



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Drogen- und Suchtbericht

Mai 2007

www.drogenbeauftragte.de

Vorwort



Sabine Bätzing

Die Balance im Leben halten, diese Aufgabe muss von jedem immer wieder neu bewältigt werden. Nicht jeder ist dazu ausreichend in der Lage. Ein Schritt genügt und schon wird ein Netz aus helfenden und stützenden Händen für Einzelne zur Notwendigkeit. Jeder dritte Erwachsene in Deutschland raucht. Mehr als zehn Millionen Menschen trinken Alkohol in gesundheitlich riskanter Weise. Mehr als 1,4 Millionen Menschen nehmen Medikamente so, dass sie krank und abhängig machen. Alltagsdrogen, deren Gebrauch gesellschaftlich noch immer zu oft verharmlost wird.

Wann ist selbst wenig zu viel? Diese Frage muss sich jeder immer wieder neu stellen, damit der eigene Lebensstil nicht aus dem Gleichgewicht gerät. Drogen und Sucht sind hierbei Themen, vor denen keiner die Augen verschließen kann – sie gehen alle etwas an. Die Zahlen machen deutlich – Drogenprobleme sind keine Randgruppenprobleme. Viele erleben dies täglich als Betroffene oder Angehörige: Tiefe Verzweiflung und dennoch auch die Chance zur Veränderung. Tritt zu fassen ist möglich, sowohl bevor riskante Konsummuster zu einer Abhängigkeit von Tabak, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen führen als auch danach.

In Deutschland steht die Drogen- und Suchtpolitik auf vier bewährten Säulen: Prävention, um den gesundheitsschädlichen Konsum von Suchtmitteln von vornherein zu verhindern. Therapie, um ambulant oder stationär Suchterkrankungen möglichst frühzeitig zu behandeln. Hilfe, um zunächst das Überleben zu sichern, bevor es gilt,

effektive Behandlungen aufzunehmen. Sowie Angebotsreduzierung und repressive Maßnahmen, um das Ausmaß an Suchterkrankungen durch eine verminderte Verfügbarkeit von Suchtmitteln zu verringern. Vier Säulen, die ohne unterstützende Menschen im Hintergrund, in der Familie und im Freundeskreis, auf der Straße oder im Verein, in Arztpraxen, in Schulen und Universitäten, in Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen undenkbar wären. Menschen, die in der Prävention und Suchthilfe vor Ort tätig sind. Neben Daten, Maßnahmen und Projekten der Drogen- und Suchtpolitik möchte ich im Jahr 2006 auch Menschen vorstellen, die stellvertretend für die Vielzahl der Akteure im Drogen- und Suchthilfebereich stehen. Viele von ihnen durfte ich in meinem ersten Jahr als Drogenbeauftragte der Bundesregierung kennen lernen. Treffen, die für mich keine Termine sind, sondern Begegnungen mit Menschen. Deren Engagement trägt Tag für Tag dazu bei, dass es gelingt, wieder Balance zu halten.

Sabine Bätzing

Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

A	Drogenbeauftragte der Bundesregierung – ein Jahr im Amt	06
B	Suchtstoffe und Suchtformen	12
1	Tabak	12
1.1	Prävention	12
1.1.1	„No Smoking, please“ – Förderung des Nichtrauchens im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft 2006	12
1.1.2	Einführung rauchfreier Schulen	12
1.1.3	„Be Smart – Don’t Start“: Der Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen	13
1.1.4	Modellprojekt „Netz Rauchfreier Krankenhäuser“	13
1.1.5	Leitfaden „Rauchfrei im Krankenhaus“	15
1.1.6	Zielvereinbarung mit dem DEHOGA zum Nichtraucherschutz in Gaststätten	15
1.2	Beratung und Behandlung	16
1.2.1	„rauchfrei“-Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens	16
1.2.2	Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“	20
1.2.3	Leitfaden zur Raucherberatung für Ärztinnen und Ärzte	20
1.2.4	Modellprojekt „Tabakentwöhnung in der ambulanten Suchtrehabilitation“	20
1.3	Angebotsreduzierung	21
1.3.1	Bundesministerium für Gesundheit rauchfrei	21
1.3.2	Nichtraucherschutzgesetz	21
1.3.3	Jugendschutz: Umrüstung der Zigarettensautomaten	22
1.3.4	Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen	22
1.3.5	Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel	22
1.3.6	Umsetzung der EU-Tabakwerbe-Richtlinie	23
1.3.7	Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung und Sponsoring	23
1.4	Forschung	24
1.4.1	Studienreihe „Rauchen im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinofilmen“	24
1.4.2	Expertise zur Tabakentwöhnung für Jugendliche	24
1.4.3	Projekte der Forschungsverbände	25
2	Alkohol	26
2.1	Prävention	27
2.1.1	„Alkoholprävention vor Ort“ – Dritter Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention	27
2.1.2	Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“	27
2.1.3	Kampagne zur Alkoholprävention bei Jugendlichen „NA TOLL!“ / „Bist Du stärker als Alkohol?“	29
2.1.4	Modellprojekt „HaLT“	29
2.2	Beratung und Behandlung	30
2.2.1	Stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen	30
2.2.2	Ganztägig ambulante Rehabilitationsangebote für Alkoholabhängige	30
2.3	Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger	31
2.4	Forschung	32
2.4.1	Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit	32
2.4.2	Projekte der Forschungsverbände	32

3	Medikamente	33
3.1	Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	33
3.2	Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum schädlichen Gebrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten	35
3.3	Medikamenten- und Alkoholkonsum im Alter	35
4	Cannabis	36
4.1	Beratung und Behandlung	37
4.1.1	Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“	37
4.1.2	Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“	37
4.2	Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis	37
4.3	Forschung	38
4.3.1	Forschungslage zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums	38
4.3.2	Zugang zu jungen Cannabiskonsumtinnen und Cannabiskonsumern	38
4.3.3	Multizentrische Studie INCANT	38
4.3.4	Projekte der Forschungsverbände	39
5	Heroin und andere Drogen	39
5.1	Daten zur Rauschgiftkriminalität	40
5.2	Prävention	44
5.2.1	Prophylaxe von HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Infektionen bei intravenösem Drogenkonsum	44
5.2.2	Kombination von HIV- und Hepatitisprävention	44
5.3	Beratung und Behandlung	45
5.3.1	Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung	45
5.3.2	Substitutionsregister	46
5.3.3	Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger	48
5.3.4	Behandlung Drogenkonsum-assoziierter Infektionskrankheiten	51
5.3.5	Handbuch „Hepatitis und Drogengebrauch – Grundlagen, Therapie, Betreuung und Recht“	51
5.4	Repression und Angebotsreduzierung	52
5.4.1	Gesetzliche Veränderungen	52
5.4.2	Drogenbedingte Verkehrsunfälle	52
5.4.3	Grundstoffüberwachung	52
5.5	Forschung	53
5.5.1	Substitutionstherapie in Deutschland	53
5.5.2	Contingency Management bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	53
6	Glücksspiel	54
6.1	Neufassung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen	54
6.2	Kolloquium und Werkstattgespräch zur Glücksspielsuchtprävention	54
6.3	Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto-Toto-Block	55
6.4	Modellprojekt „Intervention beim pathologischen Glücksspiel“	55
7	Suchtstoffübergreifende Prävention	56
7.1	Kampagne „Kinder stark machen“	56
7.2	Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zur Tabak- und Alkoholprävention	57

7.3	Missbrauch und Abhängigkeit im Alter	58
7.4	Suchtprävention im Internet	58
7.5	Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule	59
7.6	Suchtprävention für junge Migrantinnen und Migranten	60
7.7	Präventionsaktivitäten der Polizei in den Bundesländern	61
7.8	Suchtprävention in der Bundeswehr	61
7.9	Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran“	62
C	Versorgungssystem	63
1	Gesetzliche Veränderungen	63
2	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung	64
2.1	Qualitätssicherung der ambulanten Suchtrehabilitation	64
2.2	Weiterentwicklung der Kombinationsmodelle zur Verbesserung der Schnittstellenproblematik.....	64
2.3	Vernetzung der Beratungsstellen in der ambulanten Rehabilitation Sucht	64
2.4	Modellprojekt „Integrierte medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen“	66
2.5	Entwöhnungsbehandlung: Antragstellung ohne Suchtberatungsstelle und Sozialbericht	66
2.6	Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation	67
3	Kooperationstagung „Suchthilfe und Medizin“	67
4	Leitlinien der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften	68
5	Neuer deutscher Kerndatensatz	68
6	Bundesweite Vernetzung in der Suchtprävention	68
D	Selbsthilfe	70
1	Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2006	70
2	Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“	70
3	Projekt „Kinder suchtkranker Eltern – Möglichkeiten im Rahmen von Sucht-Selbsthilforganisationen“	71
4	Broschüre über Suchterkrankung und psychische Störungen	71
5	Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund	72
E	Internationale Zusammenarbeit	73
1	Europa	73
1.1	Drogenpolitik der Europäischen Union	73
1.2	Deutsche EU-Ratspräsidentschaft im 1. Halbjahr 2007	73
1.3	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)	73
1.4	Pompidou-Gruppe beim Europarat	74
1.5	EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden	75
1.6	Bridging the Gap – Alkoholpolitik in einem erweiterten Europa	76
1.7	Pathways for Health Project	77
1.8	Deutsch-französische Zusammenarbeit	77

2	WHO / Vereinte Nationen	78
2.1	Tabakraumkonvention	78
2.2	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen	78
3	Entwicklungszusammenarbeit	78
3.1	Alternative Entwicklung	79
3.2	Partnerschaften stärken	80
	Danksagung	81
	Hinweise	82
	Impressum	83

Drogenbeauftragte der Bundesregierung – ein Jahr im Amt

Vor mehr als einem Jahr hat im November 2005 die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihr Amt angetreten. In dieser Zeit sind viele Drogen- und Suchtthemen wie der Nichtrauchererschutz, die Alkoholprävention oder die Fortsetzung der heroingestützten Behandlung häufiger als bislang in der Öffentlichkeit und in der Politik diskutiert worden. Und dies zu Recht, denn für viele Bereiche der Drogen- und Suchtpolitik besteht in Deutschland weiterhin ein großer Regelungsbedarf.

Die Voraussetzungen dazu sind gegeben. Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition vom 11. November 2005 ist festgelegt: „Die Drogen- und Suchtpolitik steht weiterhin auf den vier bewährten Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Grundlage ist der geltende Aktionsplan Drogen und Sucht. Die in der EU-Drogenstrategie 2005–2012 niedergelegten Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden konsequent umgesetzt.“ Auch internationale Vereinbarungen, wie die von Deutschland ratifizierte Tabakrahenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Reduzierung des Tabakkonsums, zeigen den weiteren nationalen Handlungsbedarf auf.

Zu Beginn des Jahres 2006 legte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihre Schwerpunkte und Vorhaben in der Drogen- und Suchtpolitik bis zum Jahr 2008 fest. Sie stehen für die Kontinuität einer modernen Ausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland in den letzten Jahren. Denn dabei wurde viel erreicht. Dies ist in erster Linie die Einbeziehung der legalen Suchstoffe Alkohol und Tabak sowie die Schwerpunktsetzung auf die Säule der Prävention.

Initiativen und Maßnahmen zur Reduzierung des illegalen Konsums von Suchtmitteln treten aber nicht in den Hintergrund. Dazu zählt eine Risikodebatte über den Konsum von Cannabis ebenso wie eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber neuen Trends bei synthetischen Drogen. Besonders die riskanten Konsummuster, vor allem unter jungen Menschen, müssen beobachtet werden. Auch der Ausbau von Präventions- und Hilfsangeboten für suchtkranke oder suchtgefährdete Menschen bleibt ein Thema.

Fast alle Bundesministerien und vor allem die Länder und Kommunen sind auf diesem Feld aktiv und können voneinander profitieren. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat die Aufgabe, diese Aktivitäten zu koordinieren, auf neuen Bedarf zu reagieren und die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung in der Öffentlichkeit zu vertreten. Der Gesundheitsschutz und die Prävention haben dabei in der Drogen- und Suchtpolitik Priorität. Die Verringerung der Drogen- und Suchtprobleme sind aber ebenso eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft. Was fehlt, ist eine stärkere Sensibilisierung und größere Verantwortung in der Bevölkerung gegenüber bestehenden Suchtgefahren. Diese muss früh einsetzen, wie der regelmäßige Konsum von Tabak und Alkohol unter Kindern und Jugendlichen zeigt. Ein größeres Bewusstsein in der Gesellschaft über die gesundheitlichen Risiken von Suchtmitteln und die Rolle von Vorbildern ist dabei erforderlich.

Tabakkonsum reduzieren

Die Raucherquote liegt in Deutschland im europäischen Vergleich immer noch sehr hoch. Durch die in den vergangenen Jahren getroffenen gesetzlichen und präventiven Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums konnte jedoch ein deutlicher Rückgang in der Zahl der Raucherinnen und Raucher erreicht werden. So ist die Raucherquote unter jungen Menschen im Alter von 12 bis 17 Jahren von 28 % im Jahr 2000 auf 20 % im Jahr 2005 zurückgegangen. Diese positive Entwicklung beim Tabakkonsum muss durch fortgesetzte Anstrengungen weiter aktiv unterstützt werden.

Ein ebenso vorrangiges Ziel ist die Verbesserung des Nichtraucherenschutzes. Im Jahr 2006 ist die Diskussion über die Notwendigkeit eindeutiger gesetzlicher Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen auf Seiten des Bundes und der Länder wesentlich vorangekommen. Zur Unterstützung des politischen Entscheidungsprozesses fand am 16. Oktober 2006 die Jahrestagung der Drogenbeauftragten unter dem Titel „Schutz vor Passivrauchen: Erfahrungen – Modelle – Perspektiven“ statt. Aspekte dabei waren gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zum Gesundheitsrisiko sowie gute Erfahrungen bei der Einführung rauchfreier Arbeitsplätze und einer rauch-

freien Gastronomie in anderen europäischen Ländern, insbesondere in Irland und Italien.

Inzwischen wurden vom Bundeskabinett umfassende gesetzliche Regelungen zum Nichtraucherschutz in allen öffentlichen Einrichtungen, dem öffentlichen Personenverkehr und zur Anhebung der Altersgrenze für das Rauchen auf 18 Jahre verabschiedet. Die Länder haben sich im Anschluss ebenfalls auf weitgehende Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen in ihren Zuständigkeitsbereichen verständigt. Die Gaststätten und Kneipen werden in den meisten Ländern in das generelle Rauchverbot einbezogen. Trotz der von einzelnen Bundesländern geplanten Ausnahmeregelungen für Gaststätten ist dies ein großer Erfolg für den Nichtraucherschutz in Deutschland.

Die freiwillige Selbstverpflichtung der Gastronomie zum Nichtraucherschutz in Gaststätten ist gescheitert. Dies ist das Ergebnis einer im Februar 2007 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) veröffentlichten Studie. Die Vereinbarung mit dem DEHOGA sah vor, bei der erfolgreichen Umsetzung des am 1. März 2005 abgestimmten Stufenplanes eine gesetzliche Regelung zum Nichtraucherschutz zu vermeiden.

Auch bei der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland sollte der Schutz der Zuschauerinnen und Zuschauer in den WM-Stadien vor den Gefahren durch Passivrauchen gefördert werden. Mit der Botschaft „No smoking, please“ wurde ein klarer Appell an alle Besucher in den Stadien zur Einhaltung des Nichtrauchens gerichtet.

Bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes kam dem Bundesministerium für Gesundheit eine besondere Verantwortung und Vorbildfunktion zu. Nach langjährigen Bemühungen ist das Bundesministerium für Gesundheit als erstes Bundesministerium seit dem 31. August 2006 komplett rauchfrei.

Zur Fortschreibung und Weiterentwicklung der Tabakpolitik in Deutschland ist für 2007 eine Neuauflage des „Aktionsprogramms Tabakprävention“ mit Unterstützung des Drogen- und Suchtrates vorgesehen.

