinder-Studie“) durchgeführt wird, ist die Datenerhebung abgeschlossen. Erste Analysen bezüglich des Zusammenhangs intrapersoneller sowie sozialer Faktoren und dem Rauchverhalten Jugendlicher wurden bereits durchgeführt und zeigen einen Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Mutter in der Schwangerschaft und ADHS.

- Das Projekt „P3“ – Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der Hausarztpraxis (PD Dr. Mundle, PD Dr. Dr. Härter) – beschäftigte sich in der ersten Förderperiode mit der Planung, Etablierung und Evaluation des Qualitätsmanagements. Ergebnisse zeigen, dass eine effektive Diagnostik und Behandlung insbesondere dann nur erschwert möglich sind, wenn Patienten die Diagnose nicht akzeptieren und Überweisungen ablehnen. Dies deutet auf die Relevanz motivationssteigernder Maßnahmen hin. In der nun beginnenden zweiten Förderperiode steht der Transfer in die Routinepraxis im Vordergrund.

Der Bereich „Therapieforschung“ wird in erster Linie durch das Projekt „PREDICT“ geprägt („P4“ – Individuell adaptierte Therapie der Alkoholabhängigkeit: klinische Studien, Prof. Mann; „P5“ – Effizienz einer zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlung bei Alkoholkranken, PD Dr. Gann, Prof. Ebert). Die klinischen Studien P4 und P5 sind implementiert und befinden sich in der Rekrutierungsphase. Aktuell wird ein weiteres Zentrum angegliedert. Für P4 soll bis Jahresende 2006 das Rekrutierungsziel erreicht sein. Erste Auswertungen deuten auf die valide Charakterisierung prognostisch relevanter Subtypen hin. Bei P5 sind insbesondere die bislang erfolgten Transferleistungen in die Praxis zu erwähnen (Schulung und Supervision niedergelassener Therapeuten).

In „P8“ – Biologische Prädiktoren der Abstinenz bei Tabakabhängigen/Entwicklung an biologische und psychologische Prädiktoren adaptierte Raucherentwöhnungstherapien (PD Dr. Batra) – lief die erste Förderperiode zum 31. Dezember 2004 aus. Die Ergebnisse sollen dazu genutzt werden, spezifische, risikogruppenorientierte Therapieangebote zu formulieren und zu evaluieren (z. B. Patientinnen und Patienten der Subgruppe „Serotonerge Störung“). Dies wird Aufgabe der zweiten Förderperiode sein.

Die Support- und Querschnittsprojekte („P11“ – Gesundheitsökonomie, PD Dr. Salize; „P12“ – DNA-Bank, Dr. Schumann; „P13“ – Biostatistisches Zentrum, Prof. Wellek; „P14“ – Koordination, Prof. Mann) sind entsprechend ihren Aufgaben mit den unterschiedlichen Verbundprojekten (insbesondere Project PREDICT) verzahnt und sind an der dortigen Forschung 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 – hier wurde eine intensivere Nutzung seitens Betroffener nach öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen, z. B. dem „Mannheimer Suchttag 2003“, festgestellt – die Betreuung neu hinzugewonnener assoziierter Projekte ein Schwerpunkt war. Ein besonders Erfolg versprechendes Projekt (IAK – Integratives ambulantes Kurzzeitbehandlungsprogramm, Psychosoziale Beratungsstelle der Diakonie in Bietigheim) wurde im Oktober 2003 mit einer Anerkennung im Rahmen des „Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg“ geehrt. Dies zeigt, dass der Verbund zwischenzeitlich in der Versor-

gungspraxis angekommen ist und dort als Kompetenzzentrum in Fragen suchtmedizinischer Forschung wahrgenommen wird.



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 zum Stichtag 31. Januar 2005 wider. Es ist mit der Nacherfassung weiterer Daten zu rechnen. Die Basis für die Erfassung¹⁾ von Daten in der FDR geht auf einen Beschluss der 129. AG Kripo vom 13./14. April 1994 zurück, in dem bundeseinheitlich geltende Mindeststandards für die Erfassung festgelegt wurden. Dieser Beschluss erlaubt den Ländern und dem Zollkriminalamt, weitere Sachverhalte auch unterhalb der festgelegten Mengenorientierung zu erfassen.

Der Darstellung der Rauschgiftsituation werden folgende Indikatoren zugrunde gelegt:

- Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD),
- Rauschgifttodesfälle,
- Sicherstellungsmengen und -fälle,
- Herkunfts- und Bestimmungsstaaten,
- Nationalitäten der Tatverdächtigen.