Alkoholbedingte Schäden reduzieren

Der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in Deutschland ist mit mehr als 10 Litern reinen Alkohols pro Jahr im internationa-

len Vergleich weiterhin hoch. 1,6 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig, weitere 1,7 Millionen praktizieren einen gesundheitsschädigenden, missbräuchlichen Alkoholkonsum. Ein zurückhaltender Konsum von Alkohol und das Nichttrinken in bestimmten Lebenssituationen – wie im Straßenverkehr, in der Schwangerschaft, bei der Arbeit oder im Kindes- und Jugendalter – sowie die Vorbildfunktion gegenüber jungen Menschen müssen über eine breite Informationskampagne in der Gesellschaft mehr thematisiert werden. Sowohl auf EU-Ebene als auch bei WHO werden derzeit Strategien zur Alkoholprävention diskutiert. Es gilt, diese Diskussionen aktiv zu begleiten und im nationalen Rahmen neue Impulse zu geben.

Alkoholbedingte Schäden zu reduzieren, liegt in der Verantwortung der Gesellschaft und der Politik. Entsprechend der von der EU-Kommission 2006 vorgelegten Empfehlungen für eine europäische Alkoholstrategie setzt die Bundesregierung in der Alkoholprävention auf einen Policy Mix von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Gesetzliche Beschränkungen wie das Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger in der regulären zweijährigen Probezeit ab 2007 oder die Einführung der Sondersteuer auf branntweinhaltige Mixgetränke gehören ebenso dazu wie Aufklärungskampagnen über die Gefahren des riskanten Alkoholkonsums.

Um das gesellschaftliche Verständnis für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern, regt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung eine bundesweite Bewusstseinskampagne an, die auf den bisherigen Maßnahmen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufbaut.

Die Vorbereitung der Aktionswoche „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“, die bundesweit vom 14. bis 18. Juni 2007 stattfinden wird, war ein Schwerpunkt im Jahr 2006. Ziel der Kampagne ist, eine Diskussion zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol in der Bevölkerung anzustoßen und in die verschiedenen Lebensbereiche der Gesellschaft wie Betriebe, Hochschulen und Schulen, Rathäuser, Sportvereine, Kirchen, Kaufhäuser und Fußgängerzonen hineinzutragen. Dabei soll auch über die Suchthilfe und deren Angebote informiert werden. Viele Verbände und Organisationen, u. a. Bundesärztekammer,

Krankenkassen sowie Suchthilfe- und Bildungseinrichtungen, werden gemeinsam unter der Federführung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, der BZgA und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) an der Woche mitwirken.

Vor allem das gemeinsame Verständnis über einen zurückhaltenden Alkoholkonsum muss insbesondere Kindern und Jugendlichen vorgelebt werden. Während nach vorliegenden Studien der Alkoholkonsum in den vergangenen Jahren insgesamt zurückgegangen ist, trinkt ein Teil der Jugendlichen viel zu früh und zu exzessiv Alkohol. Dies führt nicht selten zu tragischen Ereignissen wie im Straßenverkehr und nach einem Rauschtrinken. Einen wichtigen Ansatz zur Verringerung des übermäßigen Alkoholkonsums wird über das Bundesmodellprojekt „HaLT – Hart am Limit“ angestrebt, dass Jugendliche nach einer Alkoholvergiftung begleitet und sich gleichzeitig für eine stärkere Beachtung des Jugendschutzgesetzes vor Ort einsetzt. Die guten Erfahrungen werden in einer Transferphase bundesweit allen Kommunen angeboten. Für die Weiterentwicklung der nationalen Alkoholprävention ist mit Unterstützung des Drogen- und Suchtrates im Jahr 2007 die Ausarbeitung eines nationalen Maßnahmenkatalogs vorgesehen.

Medikamentenabhängigkeit reduzieren

Mehr als 1,4 Millionen Menschen in Deutschland gelten als medikamentenabhängig. Zwei Drittel davon sind Frauen, viele von ihnen in der zweiten Lebenshälfte. Ziel ist es, die Hilfsangebote bei Medikamentenmissbrauch zu verbessern, Berufsgruppen wie Ärzte, Apotheker, Pfleger, Sozialarbeiter stärker für diese Problematik zu sensibilisieren und die betroffenen Personen zu ermuntern, bestehende Angebote in Anspruch zu nehmen.

Informationen zum schädlichen Gebrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten liegen in Deutschland nur eingeschränkt vor. Um die Datenlage zum Medikamenten- und Alkoholmissbrauch im Alter zu verbessern, werden 2007 vorliegende Daten aus dem Gesundheitssurvey von 1997 für die Altersgruppe der 59- bis 79-Jährigen ausgewertet. Mit diesen Informationen sollen das Wissen und erforderliche Angebote zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs verbessert werden.

Ein weiteres Problemfeld beim Medikamentenmissbrauch stellt die Verwendung von Dopingmitteln im Sport dar. Trotz erheblicher Gesundheitsrisiken durch den Konsum von Dopingsubstanzen zur Leistungssteigerung und Körperveränderung missbrauchen Sportler Substanzen wie Anabolika, Epo oder muskelfördernde Wachstumshormone auch im Freizeitbereich. Die Substanzen sind leicht zu beschaffen, zudem finden im Freizeitsport keine Dopingkontrollen statt. Infolgedessen ist vor allem für junge Männer als Hauptkonsumenten das Gefährdungspotenzial hoch. Das Bundeskabinett hat aufgrund der bekannt gewordenen Vorfälle im Spitzensport beschlossen, den Besitz von Dopingmitteln unter Strafe zu stellen. Die Informationspflicht zu möglichen Dopingwirkungen auf dem Beipackzettel der Arzneimittel wird zur Aufklärung beitragen. Dies wird die Verbreitung und den organisierten Handel von Dopingsubstanzen auch im Freizeitsport reduzieren. Maßnahmen zur Reduzierung des Dopings stellen im Breitensport eine große Herausforderung dar. Die Einführung der Besitzstrafbarkeit von Dopingmitteln wird daher zu einem wichtigen Signal für den gesunden Sport.

Illegalen Drogenkonsum reduzieren

Cannabis ist nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland. Über ein Viertel der Jugendlichen haben mindestens einmal Cannabis konsumiert. Das Einstiegsalter ist in den letzten Jahren gesunken und eine zunehmende Zahl junger Menschen sucht wegen cannabisbedingter Probleme Beratungsstellen auf. Themen in der Cannabisprävention im Jahr 2006 waren die bestehenden Beratungs- und Behandlungsprogramme zum Ausstieg aus dem Cannabiskonsum, der Zugang junger Cannabiskonsumten in das Hilfesystem, der Forschungsstand neuer Konzepte in der Therapie von Cannabiskonsumten und die Auswirkungen des missbräuchlichen Cannabiskonsums.

Die Zahl der Todesfälle durch den Konsum illegaler Drogen ist im Jahr 2006 weiter gesunken. Im letzten Jahr verstarben in Deutschland 1.296 Menschen nach dem Konsum von Rauschmitteln. Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der Drogentoten rückläufig und im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozent zurückgegangen. Dies spricht für einen

Erfolg der niedrigschwelligen und effektiven Beratungs- und Behandlungsangebote der Suchthilfe in Deutschland.

Die Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung ist gut und die positiven Ergebnisse der Behandlung von Schwerstabhängigen im Rahmen des Modellprojektes „Heroingestützte Behandlung“ zeigen, dass diese Gruppe eigene Angebote zur Überlebenshilfe braucht. Zum aktuellen Stand der rechtlichen, medizinischen, psychosozialen und finanziellen Aspekte der Substitutionsbehandlung fand am 14. Februar 2007 ein Expertentreffen in Berlin statt. Die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der Substitutionsbehandlung sollen durch eine dreijährige Forschungsstudie untersucht werden.

Die Ergebnisse des Modellprojektes „Heroingestützte Behandlung“ liegen seit vergangenem Jahr vor und wurden im März 2006 in Köln im Rahmen einer WHO-Fachtagung vorgestellt. Der Fortgang der Diamorphinbehandlung in Deutschland ist ungeachtet der Ergebnisse des Modells jedoch ungewiss. Ein Antrag auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel liegt dem zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) seit Mitte 2006 vor. Das BfArM hat den Antrag fachlich positiv beurteilt, kann das Medikament jedoch erst zulassen, wenn zuvor eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt, welches derzeit das Verschreiben von Diamorphin verbietet. Die für eine Diamorphinbehandlung als Regelversorgung erforderliche Gesetzesinitiative zur Änderung des Betäubungsmittelrechts konnte bisher von der Bundesregierung nicht in den Deutschen Bundestag eingebracht werden. Die Patientinnen und Patienten des Projekts werden seit 1. Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß § 3 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes zunächst weiter mit Diamorphin behandelt.

Neue Konsummuster und die Verbreitung neuer illegaler Suchtstoffe bei synthetischen Drogen müssen weiter beobachtet werden. Auch wenn die Zahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen im Jahr 2006 insgesamt um 3,4 % gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen ist, kam es bei Metamfetaminen und Amfetaminen zu einer Zunahme. Bei den Sicherstellungen von Kokain wurden deutlich höhere Mengen beschlagnahmt.

Nichtstoffgebundenen Süchten vorbeugen

Das Bundesverfassungsgericht hat am 28. März 2006 das Ziel der Bekämpfung der Suchtgefahren zur Bedingung des staatlichen Wettmonopols erklärt. Von den Ministerpräsidenten der Länder wurde dies im neuen Staatsvertrag zum Glücksspielwesen umgesetzt. Die Zweckbindung der Gewinne wird dabei um verbindliche Maßnahmen zur Suchtprävention ergänzt. Über Sozialkonzepte der Länder sollen Angebote an aktiver Suchtprävention von hoher Qualität bundesweit gewährleistet werden.

Das Ziel der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ist, ein überzeugendes und bundesweit abgestimmtes Gesamtkonzept zur Suchtprävention und -hilfe sicherzustellen. Vom Drogen- und Suchtrat wird sie in ihrem Anliegen unterstützt. Dazu haben auf Bundesebene Ende 2006 ein Kolloquium und Anfang 2007 ein Werkstattgespräch zur Glücksspielsuchtprävention stattgefunden. Als Ergebnis des Werkstattgesprächs wurden Eckpunkte für bundesweit abgestimmte Standards zur Suchtprävention bei pathologischem Glücksspiel vorgelegt. Zwischen dem Deutschen Lotto-Toto-Block und der BZgA wurde am 8. Februar 2007 eine Kooperationsvereinbarung für ein übergreifendes Dachkonzept zur Suchtprävention geschlossen. Zudem wird das Bundesministerium für Gesundheit zur Verbesserung der Frühintervention bei pathologischem Glücksspiel ein Bundesmodellprojekt auflegen.

Unterstützung durch Drogen- und Suchtrat

Der Drogen- und Suchtrat hat sich am 6. März 2006 erneut konstituiert und setzt damit seine Arbeit aus der vergangenen Legislaturperiode fort. Dabei beraten Vertreter aus Bundes- und Landesministerien, Dachverbänden und der Bundesärztekammer unter Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung die strategische Grundlage für die Drogen- und Suchtpolitik der kommenden Jahre. Erstmals konstituierte sich das Gremium im Oktober 2004. Er tritt zweimal im Jahr zusammen. Der Drogen- und Suchtrat spricht Empfehlungen aus und unterstützt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bei der Umsetzung ihrer Vorhaben.

Aktionsplan Drogen und Sucht umsetzen

Der Drogen- und Suchtrat hat zur Umsetzung der im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ festgelegten Zielsetzungen und Maßnahmen eine Schwerpunktsetzung in der Tabak-, Alkohol- und Cannabisprävention empfohlen und folgende Ziele für die Jahre 2006 bis 2008 beschlossen:

- Die Quote der jugendlichen Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren ist von 28 % in 2001 auf 20 % in 2005 reduziert worden. Sie soll bis 2008 im bundesweiten Durchschnitt auf unter 17% gesenkt werden. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto eher treten gesundheitliche Schäden auf. Umgekehrt gilt: Je länger der Beginn des Rauchens hinausgezögert werden kann, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass mit dem Rauchen erst gar nicht begonnen wird. Dieser Trend soll gefördert werden.
- Die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken im Alter von 12 bis 17 Jahren soll von derzeit 20 % auf unter 18 % im bundesweiten Durchschnitt bis 2008 gesenkt werden. Die Quote von jugendlichen Konsumenten von Alkopops soll nach der deutlichen Reduzierung von 28 % in 2004 auf derzeit 16 % weiter reduziert werden. Der frühe Einstieg in den Alkoholkonsum soll hinausgezögert werden, der Einstieg insbesondere von Mädchen durch den Konsum von Alkopops soll nachhaltig unterbunden werden.
- Die Quote von Cannabiskonsumenten in der Altersgruppe von 12 bis 25 Jahren soll von über 31% Probierern im Jahr 2004 auf unter 28 % bis 2008 gesenkt werden. Der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten soll in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bis zum Jahr 2008 im bundesweiten Durchschnitt auf unter 3 % zurückgehen.

Ebenso wird der Drogen- und Suchtrat verschiedene Strategien zur Eindämmung der mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen verbundenen erheblichen gesundheitlichen und sozialen Schäden sorgfältig beobachten. Das gilt für die Verbesserung der Wirksamkeit von verschiedenen Maßnahmen der Überlebenshilfen ebenso wie für ambulante und stationäre Maßnahmen der Behandlung,

sowohl im Rahmen von Abstinenztherapien als auch von substitionsgestützter Behandlung der Opiatabhängigkeit.

Der Drogen- und Suchtrat bezieht die Ergebnisse des Modellprojektes einer heroingestützten Behandlung in seine Überlegungen mit ein. Da die Teilhabe am Arbeitsleben eine wesentliche Grundlage zur Aufrechterhaltung der Abstinenz ist, sind hierbei insbesondere Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Integration Suchtkranker einzubeziehen, die durch die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Jugend- und Sozialhilfe erbracht werden. Für den Drogen- und Suchtrat kommt besonders der frühzeitigen Erkennung und Behandlung einer Suchterkrankung eine erhebliche Bedeutung zu, um eine Abhängigkeitsentwicklung zu vermeiden bzw. frühzeitiger zu behandeln.

Der Drogen- und Suchtrat hat zur Unterstützung seiner Aufgaben eine „Arbeitsgruppe Suchtprävention“ beauftragt, Empfehlungen für die Suchtprävention auszuarbeiten. Die Arbeitsgruppe trifft sich dreimal im Jahr und hat 2006 Umsetzungsstrategien und erforderliche Maßnahmen zur Erreichung des Arbeitsprogramms des Drogen- und Suchtrates vorgelegt. Für 2007 soll diese Arbeitsgruppe Empfehlungen für das „Aktionsprogramm Tabakprävention“ sowie zur Alkohol- und Cannabisprävention erstellen.

Die „Arbeitsgruppe Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ hat die Aufgabe, die im Zusammenspiel verschiedener Versorgungsbereiche entstehenden Schwierigkeiten in der Versorgung Suchtkranker zu thematisieren und dem Drogen- und Suchtrat Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Im Jahr 2006 wurden die Neuregelungen des SGB II und SGB XII in ihren Auswirkungen auf die Sucht- und Drogenhilfe und die Kooperationen mit den Kommunen, ARGE n, Agenturen für Arbeit und den Kostenträgern der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke diskutiert. Weitere Themen waren die Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen, die Arbeit der Beratungsstellen für abhängige Menschen auf fachlich hohem Niveau, die potenziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Rehabilitation Suchtkranker, der Krankenversicherungsschutz Suchtkranker, die Situa-

tion von Migrantinnen und Migranten in der Suchthilfe sowie die Versorgungslage Suchtkranker mit Hepatitis C.

Die Arbeitsgemeinschaft „Deutsche Suchthilfestatistik“ (AG DSHS) hat die Aufgabe, eine deutsche Suchthilfestatistik unter Berücksichtigung der Vorgaben der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zu fördern und dabei die Vereinheitlichung der nationalen Suchthilfestatistik zu bewirken. Zur Klärung von Grundsätzen und Verfahrensweisen sowie zur Entwicklung von Lösungen arbeiten dabei seit 2004 Vertreter aus Europa, Bund und Ländern sowie von Leistungsträgern und Verbänden der Suchthilfe zusammen.

Seit März 2006 ist die AG DSHS dem Drogen- und Suchtrat angegliedert. Davor wurden Empfehlungen zur Dokumentation, speziell zur Nutzung von standardisierten Katamneseerhebungen, erarbeitet sowie eine Erhebung zur Betreuung von Suchtkranken in Gefängnissen durchgeführt. Die Aktivitäten der AG DSHS haben zu einer deutlichen Erhöhung der Teilnahmequote ambulanter Suchthilfeeinrichtungen an der nationalen Statistik beigetragen.

Internationale Zusammenarbeit ausbauen

Drogen- und Suchtprobleme machen nicht an Ländergrenzen halt. Darum gestaltet Deutschland international die Drogen- und Suchtpolitik aktiv mit. In Europa u. a. durch die Mitarbeit in der „Horizontalen Gruppe Drogen“ (HDG), die die europäische Drogenpolitik koordiniert.

Die Bundesrepublik Deutschland ist Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND), dem zentralen internationalen Organ zur Bekämpfung von Drogenproduktion und -handel. In der Tabak- und Alkoholpolitik ist Deutschland ebenfalls in die Umsetzung und Ausarbeitung von internationalen Vereinbarungen im Rahmen der EU und WHO eingebunden.

International wie national ist es das Ziel, den Drogen- und Suchtmittelkonsum weiter zu reduzieren. Das wird gelingen, wenn alle Institutionen, Berufsgruppen und jeder Einzelne aktiv an dieser Aufgabe mitwirkt.

Der vorliegende Jahresbericht soll über die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung informieren, die in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt werden. Zudem gibt er einen Überblick über vorgesehene Maßnahmen und Initiativen der beteiligten Ressorts, Institutionen und Verbände.

Suchtstoffe und Suchtformen

1 Tabak

Der Tabakkonsum ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. 33 % der Erwachsenen in Deutschland rauchen. Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Zigarettenkonsum liegt bei etwa 13 Jahren. Etwa 140.000 Menschen sterben jährlich an den direkten Folgen des Rauchens. Hinzu kommen rund 3.300 Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die durch die Folgen des Passivrauchens sterben. Passivrauchen ist ein unterschätztes Gesundheitsrisiko und verursacht eine Reihe von akuten und chronischen Krankheiten, einschließlich Lungenkrebs und koronare Herzkrankheit.

1.1 Prävention

1.1.1 „No Smoking, please“ – Förderung des Nichtrauchens im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft 2006

Die Fédération Internationale de Football Association (FIFA) und die World Health Organization (WHO) haben sich 2002 im „Memorandum of Cooperation“ für die Unvereinbarkeit von Sport und Rauchen ausgesprochen. Der Schutz der Zuschauer in den WM-Stadien vor den Gefahren durch Passivrauchen sollte auch bei der Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland gefördert werden. Aus diesem Grund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zusammen mit dem Organisationskomitee der WM Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in den WM-Stadien entwickelt.

Kernstück der Nichtraucherschutzkampagne „No Smoking, please“ war ein WM-TV-Spot der BZgA, der während der gesamten Weltmeisterschaft zu jedem Spiel mehrmals vor Beginn und in der Halbzeitpause im Infotainment-Programm zu sehen war. In dem Spot setzten sich namhafte internationale Fußballstars wie Michael Ballack, Kapitän der deutschen Nationalmannschaft, für das Nichtrauchen ein. Hinzu kamen Stadionsdurchsagen, die Plakatierung des Slogans „No Smoking, please“ in den Tribünenzugängen sowie die Schaltung von Anzeigenmotiven der BZgA im offiziellen WM-Turnierprogramm. Zusätzlich wurden TV-Sender, die redaktionelle Beiträge bei der Veranstaltung geplant hatten, angeschrieben und

um den Einsatz des Spots gebeten. Der Spot wurde von den TV-Sendern im Juni 2006 mehr als 140-mal gezeigt. Im Auftrag des BMG beteiligte sich die BZgA mit ihren Kampagnen „Kinder stark machen“ und „rauchfrei“ an der Vereinskampagne „Klub 2006 – Die FIFA-WM im Verein“. Ziel war es, die breite Aufmerksamkeit an der WM für die Kommunikation suchtpreventiver Botschaften zu nutzen und Fußballvereine zu unterstützen, Suchtvorbeugung zum festen Bestandteil ihrer Kinder- und Jugendarbeit zu machen.

An dem Vereinswettbewerb konnten sich Vereine mit einem WM-Tag zu den Themen „Die Welt zu Gast bei Freunden“, „Green Goal“ oder „Kinder stark machen“ bzw. „rauchfrei“ bewerben. Insgesamt haben knapp 900 Vereine einen WM-Tag ausgerichtet. Davon entschieden sich mit 477 Vereinen mehr als die Hälfte für eines der suchtpreventiven Themen: 310 führten ihren WM-Tag unter dem Motto „Kinder stark machen“, 167 zu „rauchfrei“ durch. Sie erhielten Informationsmaterialien zu beiden Kampagnen sowie einen Fragebogen zu Umfang und Intensität des Einsatzes sowie zur Akzeptanz des Themas Suchtprevention. Die Rücksendung geschah auf freiwilliger Basis. Die Auswertung ergab, dass für eine große Zahl der Vereine das Thema Suchtprevention relevant ist und zahlreiche Vereine Regeln zum Umgang mit Alkohol und Tabak entwickeln wollen.

1.1.2 Einführung rauchfreier Schulen

In den Jahren 2005 und 2006 hat die Mehrzahl der Bundesländer Rauchverbote für die Schulen erlassen. Die Einführung rauchfreier Schulen ist eine gesundheitspolitische Maßnahme, die zur Senkung der Raucherquote bei Jugendlichen von besonderer Bedeutung ist. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlichte bereits im Jahr 2003 den Leitfaden für Pädagogen „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ sowie verschiedene Manuale und Medien, die sich an Schüler bzw. Jugendliche richten. Diese wurden unter dem Dach der Kampagne „rauchfrei“ (siehe Drogen- und Suchtbericht Seite 16) zusammengeführt. Im Jahr 2006 wurden von der BZgA 33 Veranstaltungen in 13 Bundesländern (Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt,

Thüringen, Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland) zum Thema „Rauchfreie Schulen“ durchgeführt. Im Rahmen dieser Fortbildungen wurden Pädagogen Kompetenzen im Umgang mit rauchenden Schülern, die Rauchverbote nicht einhalten, vermittelt. Das im Jahr 2005 vorgelegte „Curriculum Anti-Rauchkurs“ wurde dabei als Leitfaden in die schulische Praxis eingeführt und von vielen Schulen umgesetzt. In vielen Bundesländern hat sich inzwischen eine enge Zusammenarbeit zwischen den Präventionsstellen der Länder und Kommunen und den Schulen bzw. den Schulbehörden im Bereich der Tabakprävention entwickelt.

In der Praxis zeigte sich, dass die Mehrheit der Schüler und Pädagogen die schulischen Rauchverbote befürwortet. Allerdings verlagert sich das Rauchen von Schülern nach Einführung schulischer Rauchverbote oftmals zunächst in die Umgebung der Schule. Für diese Entwicklung gibt es in den Bundesländern noch kein einheitliches Vorgehen. Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Rauchverbote gibt es vor allem in beruflichen Schulen und Oberstufenzentren.

Die Erfahrungen mit rauchfreien Schulen zeigen jedoch überwiegend positive Ergebnisse. Kollegien, deren Pädagogen auf das Rauchen im schulischen Rahmen verzichten, werden ihrer Vorbildfunktion gerecht und können sich mit größerer Glaubwürdigkeit gegenüber den Schülern für die Einhaltung der Rauchverbote engagieren. Von der rauchfreien Schule profitieren in besonderem Maße die Gelegenheitsraucher unter den Schülern, da diese nun im Schulalltag weniger den Anreizen zum regelmäßigen Rauchen ausgesetzt sind.

■ www.bzga.de

1.1.3 „Be Smart – Don’t Start“: Der Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen

Der Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ richtet sich seit 1997 an Schulklassen der Stufen sechs bis acht. Ziel ist es, das Thema „Nichtrauchen“ in einer für die Jugendlichen attraktiven Form in die Schulen zu bringen und den Einstieg in das Rauchen zu verzögern. Der zehnte Wettbewerb vom 13. November 2006 bis 27. April 2007 steht unter dem Motto „Unsere Umwelt – rauchfrei“.

12.003 Schulklassen mit rund 310.000 Schülerinnen und Schülern, erstmalig aus allen 16 Bundesländern, meldeten sich zur Teilnahme an.

Die Regeln des Wettbewerbs sind einfach, so dass sich Schulklassen aller Schulformen beteiligen können. Die teilnehmenden Klassen entscheiden sich, ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen. Einmal pro Woche wird das „Nichtrauchen“ in den Klassen thematisiert. Klassen, die ein halbes Jahr lang rauchfrei sind, können in einer Verlosung Preise gewinnen. Der Hauptpreis ist eine Klassenreise. Sonderpreise werden für begleitende Aktionen der Klassen zum Thema Nichtrauchen und Gesundheitsförderung vergeben.

Die bisherigen Evaluationsstudien deuten darauf hin, dass der Wettbewerb den Einstieg in das Rauchen verzögert. Zur Förderung der Nachhaltigkeit wurde durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die wiederholte Teilnahme von Schulklassen mit zusätzlichen Preisen für mehrfach teilnehmende Klassen angeregt. Während sich im Schuljahr 2002/2003 11 % der Klassen mehrfach am Wettbewerb beteiligten, waren es im Schuljahr 2006/2007 bereits 29 %.

„Be Smart – Don’t Start“ wird vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel koordiniert und von der Deutschen Krebshilfe, der Europäischen Kommission, der Deutschen Herzstiftung, der BZgA, dem AOK-Bundesverband, der Deutschen Lungenstiftung sowie einer Reihe weiterer öffentlicher und privater Institutionen gefördert.

1.1.4 Modellprojekt „Netz Rauchfreier Krankenhäuser“

Seit Juli 2005 wird der Aufbau des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser (DNRfK) basierend auf dem Kodex und den Standards des European Network for Smoke-free Hospitals (ENSH) in einem dreijährigen Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist Schirmherrin des Netzes Rauchfreier Krankenhäuser. In Deutschland gibt es rund 3.600 Krankenhäuser, einschließlich Reha-Kliniken und Vorsorgeeinrichtungen mit insgesamt 1,24 Millionen Beschäftigten. Als Lehr- und Aus-

bildungsstätten für die Ärzteschaft und das Pflegepersonal sowie viele weitere Berufe im Gesundheitswesen haben Krankenhäuser bei der Verbreitung aktiver Gesundheitsförderungskonzepte für die Reduzierung des Tabakkonsums eine zentrale Bedeutung. Nach dem Kodex des ENSH sind Krankenhäuser verpflichtet, zum Schutz vor Tabakrauch für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen sowie Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt für die Patienten und für das Krankenhauspersonal. Damit bieten die Mitglieder des Netzes Rauchfreier Krankenhäuser mehr Beratungs- und Behandlungsqualität zum Nichtrauchen, die über gesetzliche Regelungen hinausgeht.

Die europäischen Zehn-Punkte-Standards berücksichtigen die strategische Verankerung des Ziels – rauchfrei zu werden –, die Unterstützung des Managements, interne und externe Kommunikation, Mitarbeiterbeteiligung und -schulung sowie verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens. Als Instrumente zur Umsetzung sind ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung, ein Leitfaden zur Entwicklung rauchfreier Krankenhäuser und ein Fragebogen zum Rauchverhalten der Mitarbeiter entwickelt worden. Je nach Grad der Umsetzung können europäische Zertifikate in Bronze, Silber und Gold erworben werden.

Das geförderte Projektbüro des DNRfK organisiert die Information von Entscheidungsträgern, Verbänden und Fachgesellschaften, den Aufbau der Netzstruktur und die Förderung des Erfahrungsaustausches der Mitglieder. Neben der direkten Beratung der Mitglieder zur Umsetzung der Standards werden Schulungen und Workshops angeboten und Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt. Die Internetseite wird als Informationsplattform genutzt. Regelmäßig erscheinende Newsletter werden an mehr als 2.500 Abonnenten versandt. Im September 2006 wurde im Rahmen der 11. Nationalen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser die 1. Konferenz Rauchfreier Krankenhäuser durchgeführt. Die nächste Konferenz ist im September 2007 geplant.

Mittlerweile beteiligen sich mehr als 100 Krankenhäuser und Reha-Kliniken in 13 Bundesländern am Netz Rauchfreier Krankenhäuser (Stand Januar 2007). Im Namen des Europäischen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser wurde das DNRfK von EU-Gesundheitskommissar Markos

Kyprianou im September 2006 für seine nachhaltige Entwicklung und das erfolgreiche Wachstum in einem sehr kurzen Zeitraum mit dem „Special Network Achievement Award 2006“ ausgezeichnet.

■ www.rauchfreie-krankenhaeuser.de



**Vorgestellt: Christa Rustler,
Deutsches Netz Rauchfreier
Krankenhäuser, Berlin**

Mit sich im Reinen sein, ist ihr ganz persönliches Gesundheitsprogramm. Christa Rustler, Projektleiterin für Rauchfreie Krankenhäuser im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, ist bundesweit viel unterwegs. Seit mehr als 30 Jahren erlebt sie als Krankenschwester, Gesundheitsmanagerin und Expertin für Gesundheitskommunikation (BSc) die organisatorischen und gesellschaftlichen Veränderungen in und um Krankenhäuser. Heute berät sie Mitgliedseinrichtungen, erstellt Gesundheitsförderungskonzepte, betreut Forschungsvorhaben, besucht nationale und internationale Kongresse, organisiert Fort- und Weiterbildungen und knüpft ein immer dichteres Netzwerk. Die breite öffentliche Diskussion zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens freut sie, selbst wenn das Für und Wider scheinbar endlos abgewogen wird: „Das gehört zum Meinungsbildungsprozess.“ Kein Verständnis indes hat sie, wenn in Krankenhäusern territoriale Lösungen wie Raucheräume gesucht werden. „Für das Erreichen und das Durchsetzen der gesundheitspolitischen Ziele braucht es Klarheit. Gerade die Mediziner wissen doch, dass Rauchen kein Genuss, sondern eine Abhängigkeitserkrankung ist.“ Das Rauchverbot in Krankenhäusern sei eine wichtige Voraussetzung für Veränderungen. Sie kennt die Konflikte, die sich bei der Betreuung rauchender Patienten ergeben können. „Doch internationale Konzepte sind uns gutes Beispiel, diese Herausforderungen anzunehmen.“ Miteinander leben und gemeinsam etwas bewegen im Beruf und unter Freunden – beides trägt zum Ausgleich der 49-jährigen Oberpfälzerin bei und hält sie gesund.

■ www.rauchfreie-krankenhaeuser.de

1.1.5 Leitfaden „Rauchfrei im Krankenhaus“

Seit Mitte 2005 wird in einem zweijährigen Projekt durch die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. die Praktikabilität des Manuals „Rauchfrei im Krankenhaus“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) überprüft. Das Manual folgt einem modularen Aufbau mit Vorschlägen für die Umsetzung des Nichtraucherschutzes. Vertreter von 40 Modellkrankenhäusern tauschten sich während eines Workshops im Februar 2006 zum Stand der Umsetzung u. a. mit Hilfe eines Selbsteinschätzungs-Fragebogens aus. Ein Jahr lang wurden 20 der 40 Modellkrankenhäuser (Interventionsgruppe) aktiv beim Umsetzungsprozess beraten und unterstützt. Zudem wurden zahlreiche Medien zur Ergänzung des Manuals entwickelt (z. B. Logo, Rauchverbots-Aufkleber, Faltblatt, Poster, Tischaufsteller) und den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Ein zweites Treffen im Februar 2007 erfasste erneut die Umsetzungserfolge. Eine Follow-up-Befragung soll Erkenntnisse liefern, die die Grundlage für Empfehlungen zur Überarbeitung und Optimierung des BZgA-Manuals bilden. Das Manual, das sich in der Praxis zur Umsetzung rauchfreier Krankenhäuser nach Einführung gesetzlicher Regelungen bewährt hat, soll bis zum Jahr 2008 aktualisiert werden.