Die Informationen zu den einzelnen Indikatoren resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Rauschgiftkriminalität und spiegeln lediglich einen Teil des Hellfeldes dieses Kriminalitätsphänomens wider. Generell ist anzumerken, dass verändertes Kontrollverhalten der Polizei und des Zolls sowie das Auffinden größerer Einzelmengen in unterschiedlichen Zeiträumen zu deutlichen Veränderungen im Vergleich zum Lagebild des Vorjahres führen können.

1) Fälle des illegalen RG-Handels werden uneingeschränkt erfasst. Bei Sachverhalten des Rauschgiftschmuggels sowie des illegalen Erwerbs und Besitzes von Rauschgift gilt eine Mengenorientierung für Rauschgiftmengen von über 1g bei Heroin, Kokain, Amphetamin und 1g bei Cannabis.

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

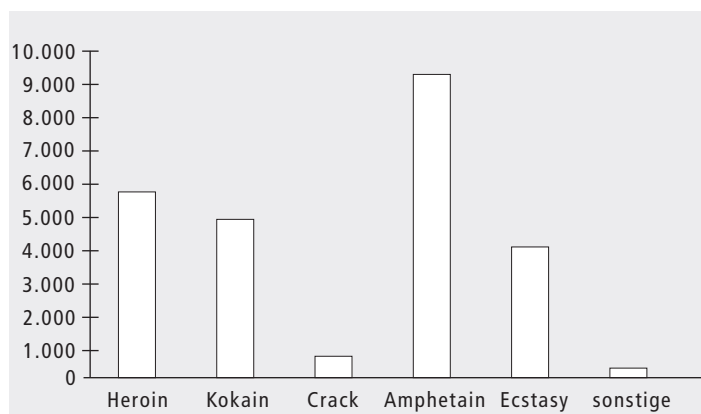
- Die Anzahl der Rauschgifttoten ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken. Die Zahl ist seit dem Jahr 2000 rückläufig und befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989.
- Die auf polizeilichen Daten basierenden Indikatoren (Sicherstellungsfälle, Sicherstellungsmenge und Erstauffällige Konsumenten von Amphetaminen und Ecstasy) deuten auf eine zunehmende Attraktivität von synthetischen Drogen hin.
- Die Anzahl der Sicherstellungsfälle von Marihuana und Haschisch ist deutlich angestiegen.

ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)

Die Anzahl der EKHD ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 18 % auf **21.100** registrierte Personen angestiegen. Davon sind 18 % weibliche EKHD.

Diese Entwicklung ist insbesondere auf den Anstieg der EKHD bei den synthetischen Drogen (Amphetamin + 40 %; Ecstasy + 17 %) sowie bei Kokain (+ 11 %) zurückzuführen. Der seit 1997 festzustellende Rückgang der EKHD von Heroin setzt sich, wenn auch abgeschwächt (-2 %), im Jahr 2004 fort.

EKHD NACH RAUSCHGIFTARTEN 2004



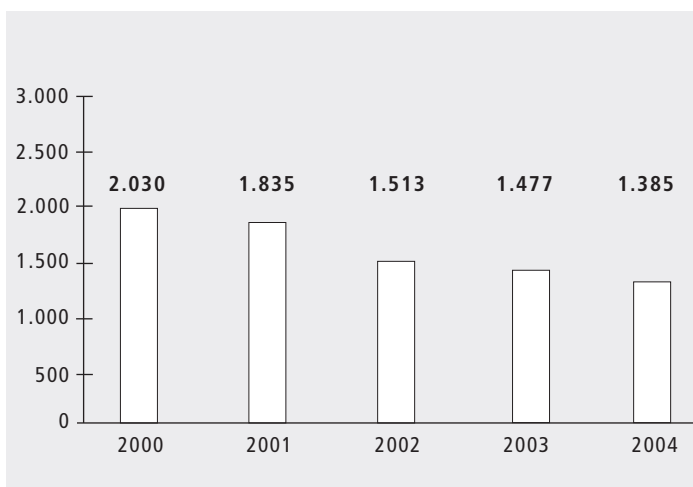
RAUSCHGIFTTODESFÄLLE

Im Jahr 2004 verstarben in Deutschland **1.385** Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums. Damit ist die Zahl der Rauschgifttoten im Vergleich zum Vorjahr um 6 % gesunken und seit dem Jahr 2000 rückläufig. Sie befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989. Der Anteil weiblicher Rauschgifttoter liegt bei 15 %. Die Anzahl der Rauschgifttoten in den ostdeutschen Bundesländern bewegt sich nach wie vor auf einem niedrigen Niveau.