1.1.6 Zielvereinbarung mit dem DEHOGA zum Nichtraucherschutz in Gaststätten

Die freiwillige Selbstverpflichtung der Gastronomie zum Nichtraucherschutz in Gaststätten ist gescheitert. Dies ist das Ergebnis einer im Februar 2007 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) veröffentlichten Studie. Die Zielvereinbarung mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) war, dass bis zum 1. März 2007 in 60 % der Speisegaststätten mindestens 40 % der Plätze für Nichtraucher ausgewiesen sind. Nach der repräsentativen Untersuchung bieten weniger als 11 % der Speisegaststätten ein nach Sitzplätzen ausreichendes und deutlich gekennzeichnetes Platzangebot für Nichtraucher. Am 1. März 2005 hatten die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit mit dem DEHOGA eine Zielvereinbarung geschlossen, um

den Nichtraucherschutz in der Hotellerie und Gastronomie zu verbessern. Mit der Zielvereinbarung verpflichteten sich der DEHOGA und die angeschlossenen Landesverbände, auf ihre Mitgliedsbetriebe und die Gesamtbranche einzuwirken, so dass bis zum 1. März 2006 mindestens 30 % aller Speisebetriebe 30 % ihres Platzangebotes, bis zum 1. März 2007 mindestens 60 % aller Speisebetriebe 40 % ihres Platzangebotes und bis zum 1. März 2008 mindestens 90 % aller Speisebetriebe 50 % ihres Platzangebotes für Nichtraucherinnen und Nichtraucher bereithalten. Die Vereinbarung galt für alle Speisebetriebe, wie z. B. Restaurants, Bistros, Cafés, Kantinen, die über mindestens 75 Quadratmeter Gastfläche oder 40 Sitzplätze verfügen.

Die Vereinbarung betonte, dass nur bei einer erfolgreichen Umsetzung des Stufenplanes eine gesetzliche Regelung zum Nichtraucherschutz vermieden werden kann. Der DEHOGA hatte zum ersten Stichtag im März 2006 bei den Mitgliedsbetrieben eine Abfrage über den Stand der Umsetzung durchgeführt, wonach das erste Etappenziel erreicht wurde. Danach hatten zum 1. März 2006 31,5 % der Betriebe mindestens 30 % ihres Platzangebotes als Nichtraucherplätze ausgewiesen. Die vzbv-Studie zeigte jedoch, dass die Kriterien der ersten Stufe auch ein Jahr danach nicht erreicht wurden.



**Vorgestellt: Ingrid Kossmann,
Nichtraucherbund Berlin e. V.,
Berlin**

„Nichtraucher haben beide Hände frei für die schönen Dinge im Leben“, so wirbt Ingrid Kossmann für ihre Überzeugung. Seit sieben Jahren ist die 65-Jährige ehrenamtlich aktiv im Nichtraucherbund Berlin e. V. und ständig unterwegs auf Infoveranstaltungen und Gesundheitskonferenzen, um die Berliner über das Rauchen und die Folgen von Nikotin aufzuklären. Der Nichtraucherschutz liegt ihr besonders am Herzen. Vor allem die Kinder müssten vor Passivrauchen geschützt werden, so die ehemalige Erzieherin. Deshalb betreut sie ein Aufklärungsprojekt an Berliner Kitas. Dabei lernen die Kinder den Weg der Atemluft im Körper kennen oder erfahren spielerisch die Gefahren des Rauchens. Die Freude an der Natur führte Ingrid Kossmann damals zum Wanderangebot des Nichtraucherbundes, das auch rauchenden Mitgliedern Bewegung verschafft. Ihre drei- bis vierstündigen Wanderrouen, speziell entlang der Berliner Panke, sind sehr beliebt. Sie bereitet die historischen Daten der Strecke auf und fährt vorab die Touren mit dem Fahrrad ab: „Damit es keine Pannen oder Überraschungen mit plötzlichen Baustellen gibt.“ Als Vorstandsmitglied besucht Frau Kossmann Gaststätten und Restaurants der Region. Sie testet, ob diese die Kriterien des Vereins zur nichtraucherfreundlichen Gastronomie erfüllen und in die Broschüre „Nichtraucherfreundliche Gaststätten in Berlin und Brandenburg“ aufgenommen werden können. Die wachsende Zustimmung unter den Mitarbeitern und Betreibern für eine rauchfreie Gastronomie freut sie nach all den Jahren der Information und Aufklärung: „Da tut sich was.“

■ www.nichtraucher-berlin.de

1.2 Beratung und Behandlung

1.2.1 „rauchfrei“-Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens

„rauchfrei“ ist der Titel der nationalen Dachkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Nichtrauchen. Die Kampagne richtet sich gezielt in getrennten Maßnahmen und Projekten an Erwachsene und Jugendliche.

„rauchfrei“-Kampagne für Jugendliche

Für die rund sechs Millionen Jugendlichen in Deutschland im Alter von 12 bis 17 Jahren hat die BZgA seit dem Jahr 2002 eine Jugendkampagne „rauchfrei“ konzipiert und schrittweise realisiert. Deren Hauptziele sind:

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

Ergebnisse bundesweiter Repräsentativerhebungen der BZgA zum Rauchverhalten Jugendlicher belegen den Erfolg bislang durchgeführter Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens. So ist die Raucherquote bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 28 % im Jahr 2001 auf 20 % im Jahr 2005 gesunken. Der Anteil der Nie-Raucher bei den 12- bis 15-Jährigen ist von 48 % im Jahr 2001 auf 62 % im Jahr 2005 gestiegen. Das bedeutet, dass mittlerweile fast zwei Drittel der jüngeren Jugendlichen noch nie geraucht haben. Wie in anderen Industrienationen zeigen aber auch Daten aus Deutschland eine stark ausgeprägte Polarisierung im Rauchverhalten. Hohe Raucheranteile weisen vor allem Jugendliche aus Familien mit geringer Bildung, geringem Einkommen und niedrigem beruflichen Status auf. So ist die Raucherquote der regelmäßigen Raucherinnen und Raucher beispielsweise an Hauptschulen mit 23 % (bei den 12- bis 19-jährigen Jugend-

lichen) mehr als doppelt so hoch wie an Gymnasien (11%). Die Aktivitäten der „rauchfrei“-Jugendkampagne konzentrierten sich im Jahr 2006 auf das Setting Schule, um über gezielte Maßnahmen Jugendliche aller sozialen Schichten zu erreichen. Es wurden strukturelle mit verhaltensbezogenen Maßnahmen gekoppelt. In Kooperation mit den Bundesländern wurden Weiterbildungsmaßnahmen zum Konzept „Rauchfreie Schule“ realisiert und die im Schulbereich angesiedelten Aktionen des „Mitmach-Parcours“ und der „Jugendfilmtage“ weitergeführt. Das internetbasierte „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm für Jugendliche wurde ausgebaut.

Das Online-Ausstiegsprogramm für Jugendliche

Das interaktive BZgA-Programm soll Jugendliche zum Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum motivieren, während der Entwöhnung begleiten und helfen, Rückfälle zu vermeiden. Das Ausstiegsprogramm ist integraler Bestandteil der Informations- und Kommunikationsplattform www.rauch-frei.info und begleitet jugendliche Raucher vor, während und nach ihrem Rauchstopp. Im Rahmen eines 30-tägigen Programms lernen sie, sich „rauchfreie“ Ziele zu setzen, persönliche Risikosituationen zu erkennen und individuelle Kontrollstrategien zu entwickeln, die für die Realisierung der eigenen Zielsetzung erfolgversprechend sind. Das Programm startet mit einer Informations- und Motivierungsphase, wobei das Rauchverhalten (z. B. Häufigkeit und Intensität des Rauchens, Risikosituationen) hinterfragt wird. Daraus wird ein individuelles Profil erstellt. Es folgt ein ausführlicher Kommentar, um zur selbstkritischen Reflektion des eigenen Zigarettenkonsums anzuregen und zur Teilnahme am Programm zu motivieren. Wer danach sein Rauchverhalten ändern will, kann sofort sein persönliches Ziel (Ausstieg oder Reduktion) definieren. Während der Vorbereitungsphase werden kritische Phasen des Ausstiegs aus dem Rauchen vermittelt. Es folgt eine Handlungsphase, in der Raucher an dem zuvor selbst festgelegten Tag mit dem Rauchstopp beginnen. Sie dauert vier Wochen. In wöchentlichem Abstand werden die User per E-Mail zu einem Besuch der Programmwebsite eingeladen, um Auskunft über den aktuellen Raucherstatus zu geben. Ein individuelles Feedback bestätigt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihren bisherigen Erfolgen oder ermuntert sie,

den Ausstieg oder die Reduzierung erneut zu versuchen. Zugleich werden Informationen und Tipps vermittelt, wie persönliche Risikosituationen bewältigt werden können. Von März 2005 bis Dezember 2006 haben sich mehr als 2.500 jugendliche Raucherinnen und Raucher registriert. Infolge der stärkeren Bewerbung des Ausstiegsprogramms für Jugendliche stieg die Zahl der Anmeldungen im Jahr 2006. Eine kontinuierliche Evaluation von rauchfrei.info dient der Optimierung des internetbasierten Programms und der Überprüfung der Programmeffekte. Erste Ergebnisse werden in der zweiten Jahreshälfte 2007 veröffentlicht.

■ www.rauch-frei.info/programm

„rauchfrei“-Kampagne für Erwachsene

Ergänzend zu den bisherigen Maßnahmen und Informationsmaterialien zum Nichtrauchen wurden im Jahr 2006 Beratungsangebote erweitert und die Beratungsqualität erhöht. Das galt für das internetbasierte Ausstiegsprogramm und die Telefonberatung zum Nichtrauchen sowie für die Durchführung des internationalen Wettbewerbs zum Rauchverzicht „Quit & Win – Rauchfrei 2006“. Zudem wurden die Kursangebote zum Rauchverzicht neu konzipiert.

Das Online-Ausstiegsprogramm für Erwachsene

Die Verbreitung des Internets sowie die vielfältigen Kommunikationsmöglichkeiten des Mediums bieten für die Zielgruppe der „ausstiegsbereiten“ Raucherinnen und Raucher neue Chancen für eine effektive und zeitgemäße Ansprache. Kern der Internetplattform www.rauchfrei.info der BZgA ist ein Online-Ausstiegsprogramm, das die Teilnehmenden über einen Zeitraum von 21 Tagen bei ihrer Nikotinentwöhnung begleitet. Dazu erhalten sie täglich per E-Mail Empfehlungen zum Rauchstopp, die die persönliche Situation der Programmteilnehmer wie Abhängigkeitsgrad und Konsumdauer berücksichtigen. Wichtiges Thema ist die Vorbereitung des Rauchausstiegs: Zwischen drei und zehn Tagen gibt das Programm vor, um Voraussetzungen für einen dauerhaften Rauchstopp zu schaffen. In dieser Zeit gibt es jeden Tag Tipps per E-Mail. Um die Selbstkontrolle der Teilnehmenden zu erleichtern und den Ausstiegserfolg zu dokumentieren,

wird in einem „Erfolgsdiagramm“ die Anzahl der noch gerauchten Zigaretten eingetragen. Eine motivationssteigernde Wirkung hat zudem der „Eurozähler“, der die durch das Nichtrauchen ersparten Ausgaben addiert. Neben der Ausstiegshilfe gibt es auch umfassende Informationen zum Thema „(Nicht-)Rauchen“. Broschüren der BZgA können heruntergeladen oder bestellt werden. Die Internetplattform verzeichnet im Schnitt 1.290 Visits pro Tag. Im Jahr 2006 haben sich 11.550 Personen für das Ausstiegsprogramm registriert, um mit dessen Hilfe rauchfrei zu werden.

■ www.rauchfrei-info.de

Die Beratungs-Hotline der BZgA zum Nichtrauchen

Sieben Tage in der Woche haben Raucherinnen und Raucher die Möglichkeit, die Telefonberatung der BZgA zur Rauchentwöhnung zu nutzen. Unter der Telefonnummer 01805/31 31 31 werden zum bundesweit einheitlichen Tarif von 14 Cent pro Minute alle Fragen rund um das Rauchen beantwortet. Von Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr können Anrufer Informationsmaterial anfordern und Adressen von Beratungsstellen oder qualifizierten Anbietern von Gruppenprogrammen erfragen.

Die Hotline bietet selbst eine individuelle Ausstiegsberatung an. Die Nachfrage ist aufgrund der Änderung der Tabakprodukt-Verordnung, in der der Aufdruck der Telefonnummer der BZgA-Beratung zur Rauchentwöhnung auf Zigarettenverpackungen geregelt wurde, stark angestiegen. Waren es im Jahr 2005 noch etwa 3.800 Gespräche, wurden im Jahr 2006 über 11.000 Beratungsanfragen gezählt – an manchen Tagen mit mehr als 100 Anrufen. 60 % der Anruferinnen und Anrufer folgten nach eigenen Angaben dem Hinweis auf die Telefonberatung auf der Zigarettenpackung. Insbesondere langjährige und stark tabakabhängige Raucherinnen und Raucher, die meist mehrfach ernsthafte Ausstiegsversuche unternommen haben, profitieren von den persönlichen Hilfen. Nahezu jeder zweite rauchende Anrufer gab einen Konsum von täglich mehr als 20 Zigaretten an. Mehr als 75 % haben bereits mindestens einen Versuch unternommen, das Rauchen einzustellen. Bereits länger als 20 Jahre rauchen rund 42 % der Anruferinnen und Anrufer. 37 % der Nachfragen stammen aus der Altersgruppe der 40- bis 59-Jähri-

gen. Unter 25-Jährige sind zu 20 % vertreten. Für 2007 ist die Erweiterung des telefonischen Angebotes mit der Einrichtung einer „proaktiven“ Beratung vorgesehen. Dabei können ausstiegswillige Interessenten nach dem Erstanruf zu fest vereinbarten Zeitpunkten mehrere von der Telefonberatung ausgehende Anrufe zur Unterstützung ihres Rauchstopps erhalten.

Neues Kursprogramm der BZgA zur Tabakentwöhnung

Das neu entwickelte Programm „Rauchfrei in 10 Schritten“ wurde von Januar bis Juli 2006 in 55 Kursen evaluiert. Im Vergleich zum Ursprungskonzept aus dem Jahr 1970 beinhaltet es einen Rauchstopp ohne vorherige Reduktion des Zigarettenkonsums und umfasst sechs statt bisher zehn Kursstunden. Zudem werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Abschluss des Kursprogramms telefonisch betreut, um den Rauchstopp langfristig zu sichern. Seit 1990 betreut das Institut für Therapiefor-

- Der Sofortstopp bietet Teilnehmern und Kursleitern eine klare Orientierung und Perspektive. Bei der Reduktion dagegen haben zu viele Teilnehmer das Kursziel „Rauchstopp“ aus den Augen verloren.
- Das neue Programm hat mehr psychoedukative Inhalte zur Klärung der eigenen Ausstiegsmotivation.
- Die Programminhalte sind attraktiv und zeitgemäß und finden so eine höhere Akzeptanz bei den Teilnehmenden und Kursleitern.
- Störanfälligkeiten im Gruppenprozess wurden gemindert, da der Rauchstopp weniger interaktiv, sondern direkt und strukturiert ausgerichtet ist. Gleichzeitig besteht weiterhin die soziale Unterstützung durch die Gruppe.

Weitere Ergebnisse werden im Sommer 2007 vorliegen.

Brandenburg: Landesprogramm „rauchfrei“

„Brandenburg rauchfrei“ ist ein Programm der Landesuchtkonferenz zur Eindämmung des Tabakkonsums und wurde im Dezember 2003 beschlossen. Es will Nichtraucher unterstützen, vor Passivrauchen schützen, Rauchern den Ausstieg erleichtern und bietet Partnern eine Plattform für Projekte und sonstige Aktivitäten zum Nichtrauchen. Seit 2006 bilden die Projekte „Rauchfreies Krankenhaus“, „Rauchfreie Jugendeinrichtung“ und „Rauchfreier Betrieb“ den Schwerpunkt. Viele Projekte werden auf regionaler Ebene durchgeführt. Jugendeinrichtungen können einen Antrag zur Verleihung des Gütesiegels „Rauchfreie Jugendeinrichtung“ stellen. Um das Gütesiegel „Rauchfreier Betrieb“ zu erhalten, muss ein generelles Rauchverbot in den Arbeitsräumen und Räumen mit Publikumsverkehr gelten. Rauchern müssen Plätze zugewiesen sein, wo sie niemanden stören oder gesundheitlich gefährden.