Mit 123 Personen beträgt der Anteil der **AUSSIEDLER** an den infolge von Rauschgiftkonsum verstorbenen Personen 9 %. Zwar ist die absolute Zahl gegenüber dem Vorjahr um 15 % zurückgegangen, dennoch bleibt der Anteil der Aussiedler an den Drogentoten in Relation zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands auf hohem Niveau.

Bei Rauschgifttodesfällen handelt es um Überdosierungen, aber auch um Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs, Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen sowie infolge von Unfällen unter Drogeneinfluss stehender Personen.

RAUSCHGIFTTOTE, ENTWICKLUNG 2000 BIS 2004



HEROIN

Im Jahr 2004 wurden in 6.608 Fällen insgesamt 775 kg Heroin beschlagnahmt. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist gegenüber dem Vorjahr wieder angestiegen (+8 %). Insbesondere wegen mehrerer Grobsicherstellungen ist die Sicherstellungsmenge um 24 % deutlich angestiegen.

Anstieg der Sicherstellungsfälle und -menge von Heroin.

Wie in den Vorjahren werden in der Türkei eher größere Heroinmengen beschafft.

Im Jahr 2004 wurden in neun Fällen 149 kg Heroin mit der Türkei als Herkunfts- bzw. Transitstaat sichergestellt. Die Niederlande waren dagegen mit 486 Sicherstellungsfällen häufig Beschaffungsstaat für kleinere Heroinmengen. In diesem Zusammenhang wurden 111 kg Heroin sichergestellt.

Bei Sicherstellungen von Heroin dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, darauf folgen türkische und italienische Staatsangehörige. Beim Heroinhandel mit großen Mengen wurden vor allem türkische Staatsangehörige festgestellt. Die geringe Sicherstellungsmenge und hohe Fallzahl bei deutschen Tatverdächtigen lassen den Schluss zu, dass diese vorwiegend im Straßenhandel aktiv sind.

KOKAIN

Anstieg der Anzahl der Sicherstellungsfälle von Kokain.

Im Jahr 2004 wurden in Deutschland in 4.088 Fällen (+7 %) eine Menge von 969 kg Kokain (-4 %) sichergestellt.

Die Niederlande werden am häufigsten als Herkunftsstaat von Kokain ermittelt.

Nach Fallzahlen bei bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande (234 kg/566 Fälle) am häufigsten registriert; in der Mehrzahl dieser Fälle wurden vergleichsweise geringe Mengen sichergestellt. Nach der südamerikanischen Herkunft des Kokains stellt Brasilien (112 kg/128 Fälle) einen Brennpunkt dar.

54% der Kokainsicherstellungsmenge in Deutschland war für das Ausland bestimmt.

Deutschland ist im Zusammenhang mit Kokain Konsum- und Transitstaat. Im Jahr 2004 waren 54 % des in Deutschland sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt. Häufig wurden die Niederlande (80 kg/85 Fälle) als Bestimmung für in Deutschland sichergestelltes Kokain ermittelt, weiterhin Spanien und Italien.

Bei Sicherstellungen von Kokain dominieren deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen und italienischen Staatsangehörigen.

Auf der Basis der Daten der Falldatei Rauschgift ist im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang der Sicherstellungsmenge von **CRACK** um 50 % auf 2,5 kg festzustellen. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist um 22 % auf 1.970 Fälle zurückgegangen.

Überwiegend erfolgten Cracksicherstellungen in Hamburg, Frankfurt/Main und Hannover. In Städten anderer Bundesländer ist das Phänomen Crack von untergeordneter Bedeutung.

Im Berichtsjahr wurden drei „Crackküchen“ sichergestellt.

Deutliche Rückgänge der Sicherstellungsfälle und -menge von Crack.

AMPHETAMIN/METHAMPHETAMIN

Im Jahr 2004 wurden in Deutschland in 5.442 Fällen insgesamt 556 kg Amphetamin/Methamphetamin beschlagnahmt. Gegenüber dem Vorjahr stiegen sowohl die Fallzahl (+42 %) als auch die Sicherstellungsmenge (+15 %) deutlich an.

Der mit Abstand größte Teil des sichergestellten Amphetamins/Methamphetamins mit bekannter Herkunft stammte aus den Niederlanden. Ferner wurden in Verbindung mit dem Einfuhrschmuggel größerer Mengen Polen und Belgien als Herkunftsstaaten ermittelt.

Mehr als die Hälfte der in Deutschland sichergestellten Menge an Amphetamin/Methamphetamin war für den Schmuggel nach Skandinavien bestimmt.

Anstieg der Sicherstellungsfälle und -menge von Amphetamin/Methamphetamin.

Große Mengen sind für Skandinavien bestimmt.

In Verbindung mit Sicherstellungsfällen traten zumeist deutsche Staatsangehörige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen wurden vornehmlich türkische und polnische Staatsangehörige registriert.

Beim Handel dominieren deutsche Staatsangehörige.

Im Berichtszeitraum wurden in 321 Sicherstellungsfällen rund 8kg kristallines Methamphetamin, so genanntes „**CRYSTAL**“, beschlagnahmt. 95% der erfassten Fälle entfielen auf die Bundesländer Sachsen, Bayern und Thüringen. Als Herkunft von in Deutschland beschlagnahmtem Crystal wird überwiegend die Tschechische Republik ermittelt.

ECSTASY

Erstmals seit 2001 stiegen sowohl Sicherstellungsfälle als auch -menge von Ecstasy an.

Wichtigste Bestimmung beim Ausfuhrschmuggel ist Süd-/Südosteuropa.

Beim Handel mit Ecstasy wurden weit überwiegend Deutsche festgestellt.

Entgegen dem Trend der letzten Jahre sind signifikante Zunahmen bei der Anzahl an Sicherstellungen auf 3.463 Fälle (+35 %) und der beschlagnahmten Menge auf 2.052.158 Konsumeinheiten (+63 %) zu verzeichnen.

Der mit Abstand größte Teil der Menge mit bekannter Herkunft wurde aus den Niederlanden eingeführt.

Wichtigste Bestimmung von in Deutschland sichergestellten Ecstasytabletten sind die Staaten Süd- und Südosteuropas.

Die Entwicklung des Jahres 2003, als der Ecstasyschmuggel in die USA angesichts nur eines erfassten Falles gegenüber den vorherigen Jahren erheblich an Bedeutung verloren zu haben schien, hat sich im Jahr 2004 mit wiederum nur zwei registrierten Fällen bestätigt.

In Verbindung mit Sicherstellungen von Ecstasy wurden in erster Linie deutsche Staatsangehörige registriert. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen dominierten türkische Staatsangehörige, gefolgt von Niederländern.

GHB

Die synthetische Droge GHB ist dem BtMG seit 01.03.2002 unterstellt.

Bezüglich des Phänomens GHB (Gamma-Hydroxy-Buttersäure) bewegt sich die in der FDR registrierte Zahl von 15 Sicherstellungsfällen weiterhin auf niedrigem Niveau. Die im Vorjahr noch aufgrund der seinerzeit beschlagnahmten neun Labore vermutete zunehmende Bedeutung dieser Droge spiegelt sich in den Zahlen des Berichtsjahres nicht wider.

CANNABISPRODUKTE

Anstieg der Sicherstellungsfälle von Haschisch.

Im Jahr 2004 wurde in 12.648 Fällen (+23 %) eine Gesamtmenge von 5.473kg **CANNABISHARZ** (Haschisch) beschlagnahmt. Der erneute Rückgang der Sicherstellungsmenge (-34%) ist auf das Ausbleiben von Großsicherstellungen zurückzuführen.

Im Jahr 2004 stieg die Anzahl der Sicherstellungsfälle von **CANNABISKRAUT** (Marihuana) auf 17.151 (+39 %). Der ebenfalls deutliche Anstieg der Sicherstellungsmenge auf 5.384 kg (+109 %) ist auch auf eine Sicherstellung von 2,2 t Marihuana in Hamburg zurückzuführen. Bei dieser wurde das Rauschgift in einem Seecontainer aus Jamaika eingeschmuggelt und war für einen Abnehmer in Deutschland bestimmt.

Es wurden rund 68.000 Cannabispflanzen sichergestellt. Die Anzahl hat sich gegenüber dem Vorjahr deutlich erhöht.