Wettbewerb „Rauchfrei 2006“

44.636 Teilnehmer beteiligten sich in Deutschland am internationalen Wettbewerb „Quit & Win International“. Mit „Rauchfrei 2006“ wurden bereits zum vierten Mal Raucherinnen und Raucher aufgerufen, vom 1. Mai 2006 an mindestens vier Wochen lang nicht zu rauchen. Bedeutsam für die Entscheidung zum Rauchstopp war unter anderem das Gefühl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, nicht allein zu sein. Die positive Einstellung „Rauchfrei“ konnte von der ganzen Familie, vom Freundeskreis und von den Kollegen mitgetragen werden.

Nichtraucher wurden ermutigt, Raucher bei ihrem Vorhaben des Rauchstopps zu unterstützen. Auch sie konnten gewinnen. Die Teilnehmer und deren Begleiter wurden während der Kampagne mit Informationen im Internet unter www.rauchfrei2006.de unterstützt. Das BZgA-Beratungstelefon zum Nichtrauchen und das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums boten begleitend individuelle telefonische Beratung an. Zusätzlich wurde im Wettbewerb regelmäßig die Motivation der Teilnehmer per E-Mail-Newsletter gestärkt und tausende individuelle E-Mail-Anfragen beantwortet. Insgesamt nahmen an der internationalen Nichtraucherkampagne „Quit & Win International“ mehr als 700.000 Raucherin-

nen und Raucher aus 85 Ländern teil. Neben den deutschen Preisen im Gesamtwert von 10.000 Euro wurden ein europäischer Preis in Höhe von 2.500 US Dollar und ein internationaler Preis von 10.000 US Dollar ausgelost. In Deutschland gibt es für Jugendliche einen Sonderpreis, da die Prävalenz bei unter 18-Jährigen im europäischen Vergleich hoch ist.

„Rauchfrei 2006“ stand unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit und wurde im Auftrag der BZgA durch das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) koordiniert. Das DKFZ wurde von einer Vielzahl medizinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften und freier Verbände unterstützt. Für die flächendeckende Verbreitung der Teilnahmekarten war die Beteiligung aller Apotheken in Deutschland und mitgliedstarker Krankenkassen wichtig. Aber auch eine große Zahl von Arztpraxen, Kliniken, Suchtberatungsstellen und Gesundheitszentren ermutigte mit der Auslage des Aktionsmaterials zur Teilnahme. Im Vergleich zu den Vorläufer-Aktionen in den Jahren 2000, 2002 und 2004 stieg die Beteiligung der Betriebe. Deren Zahl wuchs von 1.537 Unternehmen (2002) durch die aktive Ansprache weiterer Unternehmens- und Berufszweige auf rund 4.000 Partner (2006). Die Unternehmen informierten die Mitarbeiter über den Wettbewerb und organisierten Gesundheitstage, Tabakentwöhnungskurse und Rauchersprechstunden.

Der Bekanntheitsgrad von „Rauchfrei 2006“ basiert vor allem auf einer umfangreichen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Die Kampagne wurde mit einer Pressekonferenz am 1. März 2006 im Beisein der Schirmherrin eröffnet und endete am 31. Mai 2006 mit der Preisübergabe durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Der Erfolg von „Rauchfrei 2006“ wird zunächst an der Teilnehmerzahl gemessen. Langfristig liegt er im dauerhaften Nichtrauchen. Dies wurde in den drei vorangegangenen Kampagnen jeweils zwölf Monate nach Ende der Kampagne überprüft. Die Abstinenzquote der Teilnehmenden lag ein Jahr danach zwischen 22 und 34 %. Dieser Erfolg zeigt, dass massenmediale Kampagnen ein wichtiger Baustein zur Tabakentwöhnung sind.

■ www.rauchfrei2006.de

1.2.2 Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“

Bei der Ansprache auf das Rauchverhalten kommt der Ärzteschaft eine besondere Rolle zu. Rund 90 % der Bevölkerung suchen einmal im Jahr einen Arzt auf, so dass bei dieser Gelegenheit Patienten auf das Rauchverhalten angesprochen und zu einem Rauchstopp motiviert werden können. Zugleich findet die Beratung durch Ärzte bei Patienten die höchste Akzeptanz. Allerdings bestehen für eine wirksame Umsetzung der Raucherberatung durch die Ärzteschaft bislang noch vielfältige Barrieren:

- Die Behandlungswünsche der Patienten beziehen sich nur selten auf das Rauchen.
- Für den Arzt ist das verfügbare Zeitbudget pro Patient in der Regel eng begrenzt.
- Es bestehen bislang keine entsprechenden Vergütungsmöglichkeiten.
- Viele Ärzte wünschen sich Hinweise zur Patientenansprache und -motivation.

Als Beitrag zum Abbau dieser Barrieren hat die Bundesärztekammer die Einführung einer Qualifikation zur „Tabakentwöhnung“ für Ärzte verabschiedet. Um den Landesärztekammern die Umsetzung zu erleichtern, wurde ein modular aufgebautes, 20 Stunden umfassendes Curriculum erstellt, durch das Ärzte für die Raucherberatung und -entwöhnung umfassend qualifiziert werden. Acht der insgesamt 20 Stunden leistet der Arzt über onlinegestützte Selbstlernmodule interaktiv ab.

1.2.3 Leitfaden zur Raucherberatung für Ärztinnen und Ärzte

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im vergangenen Jahr gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und der Bundesärztekammer einen Leitfaden zur Raucherberatung für Ärztinnen und Ärzte erstellt. Dieser ergänzt das bestehende Stufenprogramm der Bundesärztekammer „Frei von Tabak“ mit vertiefenden Aspekten des Arzt-Patienten-

Gesprächs und der Umsetzung im Praxisalltag. Der neue Leitfaden eignet sich zudem als Begleitmaterial zur ärztlichen Qualifikation „Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer und soll ab 2007 interessierten Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

1.2.4 Modellprojekt „Tabakentwöhnung in der ambulanten Suchtrehabilitation“

Im Rahmen eines Modellprojektes der Deutschen Rentenversicherung Schwaben wird die Wechselwirkung von Alkoholabhängigkeit und Nikotinabhängigkeit untersucht. Insbesondere soll geprüft werden, ob eine Tabakentwöhnung die Suchtmittelfreiheit bei Alkoholabhängigkeit unterstützt. Die Bereitschaft von Suchtrehabilitanden zur Verhaltensänderung soll genutzt werden, um diese Gruppe während der ambulanten Suchtrehabilitation gleichzeitig für eine Tabakentwöhnung zu motivieren. Suchtrehabilitanden, die auch ihre Nikotinabhängigkeit bearbeiten wollen, nehmen an einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Tabakentwöhnungsprogramm im Rahmen der ambulanten Suchtrehabilitation teil.

Dieses Programm basiert auf einem Entwöhnungsprogramm des Arbeitskreises Raucherentwöhnung der Universität Tübingen und besteht aus acht Therapieeinheiten zu je 100 Minuten als Gruppenarbeit mit sechs bis zwölf Teilnehmern.

Da zwischen der Abhängigkeit von legalen/illegalen Suchtstoffen und der Nikotinabhängigkeit enge Verbindungen bestehen, erhöht der Tabakkonsum nach einer Entwöhnungsbehandlung das Rückfallrisiko. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Nikotin die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit in Bezug auf die Kontrollbeeinträchtigung fördert oder verstärkt. Die wissenschaftliche Evaluation – durchgeführt von der Universität Eichstätt – soll aufzeigen, ob Suchtrehabilitanden von der Tabakentwöhnung bezüglich der Abstinenz des die Reha begründenden Suchtmittels (Alkohol, Medikamente, Mehrfachabhängigkeit) profitieren. Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren. Als Vergleichskriterium dient Abstinenz bzw. der Status des Suchtmittelkonsums ein Jahr nach Abschluss der Reha-Maßnahme.

1.3 Angebotsreduzierung

1.3.1 Bundesministerium für Gesundheit rauchfrei

Als erstes Bundesressort ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowohl in Berlin als auch in Bonn seit dem 31. August 2006 komplett rauchfrei. Als Gesundheitsressort kam dem BMG bei der Umsetzung der Tabakprävention eine besondere Verantwortung und Vorbildfunktion zu. Dementsprechend hat das BMG als Dienststelle/Arbeitgeber entsprechend § 5 der Verordnung über Arbeitsstätten und im Rahmen der gesundheitlichen Fürsorgepflicht für seine Beschäftigten in Abstimmung mit dem Personalrat eine Dienstanweisung erlassen, um die nicht rauchenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirksam vor den Risiken des Passivrauchens zu schützen. Danach besteht ein vollständiges Rauchverbot in allen Dienstgebäuden und Dienstkraftfahrzeugen des BMG.

1.3.2 Nichtraucherchutzgesetz

Die Verringerung des Tabakkonsums und ein umfassender Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens sind vorrangliche gesundheitspolitische Zielsetzungen der Bundesregierung. Aufgrund der föderalen Struktur in Deutschland liegt die Gesetzgebungskompetenz für den Gesundheitsschutz der Menschen grundsätzlich bei den Ländern. Lediglich in bestimmten Bereichen ist der Bund zur Gesetzgebung befugt.

Bereits am 13. Dezember 2006 hatte das Bundeskabinett deshalb Eckpunkte für abgestimmte gemeinsame Initiativen für einen effektiven Nichtraucherchutz von Bund und Ländern beschlossen. Am 28. Februar 2007 hat das Bundeskabinett Regelungen für die Bereiche verabschiedet, die in der Kompetenz des Bundes liegen, und das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens beschlossen. Dieses Gesetz befindet sich derzeit im parlamentarischen Verfahren. Darin sind Maßnahmen für den Schutz vor Passivrauchen in öffentlichen Einrichtungen des Bundes, in öffentlichen Verkehrsmitteln und Änderungen im Jugendschutzgesetz enthalten. Es soll bis zum Sommer 2007 verabschiedet werden und voraussichtlich zum 1. September 2007 in Kraft treten.

Die Länder wurden aufgefordert, wirksame Regelungen in ihren Zuständigkeitsbereichen abzustimmen. Dazu

zählen neben den landeseigenen bzw. kommunalen Einrichtungen (Behörden, Kindertagesstätten, Schulen, Universitäten, Krankenhäuser, Sportstätten) auch die Gaststätten. Am 23. Februar 2007 einigten sich die Gesundheitsminister der Bundesländer auf ein umfassendes Rauchverbot in allen öffentlichen Gebäuden, das auch für die Gastronomie gelten soll. Die Ministerpräsidenten haben am 22. März 2007 diese Regelung übernommen. In Gaststätten soll nur in extra ausgewiesenen und abgetrennten Räumen Rauchen möglich sein. Einige Länder behalten sich weitergehende Ausnahmeregelungen in Gaststätten vor, über die die Landesparlamente entscheiden werden.

Jahrestagung „Schutz vor Passivrauchen“

Im Jahr 2006 wurde in der Öffentlichkeit ein effektiver Nichtraucherchutz kontrovers diskutiert, was sich auch im Deutschen Bundestag widerspiegelte. Um dessen Mitglieder, verantwortliche Vertreter der Bundesressorts und der Bundesländer über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfahrungen anderer europäischer Länder zu informieren, veranstaltete die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihre Jahrestagung 2006 zum Thema „Schutz vor Passivrauchen – Erfahrungen – Perspektiven – Modelle“. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) wurde beauftragt, Tagungsunterlagen in Form von zweiseitigen Factsheets über den Stand des Wissens und die vorliegenden Erfahrungen aus Italien und Irland zu verfassen. Unter anderem wurde die Reichweite der Zuständigkeit des Bundes zum Erlass eines Gesetzes zur Gewährleistung rauchfreier öffentlicher Einrichtungen, zur rauchfreien Gastronomie und rauchfreier Arbeitsplätze erörtert.

Zudem wurde die wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie aufgrund der Erfahrungen anderer Länder hergeleitet. Ein Factsheet fasste die Gefahren des Passivrauchens zusammen. Zwei Drittel der Bevölkerung befürworteten im Oktober 2006 die Einführung einer rauchfreien Gastronomie. Regierungsvertreter Italiens und Irlands erläuterten während der Jahrestagung den Weg ihrer Länder zu einer rauchfreien Gastronomie und zogen übereinstimmend das Fazit, dass mit einer klaren Gesetzgebung und einer umfassenden Infor-

mation der Bevölkerung die Einführung einer rauchfreien Gastronomie mit hoher Akzeptanz bei Wirten und Gästen gelingt. Zudem sinke in deren Folge der Zigarettenkonsum und verbessere aufgrund der geringeren Raucherrate die Gesundheit der Bevölkerung.

1.3.3 Jugendschutz: Umrüstung der Zigarettenautomaten

Am 31. Dezember 2006 endete die Umrüstungsfrist an Zigarettenautomaten in Deutschland. Diese müssen nun mit einem Geldkarten-Chip ausgerüstet sein, der die Ausgabe von Zigaretten an Jugendliche unter 16 Jahren verhindert. Das Jugendschutzgesetz untersagt seit dem 1. April 2003 die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren. Automatenaufstellern war die Frist eingeräumt worden, um über technische Vorkehrungen an Zigarettenautomaten den Anforderungen des Jugendschutzgesetzes gerecht zu werden oder diese abzuhängen. Damit wurde eine wichtige Lücke im Jugendschutz geschlossen. Mehr als 60 % der Jugendlichen bezogen bis zum Jahreswechsel ihre Zigaretten an Automaten. Zudem hat sich die Anzahl der Zigarettenautomaten fast halbiert (2002: 835.000 Automaten, 2006: 470.000). Nach Angaben der Automatenaufsteller ist der Absatz von Zigaretten bei den frei zugänglichen Automaten seit der Umstellung drastisch zurückgegangen. Die neue Geldkarte mit dem gespeicherten Alter des Besitzers wird nur mit Einverständnis der Eltern an Jugendliche unter 18 Jahren ausgegeben. Eine Anhebung des Abgabeverbotes auf unter 18 Jahre würde mit einer erneuten Übergangsfrist auch für Automaten gelten.

1.3.4 Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen

Im Sommer 2006 wurden Studienergebnisse veröffentlicht, die belegen, dass Steuererhöhungen das gewünschte gesundheitspolitische Ziel unterstützen, den Nichtraucheranteil in der Bevölkerung zu erhöhen. In Deutschland wurde zwischen 2002 und 2005 die Tabaksteuer fünfmal erhöht. Die Steuererhöhungen wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch das Kieler Insti-

tut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) untersucht. Über die Befragung repräsentativer Bevölkerungstichproben jeweils vor und nach der Erhöhung wurde untersucht, auf welche Akzeptanz die Erhöhungen in der Bevölkerung stoßen und welche Auswirkungen sie auf das Rauchverhalten haben.

Die Befürwortung der Steuererhöhung ist von 33,7% nach der ersten untersuchten Erhöhung im Januar 2002 auf 41,8 % nach der letzten Untersuchung zur Erhöhung vom 1. September 2005 gestiegen. Auch der Anteil der Raucherinnen und Raucher, die aufgrund der Steuererhöhung über ihr Rauchverhalten nachgedacht haben, ist in diesem Zeitraum von 24,1 % auf 36,2 % gestiegen. Der Anteil derer, die wegen der Steuererhöhung mit dem Rauchen aufgehört haben, hat sich von 4,7 % (2002) bzw. 4,0 % (2003) auf 7,9 % in der Befragung nach der Erhöhung vom März 2004 bzw. 7,5 % in der Befragung nach der Erhöhung vom 1. Dezember 2004 nahezu verdoppelt. Nach der letzten Preiserhöhung lag dieser Anteil bei 6,1%. Ebenso hat sich der Anteil derer, die aufgrund der Steuererhöhung ihren Konsum reduziert haben, über die Jahre weiter erhöht. Dabei ist zu beachten, dass die beiden ersten Preiserhöhungen der Jahre 2002 und 2003 vom Umfang deutlich geringer waren als die Erhöhungen im Jahr 2004 und der Preisanstieg vom September 2005 in der Mitte zwischen diesen Extremen lag.

1.3.5 Maßnahmen gegen Zigarettschmuggel

Im Jahr 2006 stellte die deutsche Zollverwaltung rund 415 Millionen Stück unbesteuerter Zigaretten sicher. Die Bekämpfung des international organisierten Zigarettschmuggels stellt für den Zollfahndungsdienst eines der prioritären Aufgabengebiete dar. Im Zentrum der Ermittlungstätigkeit steht die Zerschlagung der kriminellen Personen-, Logistik- und Finanzstrukturen.