Bei Sicherstellungen von Cannabisprodukten in Deutschland konnte häufig deren Herkunft aus den Niederlanden ermittelt werden

Bei den Sicherstellungen im Zusammenhang mit Cannabis dominierten Deutsche als Tatverdächtige (rund 75% aller Fälle). Es folgten wie in den Vorjahren türkische und italienische Staatsangehörige.

LABORE

Im Jahr 2004 wurden sieben illegale Rauschgiftlabore (2003: 14) sichergestellt. Dabei handelte es sich um vier Labore zur Synthese von Amphetamin/Methamphetamin, zwei zur Herstellung von GHB und einem zur Produktion von Haschischöl.

Mit Ausnahme eines Labors zur Herstellung von Methamphetamin, das über eine höherwertige technische Ausstattung verfügte, handelte es sich um kleinere Produktionsstätten.

Weiterer Anstieg der Sicherstellungsfälle und -mengen von Marihuana.

Bei Cannabisdelikten treten häufig deutsche Tatverdächtige in Erscheinung.

Überwiegend Sicherstellung von Laboren zur Herstellung von Amphetamin/Methamphetamin. Rückgang beschlagnahmter GHB-Labore.

RAUSCHGIFTTODESFÄLLE UND ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)

Zeitraum ▼	RG-Tote	EKhD Gesamt*	EKhD Heroin	EKhD Kokain	EKhD Amphetamin	EKhD Ecstasy	EKhD Crack**	EKhD Sonstige
01.01.–31.12.03	1.477	17.937	5.443	4.346	6.588	3.352	419	177
01.01.–31.12.04	1.385	21.100	5.324	4.802	9.238	3.907	409	186
Veränderungen	-6,2 %	17,6 %	-2,2 %	10,5 %	40,2 %	16,6 %	-	5,1 %

* 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.

** Erstauffällige Konsumenten von Crack werden seit dem 01.04.2003 erfasst. Daher ist kein Vergleich mit dem Vorjahr möglich.

SICHERSTELLUNGEN

Zeitraum ►	01.01. – 31.12.03		01.01. – 31.12.04		Veränderungen	
RG-Art	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.138	626,2 kg	6.608	774,7 kg	+7,7 %	+23,7 %
Opium	61	322,4 kg	82	137,7 kg	+34,4 %	-57,3 %
Kokain	3.822	1.009,1 kg	4.088	969,0 kg	+7,0 %	-4,0 %
Crack	2.516	5,0 kg	1.970	2,5 kg	-21,7 %	-50,0 %
Amphetamin	3.841	484,0 kg	5.442	556,0 kg	+41,7 %	+14,9 %
Ecstasy	2.571	1.257.676 KE	3.463	2.052.158 KE	+34,7 %	+63,2 %
LSD	149	34.806,5 Tr	191	40.638 Tr	+28,2 %	+16,8 %
Haschisch	10.267	8.303,3 kg	12.648	5.473,1 kg	+23,2 %	-34,1 %
Marihuana	12.374	2.582,3 kg	17.151	5.384,2 kg	+38,6 %	+108,5 %
Psilocyb. Pilze	396	21,9 kg	522	87,7 kg	+31,8 %	+300,4 %
Khat	54	5.419,6 kg	109	13.350,9 kg	+101,9%	+146,3 %

KE=Konsumeinheiten, Tr=Trips

ILLEGALE HERSTELLUNG/LABORE

Zeitraum ►	01.01. – 31.12.03	01.01. – 31.12.04
(Meth-) Amphetamin	1*	4
Ecstasy	3	-
GHB	8*	2
Sonstige	2*	1**
Gesamt	14	7

* Ein Labor, in dem Amphetamin und GHB produziert wurden, sowie ein Labor, in dem Designerdrogen hergestellt wurden.

** Ein Labor, in dem Haschischöl hergestellt wurde.

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

10117 Berlin

Stand:

Mai 2005

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: A 601-05

Telefon: 0180 / 51 51 51 0 (0,12 Cent/Min.)

Fax: 0180 / 51 51 51 1 (0,12 Cent/Min.)

Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500
53108 Bonn

E-Mail: info@bmgs.bund.de

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

Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 0800 / 111 000 5 (zum Nulltarif)

Fax: 0800 / 111 000 1 (zum Nulltarif)

E-Mail: info.gehoerlos@bmgs.bund.de / info.deaf@bmgs.bund.de

Gestaltung: Schleuse01 Werbeagentur Berlin, www.schleuse01.de

Druck: Offsetdruckerei Wende, Berlin

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Hinweis:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung 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
und Soziale Sicherung

10117 Berlin