Der Zigarettschmuggel führt zu einem enormen Einnahmeverlust für den Fiskus. Ebenso schwerwiegend ist die gesellschaftliche Gefährdung durch die Etablierung organisierter europa- und weltweit vernetzter Strukturen sowie die gesundheitlichen Risiken, die mit dem Rauchen insbesondere durch gefälschte Tabakprodukte, die keinerlei Kontrollen auf Inhaltsstoffe unterliegen, einhergehen. Untersuchungen in anderen EU-Mitgliedstaaten

haben sogar ergeben, dass gefälschte Zigaretten hohe Anteile von Cadmium, Arsen und Blei enthielten. Gefälschte Zigaretten kamen bislang überwiegend aus dem asiatischen Raum. Es verstärkt sich der Trend von illegalen Produktionsstätten auf europäischen Boden, insbesondere auch in Deutschland. Die gefälschten Zigaretten haben optisch eine hohe Nachahmungsqualität und sind zunehmend mit gefälschten deutschen Steuerzeichen versehen. Für den Endverbraucher ist es überwiegend nur über den Preis möglich, zwischen einer normalen und gefälschten Zigarette zu unterscheiden.

Ein weiteres Problem ist, dass durch den Absatz von Schmuggelzigaretten auf dem Schwarzmarkt Jugendlichen der Zugang zu Tabakwaren erleichtert wird. Ebenso hat in den vergangenen Jahren besonders bei Jugendlichen der Trend des Konsums von Wasserpfeifentabak im Jahr 2006 weiter an Popularität gewonnen. Die Zollverwaltung konnte im Jahr 2006 insgesamt rund 32 Tonnen un versteuerten und teilweise nicht verkehrsfähigen Wasserpfeifentabak sicherstellen.

1.3.6 Umsetzung der EU-Tabakwerbe-Richtlinie

Am 29. Dezember 2006 ist das „Erste Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes“ in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wurde die Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen umgesetzt. Damit hat Deutschland nunmehr ein Tabakwerbeverbot, das die EU-Vorgaben für grenzüberschreitende Werbung erfüllt und diese in nationales Recht umsetzt. Das Gesetz umfasst folgende Bereiche:

- Es ist verboten, für Tabakerzeugnisse in der Presse oder in einer anderen gedruckten Veröffentlichung zu werben. Ausgenommen von diesem Verbot sind Veröffentlichungen, die ausschließlich für im Tabakhandel tätige Personen bestimmt sind, außerhalb der EU gedruckt werden, nicht hauptsächlich für den EU-Markt bestimmt sind, nur für Raucher bestimmt sind oder nur an sie abgegeben werden und die sich inhaltlich primär mit Tabakerzeugnissen oder z. B. Pfeifen beschäftigen.

- In dem Umfang, in dem die Werbung für Tabakerzeugnisse in der Presse oder in einer anderen gedruckten Veröffentlichung verboten ist, ist sie auch im Internet verboten.
- Verboten ist auch, im Hörfunk für Tabakerzeugnisse zu werben (ein solches nationales Verbot gibt es in Deutschland bereits seit 1975; auch die Fernsehwerbung für Tabakerzeugnisse ist seit 1975 in Deutschland verboten).
- Weiter ist einem Unternehmen, dessen Haupttätigkeit die Herstellung oder der Verkauf von Tabakerzeugnissen ist, untersagt, ein Hörfunkprogramm zu sponsern.
- Schließlich ist es verboten, eine Veranstaltung oder eine Aktivität zu sponsern, die eine grenzüberschreitende Wirkung hat – zum Beispiel Formel-1-Rennen.

Der Europäische Gerichtshof hat am 12. Dezember 2006 entschieden, dass die Richtlinie 2003/33/EG nicht gegen europäisches Recht verstößt und eine entsprechende kompetenzrechtliche Klage Deutschlands abgewiesen. Unter das Werbeverbot fallen Veröffentlichungen wie Zeitungen, Zeitschriften und Magazine. Nicht erfasst sind Mitteilungsblätter lokaler Vereine, Programmhefte kultureller Veranstaltungen, Plakate, Telefonbücher oder Hand- und Werbezettel. Tabakwerbung ist in solchen Veröffentlichungen auch künftig nicht verboten.

1.3.7 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung und Sponsoring

Nach Artikel 13 der Tabakrahenkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Offenlegung der Werbeausgaben der Tabakindustrie zu gewährleisten. In Deutschland wurde zwischen dem Verband der Zigarettenindustrie und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine Vereinbarung geschlossen, vom Jahr 2007 an die Aufwendungen nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt darzulegen. Für das Jahr 2005 liegen damit Angaben der Tabakindustrie erstmalig vor und betragen:

Werbeausgaben der Tabakindustrie 2005

Werbung in Printmedien	21.660.897 Euro
Außenwerbung	51.995.340 Euro
Werbung im Kino	9.693.583 Euro
Werbung im Internet	2.890.818 Euro
Sonstige Werbung	4.979.829 Euro
Promotions	85.995.774 Euro
Sponsorship	2.686.418 Euro

1.4 Forschung**1.4.1 Studienreihe „Rauchen im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinofilmen“**

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde durch das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) die Verbreitung des Rauchens im deutschen Film und Fernsehen untersucht. Insgesamt wurden 409 Kinofilme und 352 Stunden Fernsehprogramm inhaltsanalytisch ausgewertet. Das Ergebnis zeigt, dass Tabakrauchereignisse im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinoproduktionen häufig vorkommen. Sie treten in deutschen Filmproduktionen im Vergleich zu US-amerikanischen oder europäischen Kinoproduktionen mehr als doppelt so häufig auf. Im Unterschied zu US-amerikanischen Produktionen treten sie auch häufiger in Filmen auf, die eine Freigabe für Kinder haben. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Studie mit den Ergebnissen von Studien, die in den USA, Japan und Neuseeland durchgeführt wurden, scheint die Hypothese gerechtfertigt, dass auch im deutschen Fernsehen mehr geraucht wird als im Fernsehen anderer Staaten. Am 29. November 2006 stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Untersuchungsergebnisse der Öffentlichkeit vor. Diese Präsentation bildete den Auftakt für eine von der Drogenbeauftragten initiierte Debatte über die Vorbildfunktion des Fernsehens und des Films. Diese beinhaltet u. a. Gespräche mit dem Kultur- und Medienbeauftragten der Bundesregierung sowie den Intendanten und Senderchefs der öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehanstalten.

Neben dem Ziel einer größeren Sensibilität unter Filmschaffenden für den Einfluss des Rauchens in Filmen auf

das Rauchverhalten von jungen Menschen wird eine freiwillige Vereinbarung mit Film- und TV-Produzenten angestrebt, nach der in deutschen Produktionen möglichst auf das Rauchen verzichtet werden soll. Im Jahr 2007 wird die Untersuchung durch zwei weitere Studien ergänzt: In einem Literaturüberblick werden die einschlägigen internationalen Studien dargestellt und diskutiert. Mit einer Stichprobe unter deutschen Jugendlichen werden die Auswirkungen des Rauchens im Film und Fernsehen auf den Beginn des Rauchens im Jugendalter untersucht.

■ www.drogenbeauftragte.de

1.4.2 Expertise zur Tabakentwöhnung für Jugendliche

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 2006 eine Expertise zur „Aktuellen Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern“ in Auftrag gegeben. Neben der Darstellung des nationalen und internationalen Forschungsstandes zum Thema Tabakentwöhnung gibt sie einen umfassenden Überblick zu den in Deutschland vorhandenen Programmen für Jugendliche. Einheitliche Kriterien erlauben, die Programme zusammenfassend zu beschreiben und sie miteinander zu vergleichen. Zudem werden exemplarisch weitere Ausstiegshilfen, die keine spezifische Ausrichtung auf die Zielgruppe Jugendliche haben, sowie zwei Programme aus den USA vorgestellt und Empfehlungen für eine Verbesserung der Hilfeangebote angeführt.

Auf der Grundlage dieser Expertise diskutierten am 2. Juni 2006 Expertinnen und Experten der Tabakentwöhnung aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, ob es einen Bedarf für die Entwicklung eines einheitlichen Angebotes zur Tabakentwöhnung für Jugendliche gibt und wie dieses ausgestaltet werden müsste, damit die Inanspruchnahme der Kurse verbessert wird. Die Wirksamkeit von Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Jugendlichen ist belegt, so ein Fazit der Studie und des Expertengesprächs. Doch bedarf es weiterer Überlegungen, wie Jugendliche besser motiviert werden können, an vorhandenen Programmen teilzunehmen, und wie mehr Jugendliche mit den Maßnahmen erreicht werden können. Über die Notwendigkeit, ein Kursprogramm zum Rauchausstieg für Jugendliche zu entwickeln, herrscht Einvernehmen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird damit im Jahr 2007 beginnen.

■ www.drogenbeauftragte.de

1.4.3 Projekte der Forschungsverbünde

In den vier Forschungsverbänden (Baden-Württemberg, Bayern/Dresden, Nord-Ost, Nordrhein-Westfalen) zur Suchtforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) kooperieren Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen miteinander. In einem regionalen Umfeld führen sie gemeinsam mit Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Drogenberatungs- und anderen Einrichtungen der Suchthilfe anwendungsorientierte Forschungsprojekte durch. Schwerpunkte der Projekte sind die verbesserte Information der Abhängigen und deren Angehörigen sowie eine suchtspezifische Aus- und Fortbildung von Ärzten und Therapeuten.

Die Forschungsverbünde zur Suchtforschung befinden sich seit November 2004 in der zweiten Förderperiode und werden bis November 2007 fortgeführt. In vielen Projekten steht dabei die Implementierung der erworbenen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis an. Um allgemeine Ziele der Prävention und der Früherkennung von Suchterkrankungen, die Verbesserung der Behandlung von Abhängigen und die Vermeidung von Rückfällen effektiver verfolgen zu können, wurde die Zusammenarbeit der Verbünde seit dem Jahr 2005 intensiviert. Einzelne Projekte der Forschungsverbünde werden nachfolgend beispielhaft den Suchtstoffen zugeordnet.

Baden-Württemberg

Eine Studie des Forschungsverbundes Baden-Württemberg beschäftigt sich mit der Entwicklung von Raucherentwöhnungstherapien, die biologische und psychologische Prädiktoren adaptieren. Mit Hilfe der Ergebnisse aus der ersten Förderungsperiode (bis 2004) wurde eine Klassifizierungsformel zur Ermittlung von Subgruppen mit speziellen Risikoprofilen (z. B. „depressiv“, „hyperaktiv“) entwickelt. Das Projekt befindet sich in der Auswertungsphase.

■ www.bw-suchtweb.de

Bayern/Dresden

Die Studie „Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken“ (WIRK) zeigte in der ersten Studienphase (2001-2004), dass Raucherentwöhnungsmaßnahmen in Suchtrehabilitationskliniken erfolgreich etabliert werden können. Auffälliges „Nebenergebnis“ waren erhebliche Unterschiede in den Raucherentwöhnungsquoten zwischen den untersuchten Kliniken. Es wird angenommen, dass die Differenzen durch den unterschiedlichen Umgang mit dem Rauchen in den jeweiligen Kliniken bedingt sind.

Daher untersucht die Studie WIRK – Teil II den Einfluss der jeweiligen Tabakpolitik von Suchtrehabilitationskliniken auf das Rauchverhalten ihrer alkoholabhängigen Patienten. Einbezogen sind 40 Kliniken, 200 Mitarbeiter und 1.600 Patienten, die zu Rauchverhalten und Tabakpolitik des Hauses befragt werden. In einer Interventionsstudie mit 40 Kliniken werden die Effekte der Einführung einer restriktiven Klinik-Tabakpolitik, zusätzlich zum Angebot eines Tabakentwöhnungsprogramms, untersucht. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass beim Nichtrauchen umfassend engagierte Kliniken in der Behandlung der Tabakabhängigkeit erfolgreicher sind. Der Einfluss des bestehenden Regelwerks und die Kompetenz der Mitarbeiter spielen dabei eine Rolle. Dabei zeigt sich in den Einrichtungen ein deutliches Entwicklungspotenzial bei der Erhöhung der Mitarbeiterkompetenz und des jeweiligen klinikübergreifenden Engagements zum Nichtrauchen.

Der erste Teil der WIRK-Studie unterstreicht die Bedeutung der telefonischen Nachbetreuung für die Unterstützung der Tabakentwöhnung bei Rehabilitationspatienten. Auffälliges Ergebnis ist, dass Männer in höherem Ausmaß von der telefonischen Intervention profitierten als Frauen. Im zweiten Teil der Studie soll daher in Mutter-Kind-Kliniken untersucht werden, inwieweit zwei unterschiedliche Formen telefonischer Nachbetreuung im Anschluss an einen Tabakentwöhnungskurs die langfristige Erfolgsquote von Frauen beim Rauchstopp verbessern helfen. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im September 2007 vorliegen.

■ www.asat-verbund.de

Nord-Ost

Im Forschungsverbund „Research collaboration in early substance use intervention“ (Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen, EARLINT) werden Ansätze zur Frühintervention des Rauchens und bei riskantem Alkoholkonsum entwickelt, die in die Prävention und medizinische Versorgung integriert werden sollen. Die Studien lassen Aussagen sowohl über die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen als auch über ihre Einsetzbarkeit im klinischen Alltag zu. Längerfristiges Ziel des Forschungsverbundes ist, zur Entwicklung von Interventionsformen in der Prävention verbreiteter Krankheiten beizutragen, die auf Tabakrauchen oder riskanten Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Diese Ansätze sollen auf ihre Bevölkerungswirksamkeit hin überprüfbar sein, d.h. in welchem Ausmaß Risikoverhaltensweisen in der Bevölkerung auf diese Intervention zurückgehen. Zehn Projekte behandeln Fragestellungen zum Tabakrauchen:

1. Kurzberatung mit dem Ziel der Tabakabstinenz bei Frauen, die gerade geboren haben.
2. Kurzintervention mit dem Ziel der Tabakabstinenz bei Patienten in Allgemeinarztpraxen.
3. Intervention zur Tabakabstinenz bei Rauchern aus einer Zufallsstichprobe der erwachsenen Bevölkerung.
4. Kurzintervention zur Rauchbeendigung bei Benutzerinnen von hormonellen Kontrazeptiva.
5. Implementierung der Kurzinterventionen zum Rauchstopp bei Patienten in Allgemeinarztpraxen.
6. Intervention zum Rauchstopp bei Rauchern ohne Änderungsabsicht.
7. Entwicklung eines computergestützten Expertensystems zur Förderung des Rauchstopps bei Jugendlichen.
8. Implementierung von Beratungsangeboten zum Nichtrauchen durch Hebammen bei Müttern nach der Geburt.
9. Vergleich der ärztlichen Beratung zum Rauchstopp in europäischen Ländern.
10. Einstellungen in der Bevölkerung in Europa zur Prävention von tabakbezogenen Erkrankungen.

■ www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint

Nordrhein-Westfalen

In einem Projekt des Forschungsverbundes Nordrhein-Westfalen wird die Reaktion auf suchtmittelbezogene Anreize vor und nach Behandlung bei Alkohol- und Nikotinabhängigen untersucht. Die Ergebnisse werden auf dem europäischen Psychiatrie-Kongress in Madrid 2007 präsentiert.

■ www.suchtforschungsverbund-nrw.de

2 Alkohol

Mehr als zehn Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form und überschreiten regelmäßig die empfohlenen Konsumgrenzen. Etwa 1,6 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig. 20 % im Alter von 12 bis 25 Jahren trinken in Deutschland regelmäßig Alkohol. Sie folgen dabei einer in der Gesellschaft weit verbreiteten unkritisch positiven Einstellung zum Alkohol. Zehn Liter reinen Alkohols werden pro Kopf in der Bevölkerung jährlich konsumiert. Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Drittel.

Im Fokus: Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Ein Datenvergleich zum Alkoholkonsum durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt einen Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen im Jahr 2005 zu 2004. Unabhängig von der Art der konsumierten alkoholischen Getränke ist ein Rückgang in der Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke bzw. der Menge des Pro-Kopf konsumierten Reinalkohols zu verzeichnen. Der Anteil 12- bis 17-jähriger Jugendlicher, die regelmäßig mindestens einmal pro Woche wenigstens eine alkoholische Getränkeart konsumieren, ist demnach von 20 % (2004) auf 18 % (2005) leicht gesunken. Der Anteil derjenigen, die innerhalb des Vorjahres keinen Alkohol konsumierten, stieg signifikant von 24 % (2004) auf 30 % (2005). Zwar trinken nach den Ergebnissen der BZgA weniger Jugendliche regelmäßig Alkohol, ein verbleibender Teil trinkt jedoch exzessiv. 19 % der Jugendlichen gaben 2005 an, innerhalb des letzten Monats „Binge Drin-

king” (mehr als fünf alkoholische Getränke hintereinander) betrieben zu haben.

■ www.bzga.de

2.1 Prävention

2.1.1 „Alkoholprävention vor Ort“ – Dritter Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention

Der kommunale Wettbewerb zur Suchtprävention wurde im Jahr 2006 bereits zum dritten Mal ausgerichtet. Gesucht wurden Städte, Kreise und Gemeinden, die mit ihren Aktivitäten zur Alkoholprävention ein gutes Beispiel für andere Kommunen darstellen. 105 Kommunen reichten Beiträge ein. Es zeigte sich, dass in vielen Kommunen Alkoholprävention ein Schwerpunkt der langfristigen kommunalen Gesamtprogramme zur Suchtprävention ist. Die Beiträge zum Wettbewerb „Alkoholprävention vor Ort“ belegen, dass positive Wirkungen aus dem Zusammenspiel gesetzgeberischer und präventiver Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention auf kommunaler Ebene entstehen können.

Während der Bund gesetzliche und steuerliche Maßnahmen zur Einschränkung des Konsums beschloss, konzentrierten sich die teilnehmenden Kommunen in den vergangenen Jahren auf eine konsequente Umsetzung der Maßnahmen zum Jugendschutz. 86 Wettbewerbsbeiträge beschrieben Strategien zur „Kontrolle der Abgabebeschränkungen nach dem Jugendschutzgesetz“ und 81 Beiträge galten dem „Alkoholausschank an Jugendliche bei Großveranstaltungen“. 51 Kommunen setzten sich mit der Umsetzung des „Apfelsaftgesetzes“ auseinander. Es verpflichtet Gaststätten, ein alkoholfreies Getränk so preisgünstig anzubieten wie das preisgünstigste alkoholische Getränk.

Vor allem Maßnahmen, die verhaltens- und verhältnisorientierte Strategien kombinieren, scheinen erfolgreich zu sein. Der überwiegende Teil der alkoholpräventiven Maßnahmen richtete sich an Kinder und Jugendliche. Künftig sollen sich Interventionen auch an die Erwachsenen richten, denen aufgrund ihrer Vorbildfunktion eine große Bedeutung für die Konsumbereitschaft Jugendlicher zukommt.

Das Konzept der Punktnüchternheit, dem Nichttrinken in besonderen Risikosituationen, wird in einer großen Zahl von Kommunen aufgegriffen und findet sich in vielen Projekten, z. B. zur Vermeidung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr, wieder. Auch dabei liegen positive Beispiele zur Vernetzung von Bundeskampagnen, Länderinitiativen und kommunalen Projekten vor. Die Preisverleihung zum Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention – Alkoholprävention vor Ort“ fand am 13. Juli 2006 im Beisein der Bundesministerin für Gesundheit, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der BZgA in Bonn statt. Eine gleichnamige Broschüre mit Informationen und den Wettbewerbsbeiträgen wurde herausgegeben.

■ www.kommunale-suchtpraevention.de

2.1.2 Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“

Mit der Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Plattform geschaffen, die den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zum Ziel hat. Die Kampagne ist als Beitrag des Bundes zur Umsetzung des Aktionsplans Alkohol der Bundesländer zu verstehen. Für die langfristig angelegte nationale Kampagne, die insgesamt auf die Reduzierung des Konsumniveaus von Alkohol in Deutschland zielt, wurden folgende Teilziele festgelegt:

- der Bagatellisierung der Folgen des riskanten, schädlichen und abhängigen Alkoholkonsums entgegenwirken,
- über Trinkmengengrenzen informieren,
- die kritische Reflexion des eigenen Alkoholkonsums fördern,
- für Punktnüchternheit im Verkehr, in der Schwangerschaft, bei der Arbeit, bei Medikamentenkonsum und im Umgang mit Kindern werben,

- positives Vorbildverhalten gegenüber Kindern und Jugendlichen fördern,
- neue Multiplikatorengruppen für die Alkoholprävention gewinnen und qualifizieren,
- Partner bei den Bundesländern und Wirtschafts- sowie Suchtverbänden für einen Konsens über die zentralen Botschaften in der Alkoholprävention gewinnen und diese sichtbar machen.

Um diese Ziele zu erreichen, bietet die BZgA eine Reihe von Medien und Maßnahmen an. Damit soll vor allem die Bevölkerung über die Folgen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums informiert sowie Fachberufsgruppen und Multiplikatoren durch Arbeitshilfen in ihrer Beratungstätigkeit bei Alkoholproblemen unterstützt werden. Dazu gehören:

- Basismedien für Erwachsene zur Überprüfung des persönlichen Umgangs mit Alkohol anhand eines Tests sowie Informationen über kritische Konsummengen.
- Medien für Menschen mit riskantem oder abhängigem Konsum, um sie für Beratung und Behandlung zu gewinnen. Diese Medien, gemeinsam entwickelt mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, werden über Präventionsfachstellen, Ehe-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen, die Bundeswehr und Arztpraxen verteilt.
- Arbeitshilfen, die die Beratungskompetenz in der Ärzteschaft und anderen Berufen im Gesundheitswesen fördern, um die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Alkoholproblemen einzuleiten.
- Medien für die Alkoholprävention in Unternehmen.



**Vorgestellt: Jan Wittenberger,
Prästo, Lingen**

Neun Jahre unfallfreies Fahren kann Jan Wittenberger verbuchen. Dennoch besucht der Student immer wieder die Fahrschulen im Emsland (Lingen). Der 29-Jährige ist einer von 27 Peers, die in Niedersachsen Fahrschüler über die Gefahren von Alkohol oder Drogen beim Fahren informieren. Gemeinsam mit einer Studentin gestaltet er eine Unterrichtseinheit zu Cannabis, Alkohol, Ecstasy und seit kurzem auch zu Medikamenten. Nach jedem Einsatz überarbeiten sie Vortrag und eingesetzte Fragebögen, um die 16- bis 30-Jährigen noch besser zu erreichen. Besonders gut gelingt dies mit der „Rauschbrille“. Der Aha-Effekt sei enorm, wenn die Sicht eingeschränkt sei, doppelt gesehen werde, Nähe und Entfernungen falsch eingeschätzt würden. „Da geht es meist lustig zu.“ Doch die erlebte Verwirrung, die verzögerte Reaktionszeit und das Gefühl von Verunsicherung führe bei den Fahrschülern mehr zum Nachdenken als jede Statistik. Jan Wittenberger kennt die Zahl der Unfalltoten, die durch Suchtmittel im Straßenverkehr verursacht werden. Er selbst hat so Freunde verloren. „Doch darum bin ich nicht als Peer tätig, sondern weil ich Aufklärung für wichtig halte.“ Suchtprävention sei die Arbeit von vielen und gehört zu seinem Alltag. Auch im Bekanntenkreis schaut er genauer hin und gibt Hinweise, wenn jemand gefährdet scheint: „Handeln und z. B. verantwortungsvoll Alkohol konsumieren kann aber nur jeder selbst.“ Seine Aufgabe als Peer bereitet den leidenschaftlichen Schachspieler auf seine Zeit nach dem Studium der Sozialen Arbeit vor. Er möchte die Arbeit mit Jugendlichen fortsetzen. In Niedersachsen nutzen 50 Fahrschulen das Präventionsangebot „Prästo“. 2006 wurden rund 1.700 Fahrschüler und -schülerinnen informiert.

■ www.nls-online.de

2.1.3 Kampagne zur Alkoholprävention bei Jugendlichen „NA TOLL!“, „Bist Du stärker als Alkohol?“

Die Kampagne „NA TOLL!“, „Bist Du stärker als Alkohol?“ will Jugendliche dazu anregen, sich mit dem eigenen Konsum von alkoholischen Getränken auseinanderzusetzen, und ihr Wissen über die gesundheitsschädigenden Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums erhöhen. Ziel ist auch, die Zahl der Ereignisse des „Rauschtrinkens“ bzw. von „Binge Drinking“ zu senken. Peer-Aktionen sind Hauptbestandteil der Alkoholjugendkampagne. Seit 2000 sprechen speziell geschulte Jugendliche im Alter von 18 bis 25 Jahren gleichaltrige Jugendliche in Freizeit- und Ferieninstitutionen, bei Jugendveranstaltungen, Musikevents und Sportveranstaltungen auf das Thema Alkohol an. Die Peers führen mit Gruppen von Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren oder auch mit einzelnen Jugendlichen ein Gespräch von etwa 15 bis 20 Minuten. Die Jugendlichen können seit dem Jahr 2006 dabei ihr Wissen zum Thema Alkohol testen. Die Ergebnisse des Tests sind Grundlage für das Gespräch. Die Peers informieren, initiieren Diskussionen und regen zum Nachdenken über den eigenen Konsum an. Zusätzlich zeigen sie alternative Handlungsoptionen zum Alkoholkonsum. Um die Nachhaltigkeit der Aktion zu stärken, werden Informationsmaterialien und Give-Aways verteilt.

Im Jahr 2006 sprachen die Peers mit 10.330 Jugendlichen. Die Printmedien der Kampagne wurden überarbeitet und um weitere Elemente ergänzt. Zudem erhielt die Internetpräsenz einen Relaunch, der sich konsequent an den Bedürfnissen der Zielgruppe der Jugendlichen im Alter von 12 bis 16 Jahren ausrichtet. Dort finden Jugendliche Informationen zum kritischen Umgang mit Alkohol und zu den Peer-Aktionen. Weitere Angebote der Website sind eine E-Mail-Beratung, ein Persönlichkeits- und ein Wissenstest. Die Zahl der Visits hat sich von monatlich 12.400 (2005) auf monatlich 14.900 im Jahr 2006 erhöht.

■ www.bist-du-staerker-als-alkohol.de

2.1.4 Modellprojekt „HaLT“

In den vergangenen Jahren hat der frühe und riskante Alkoholkonsum unter Kindern und Jugendlichen zuge-

nommen. So hat sich unter anderem die Zahl von Teenagern, die mit einer Alkoholvergiftung in Krankenhäuser eingeliefert werden, innerhalb weniger Jahre fast verdoppelt. Um dieser Problematik umfassend und wirksam zu begegnen, hat das Bundesministerium für Gesundheit das Modellprojekt HaLT (Hart am Limit) gefördert und in einer mehr als zweijährigen Modellphase an elf Standorten in neun Bundesländern mit finanzieller Beteiligung der zuständigen Landesministerien (Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen) erprobt.

Die Ziele von HaLT sind:

- Jugendlichen mit einem missbräuchlichen Konsum, insbesondere nach einer schweren Alkoholvergiftung noch im Krankenhaus, systematisch Hilfen anzubieten (reaktiver Baustein),
- Alkoholmissbrauch durch kommunal verankerte Präventionsansätze entgegenzuwirken (proaktiver Baustein).

Die wissenschaftliche Begleitung des bis 2007 geförderten Bundesmodells hat gezeigt, dass die formulierten Ziele umfassend erreicht werden. Aus diesem Grund wird die Übernahme von HaLT ab 2007 im Rahmen eines 18-monatigen Transferprojekts deutschlandweit angeboten. Konkret werden die an den elf Modellstandorten gesammelten Erfahrungen interessierten Kommunen zur Verfügung gestellt.

Ziel des Transfers ist es, bereits bestehende Präventionsprojekte sinnvoll auszubauen sowie Städte und Landkreise, die sich derzeit in der Planungsphase befinden, zu unterstützen. Dazu werden in zahlreichen Städten Einführungsseminare angeboten, mit denen vor allem sozialpädagogische Fachkräfte in der Suchtprävention angesprochen werden. Wenn die Teilnehmenden im Anschluss das HaLT-Projekt regional umsetzen wollen, erhalten medizinische und sozialpädagogische Fachkräfte, Kommunalpolitiker und -politikerinnen, Polizei und Festorganisatoren vor Ort Unterstützung durch Vorträge oder Workshops. Ein umfassendes Handbuch zur Umsetzung von HaLT in die Praxis liegt vor.



**Vorgestellt: Johanna Pinkl,
Anonyme Alkoholiker e. V.,
Landshut**

Humor und gemeinsames Lachen zeichnet die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker e. V. (AA) aus, so die 1. Vorsitzende des Vereins. Selbst wenn es manchmal Galgenhumor sei, ist dies ein guter Mechanismus, um Probleme zu verarbeiten. Johanna Pinkl ist eine von sechs Ehrenamtlichen, die selbst nicht erkrankt sind und so als „Aushängeschild“ für den Verein der AA im gesamten deutschsprachigen Raum werben können. Alle anderen bleiben in der Anonymität. Die diplomierte Sozialpädagogin erlebte zwölf Jahre in der Jugendarbeit Tag für Tag, welche gefährliche Droge der Alkohol ist. Darum engagiert sich die 40-Jährige in der weltweiten Selbsthilfeorganisation und kämpft gegen so manches Vorurteil: „Bier ist ein Grundnahrungsmittel“ oder „Das kann doch alles nicht so schlimm sein“. Kann es doch. Um so wichtiger sei eine Gemeinschaft, in der jeder die Krankheit Alkoholismus am eigenen Leibe verspürt und gelernt hat, sie zum Stillstand zu bringen. Durch den regelmäßigen Kontakt mit genesenden AA-Freunden, das Gefühl des Zusammenhalts und der Freundschaft kann der Zwang zum Trinken durchbrochen werden. Sie habe viel von ihren AA-Freunden gelernt. Z. B. Probleme dort zu lassen, wo sie hingehören und nicht alles mit nach Hause zu nehmen. Schaute sie früher kritisch, inwieweit jemand durch Alkohol gefährdet sei, weiß sie nun: Das kann und muss jeder für sich entscheiden. „Wer ein Trinkproblem hat, kann jederzeit zu den AAs kommen, um sich darüber auszusprechen. Er selbst mag beurteilen, ob auch er ein Alkoholiker ist. Das hängt nicht von der Menge Alkohol ab.“ Ihr imponiert „der lustvolle Umgang mit dem Leben“ der AAs. Die Sozialarbeiterin lehrt an der Fachhochschule Landshut und ist gern in der Natur. Sie hat ein Faible für Tiere und lässt sich in ihrer Freizeit zur Tierhomöopathin ausbilden. Besonders Katzen haben es ihr angetan.

■ www.anonyme-alkoholiker.de

2.2 Beratung und Behandlung

2.2.1 Stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Unter den therapeutischen Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige existiert ein breites Spektrum von kleinen, mittelgroßen und großen Rehabilitationskliniken. Die Rehabilitation für Abhängigkeitskranke versucht mit flexiblen und individualisierten Angeboten der medizinischen Rehabilitation im Rahmen eines integrativen Ansatzes, psychotherapeutischen Interventionen ein besonderes Gewicht zu geben. Ziele der Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke orientieren sich am aktuellen Erkenntnisstand der Rehabilitationsforschung hinsichtlich der qualitativ und quantitativ optimalen Therapiedichte.

Das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen wurde im zweiten Halbjahr 2006 überarbeitet und beinhaltet Art und Umfang der Leistung, allgemeine Anforderungen, das Indikationsspektrum, Rehabilitationsziele, Therapie, Diagnostik und personelle Anforderungen. Die Überarbeitung des Anforderungsprofils erfolgte unter Berücksichtigung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Darüber hinaus wurde der hohe Stellenwert arbeitsweltbezogener medizinischer Rehabilitationsanteile innerhalb der Therapie Abhängigkeitskranker herausgestellt.

■ www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

2.2.2 Ganztägig ambulante Rehabilitationsangebote für Alkoholabhängige

Die Indikation für eine ganztägig ambulante Behandlung von Alkoholabhängigen ergibt sich aus der Analyse und Bewertung vorliegender Schädigungen und Beeinträch-

tigungen, der Beeinträchtigung der Teilhabe in Folge der Erkrankung sowie aus der Lebenssituation des Rehabilitanden. Die wohnortnahe ganztägig ambulante Rehabilitation mit der Einbindung von Angehörigen, Arbeitgebern, Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten reduziert die Gefahr von Rückfällen durch Überforderung und Angst bei einer plötzlichen Konfrontation im Alltag nach einer stationären Rehabilitation. Seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde schon früh auf die spezifischen Möglichkeiten und Vorteile dieses Angebotes hingewiesen und Einrichtungen bei deren Umsetzung unterstützt.

Mittlerweile werden in Deutschland von der Deutschen Rentenversicherung Bund 25 ganztägig ambulante Rehabilitationsangebote zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten in Anspruch genommen. Darüber hinaus werden in 19 Fachkliniken teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten. Die teilstationäre Entlassung ist zudem ein zusätzliches Angebot einiger Fachkliniken. Noch stehen der Deutsche Rentenversicherung Bund nicht in allen Bundesländern ganztägig ambulante Rehabilitationsangebote zur Verfügung. Insbesondere in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Hessen und Bayern fehlt es an flächendeckenden Angeboten. Dort befinden sich Konzepte zur ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker jedoch in der Prüfung.

2.3 Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger

Im Februar hat das Bundeskabinett das Gesetz zur Einführung eines Alkoholverbots für alle Fahranfänger und Fahranfängerinnen, die sich noch in der regelmäßig zweijährigen Probezeit befinden, verabschiedet. Das Gesetz soll am 1. August 2007 in Kraft treten. Für jeden dritten Auto-unfall unter Alkoholeinfluss sind junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren verantwortlich. Bei Fahranfängern treffen Unerfahrenheit im Straßenverkehr und die Wirkung von Alkohol als Unfallrisiken zusammen.

Seit der Einführung der 0,5-Promille-Grenze ist es zu einem spürbaren Rückgang von Unfällen unter Alkohol-

Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V.: Sicher fahren

„Junge Fahrerinnen und Fahrer“ starten durch und setzen sich mit Fragen der Sicherheit und dem eigenen Verhalten im Straßenverkehr auseinander. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) entwickelten der Deutsche Verkehrssicherheitsrat e. V. (DVR) und der Jugendmusiksender VIVA eine spezielle Kampagne für die Zielgruppe „Junge Fahrer“. Jugendtypische Verhaltensweisen im Straßenverkehr wurden in spannenden Spots dargestellt, die der Sender von April bis September 2006 ausstrahlte. Gewinnspiele ergänzten die Aktion. Etwa 250.000 Zuschriften aus der Zielgruppe der 18- bis 24-Jährigen äußerten sich zu aktuellen Fragen im Straßenverkehr. Beispielsweise stimmten auf die Frage zur „Null-Promillegrenze für Fahranfänger“ 82 % der mehr als 14.000 Einsender für deren Einführung. Der DVR will auch im Jahr 2007 in Zusammenarbeit mit dem BMVBS mit einer Kampagne unter dem Motto „Hast du die Größe? Fahr mit Verantwortung“ die Unfallzahlen der 18- bis 24-Jährigen reduzieren. Mit Kinospots, Freecards, Plakaten und Anzeigen soll die Zielgruppe der 18- bis 24-jährigen Fahrerinnen und Fahrer direkt angesprochen werden. Gleichzeitig soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass junge Leute nach wie vor ein hohes Risiko haben, im Straßenverkehr verletzt oder getötet zu werden.

■ www.dvr.de

einfluss gekommen, der sich als positiver Trend fortsetzt. Im Jahr 2005 ist die Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss im Straßenverkehr deutlich zurückgegangen, im Vergleich zum Vorjahr um rund 6,4 %. Dennoch sterben immer noch zu viele Menschen an den Folgen alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr. Allein 2005 forderte Alkohol am Steuer 603 Verkehrstote und war damit die Ursache für rund jeden neunten Verkehrstoten in Deutschland. Durch den hohen Anteil von Fahranfängern an Unfällen unter Alkoholeinfluss kommt dem Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger eine hohe Bedeutung zu.

Die Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit durch Alkohol oder Drogen ist nicht ausschließlich ein nationales

Problem. Eine enge europäische Zusammenarbeit wird derzeit auf verschiedenen Ebenen (z. B. Verwaltung, Wissenschaft, Polizei) intensiv vorangetrieben.

2.4 Forschung

2.4.1 Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Das Forschungsprojekt „Entwicklung einer Leitlinie für die stationäre Rehabilitation der Alkoholabhängigkeit“ wurde von der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt und ist inzwischen abgeschlossen. Die Leitlinie befindet sich gegenwärtig in der Implementierungsphase.

Seit 1998 werden mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Bund von verschiedenen Forschungsgruppen empirisch überprüfbare Leitlinien zu exemplarischen Krankheitsbildern (koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus, Schlaganfall, chronischer Rückenschmerz, Mammakarzinom und seit 2004 Alkoholabhängigkeit) entwickelt. Die Leitlinienprojekte folgen einem einheitlichen Vier-Phasen-Schema:

1. Literaturrecherche zu Studien über die Wirksamkeit rehabilitativer Leistungen, deren Konkretisierung und Operationalisierung,
2. Analyse der gegenwärtigen rehabilitativen Versorgung mit Daten aus den Reha-Entlassungsberichten über die durchgeführten Therapiemaßnahmen nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen, Gegenüberstellung der Erkenntnisse aus der Literatur,
3. Erstellung der Leitlinie unter Einbeziehung relevanter Berufsgruppen und Fachgesellschaften sowie
4. Implementierung in die klinische Routine.

Das Leitlinienprogramm ist Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Ergebnisse, die den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, sollen die Arbeit mit den Rehabilitanden verbessern. Die Berichte sind die Grundlage für Gespräche zwischen den

Einrichtungen und der Rentenversicherung. Die Leitlinie beinhaltet eine Einführung, in der das Verfahren, die Erstellung und die Anwendung erläutert werden, sowie evidenzbasierte Therapiemodule. Im Sommer 2007 soll eine Auswertung der Daten der Einrichtungen und eine Rückmeldung der Ergebnisse erfolgen. Gleichzeitig wird eine Befragung zur Handhabung und Akzeptanz der Leitlinie durchgeführt.

Nach Abschluss der etwa einjährigen Pilotphase soll die Leitlinie zur stationären Rehabilitation der Alkoholabhängigkeit in die Routine der Reha-Qualitätssicherung übergehen. Die Leitlinie formuliert Mindestanforderungen und kann keine ausschließliche Grundlage für ein therapeutisches Konzept einer Rehabilitationseinrichtung, deren Wochen- oder Stellenplan sein. Die Umsetzung in die Routine der Reha-Qualitätssicherung wird zu weiteren Anpassungen der Inhalte führen. Langfristig sollen die Empfehlungen der Leitlinie in den Einrichtungen zu einer Verbesserung des therapeutischen Angebots der stationären Rehabilitation Alkoholabhängiger führen, die Behandlungsunterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen verringern und die Qualität der Entwöhnungsbehandlung steigern.

2.4.2 Projekte der Forschungsverbünde

Baden-Württemberg

Die Therapieforschung wird in erster Linie durch das „Project PREDICT“ untersucht („Individuell adaptierte Therapie der Alkoholabhängigkeit: klinische Studien“ / „Effizienz einer zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlung bei Alkoholkranken“). Erste Auswertungen deuten auf eine valide Charakterisierung prognostisch relevanter Subtypen hin. Aus vorläufigen Ergebnissen konnten erste Vergleiche mit der weitgehend parallel aufgebauten US-amerikanischen COMBINE-Studie vorgenommen werden. Die Patienten in der PREDICT-Stichprobe sind deutlich schwerer abhängig als diejenigen der amerikanischen Stichprobe. Für das Psychotherapieprojekt erfolgten bereits Transferleistungen in die Praxis (Schulung und Supervision niedergelassener Therapeuten).

■ www.bw-suchtweb.de

Nord-Ost

Der Forschungsverbund „Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen (EARLINT)“ entwickelt neben Ansätzen der Frühintervention zum Rauchen (siehe Drogen- und Suchtbericht Seite 26) auch Ansätze bei riskantem Alkoholkonsum. Es werden drei Projekte durchgeführt:

1. Implementierung der Frühintervention bei Patienten mit riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus und Untersuchung der Stadien und Prozesse für suchtspezifische Hilfen.
2. Frühintervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Arztpraxen.
3. Entwicklung eines EDV-Instruments (Computer-Expertensystems) zur Beratung bei riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit.

■ www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint

Nordrhein-Westfalen

In der Studie „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ wird 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 2006 wurde die Durchführung der Therapien der 371 rekrutierten Teilnehmer abgeschlossen. Letzte Katamneseerhebungen erfolgten im Januar 2007. Erste Ergebnisse werden im Jahr 2007 erwartet.

■ www.suchtforschungsverbund-nrw.de

3 Medikamente

Zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Menschen sind in Deutschland medikamentenabhängig, davon 70 % Frauen. 5 bis 6% der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial. Alle psychotropen Arzneimittel wie z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulantien sind rezeptpflichtig. Nach Studien werden rund ein Drittel dieser Mittel nicht wegen akuter Probleme, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet. Trotz Rückgangs der Verschreibungszahlen bei den Benzodiazepinen gelten rund 1,1 Millionen Menschen als abhängig von Benzodiazepinderivaten.

3.1 Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit untersuchte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) Möglichkeiten der Erreichbarkeit ausgewählter Bevölkerungsgruppen durch Materialien zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Neben der Darstellung des Forschungsstandes wurde von Januar bis April 2006 eine Bewertung der vorhandenen Materialien vorgenommen. Risikogruppen wie sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen wurden in der Untersuchung besonders berücksichtigt. Ausgehend von der Verbreitung des Medikamentenmissbrauchs in der Bevölkerung konzentrierte sich die Studie auf rezeptfreie und rezeptpflichtige Schmerzmittel sowie auf Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine. Diese stellen die wichtigsten Arzneimittelgruppen mit einem Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial dar. Die zentralen Ergebnisse wurden im Juni/September 2006 veröffentlicht:

- Obwohl der Schmerzmittelgebrauch insgesamt in den vergangenen Jahren relativ konstant blieb und die Verordnungen und der Gebrauch von Benzodiazepinen zugunsten weniger riskanter Arzneimittelgruppen in den letzten Jahren deutlich zurückging, sind problematische Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Medikamenten bei Risikogruppen verstärkt festzustellen.

- Frauen und ältere Menschen bekommen mehr Medikamente mit einem Missbrauchspotenzial verordnet und gebrauchen diese auch häufiger. Aus den vorliegenden Daten kann ein Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Missbrauch von Medikamenten geschlossen werden. Er ist aber im Vergleich zu anderen Suchtbereichen bislang weniger erforscht.
- Die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen, Schlafstörungen und Schmerzerkrankungen weist Defizite auf. Fehlbehandlung sowie mangelnde Hilfeangebote führen zu einem problematischen Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischen und psychosomatischen Störungen und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Anders als bei alkoholbezogenen Störungen ist davon auszugehen, dass psychische Störungen dem Medikamentenmissbrauch häufiger vorausgehen als sich diese in Folge des Substanzmissbrauchs entwickeln.
- Störungen in der Balance zwischen Belastungen und Bewältigungsressourcen begünstigen die Entwicklung von Beschwerden und einen erhöhten Medikamentengebrauch. Ärzten und Apothekern kommt eine besondere Verantwortung zu. Sie kontrollieren den Zugang zu den Medikamenten mit einem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.
- Informationsmaterialien und Broschüren über Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial für die breite Bevölkerung sind in der Regel bereits verfügbar.
- In der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Frauen und älterer Menschen mit Medikamentenproblemen sind Defizite festzustellen. Zur besseren Information und Sensibilisierung der Bevölkerung sind geeignete Zugangswege zu erschließen.

Um weitere Ergebnisse aus der Forschung der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, ist die Veröffentlichung einer Broschüre zur Medikamentenabhängigkeit in der Suchtmedizinischen Reihe der DHS geplant.



**Vorgestellt: Karin Mohn,
Universität Dortmund**

„Psychoaktive Medikamente helfen bei Beschwerden und Erkrankungen, aber sie lösen keine Lebensprobleme“, betont Karin Mohn. Die 39-jährige Psychologin beschäftigt sich seit ihrem Studium mit Themen rund um die „Frauengesundheit“. So standen Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit schnell im Fokus ihrer wissenschaftlichen Arbeit. In Studien und Veröffentlichungen belegte sie, was in der Frauengesundheitsforschung bereits seit langem als Gewissheit gilt: Die Symptome sozialer und psychischer Probleme von Frauen werden zu schnell mit Medikamenten behandelt, statt nach den Ursachen zu suchen. Neben- und Langzeitwirkungen sowie das Abhängigkeitsrisiko bestimmter Medikamente werden dabei unterschätzt. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen entwickelte sie Maßnahmen zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit und Materialien zur Information. Wichtig ist ihr, jeden in seiner Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu stärken. Zudem gelte es, professionelle Akteure zu sensibilisieren. Denn die Mittel, die zur Abhängigkeit führen, sind rezeptpflichtig: „Hier trägt die Ärzteschaft eine besondere Verantwortung.“ Ohne ein gemeinsames Wirken aller Hilfeangebote mit der Medizin gehe es nicht. Es freut sie, dass Erkenntnisse aus der Frauengesundheitsforschung mittlerweile zunehmend Gehör und Anerkennung finden. Die Ausdauer, die es für gesellschaftliche Veränderungen im Bewusstsein braucht, erlauft sich die Dortmunderin. Ausreichend Bewegung mit Walking, achtsame Ernährung und genügend Schlaf sind ihr Gesundheitskonzept. Momentan koordiniert sie an der Universität Dortmund den interdisziplinären Forschungsschwerpunkt „Dynamik der Geschlechterkonstellationen“.

■ www.dhs.de

3.2 Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum schädlichen Gebrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten

Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unter Beteiligung von Suchtfachverbänden und Selbsthilfeorganisationen einen Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ erstellt, der sich vor allem an niedergelassene Ärzte richtet. Er soll im Frühjahr 2007 erhältlich sein. Der Leitfaden gibt Hinweise zur Erkennung eines problematischen Umgangs mit psychotropen Medikamenten, zur ärztlichen Ansprache des Themas sowie zur Diagnostik und Entwöhnung betroffener Patientinnen und Patienten.

■ www.bundesaerztekammer.de

3.3 Medikamenten- und Alkoholkonsum im Alter

Der Konsum psychoaktiver Substanzen, insbesondere von Arzneimitteln und Alkohol, im hohen Lebensalter wird kaum thematisiert. Repräsentative Daten liegen für die Bevölkerung der Bundesrepublik bislang nicht vor. Im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) wird in der aktuellen Befragung erstmalig die Altersgruppe der über 59- bis 65-Jährigen berücksichtigt. Zur Verbesserung der Datenlage plant das Bundesministerium für Gesundheit eine Untersuchung des Psychopharmaka- und Alkoholkonsums älterer Menschen auf der Basis der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998. Beabsichtigt ist, den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen und Alkohol im hohen Alter näher zu untersuchen und mit gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Sozialstatus, soziale Netzwerke, Wohnbedingungen) zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (körperliche Aktivität, Rauchen) sowie der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Verbindung zu setzen. Risikogruppen sollen identifiziert und konkrete Ansatzpunkte für Präventionskonzepte aufgezeigt werden.

Darüber hinaus sollen Genderaspekte herausgearbeitet werden. Die Daten stammen aus der ersten umfassenden Basiserhebung zur Bevölkerungsgesundheit des Jahres 1998 und sind von hoher Qualität. Aufbereitet ermögli-

chen sie die Feststellung des Status Quo und bilden die Grundlage für Vergleiche zu späteren Daten und Entwicklungsbeobachtungen. Datenbasis ist die repräsentative Stichprobe der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung der Bundesrepublik, die zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und körperlich untersucht wurden. In die Sonderauswertung werden Studienteilnehmer im Alter von 60 bis 79 Jahren einbezogen. Ausgewertet werden Daten aus dem ärztlichen Interview, Selbstausfüll-Fragebogen und medizinischen Messblatt sowie vorliegende Laborwerte.

Während der Projektdauer von sechs Monaten soll neben der Datenauswertung auch eine Literaturrecherche durch das Robert-Koch-Institut (RKI) geleistet werden. Ergebnisse werden im Jahr 2007 erwartet.

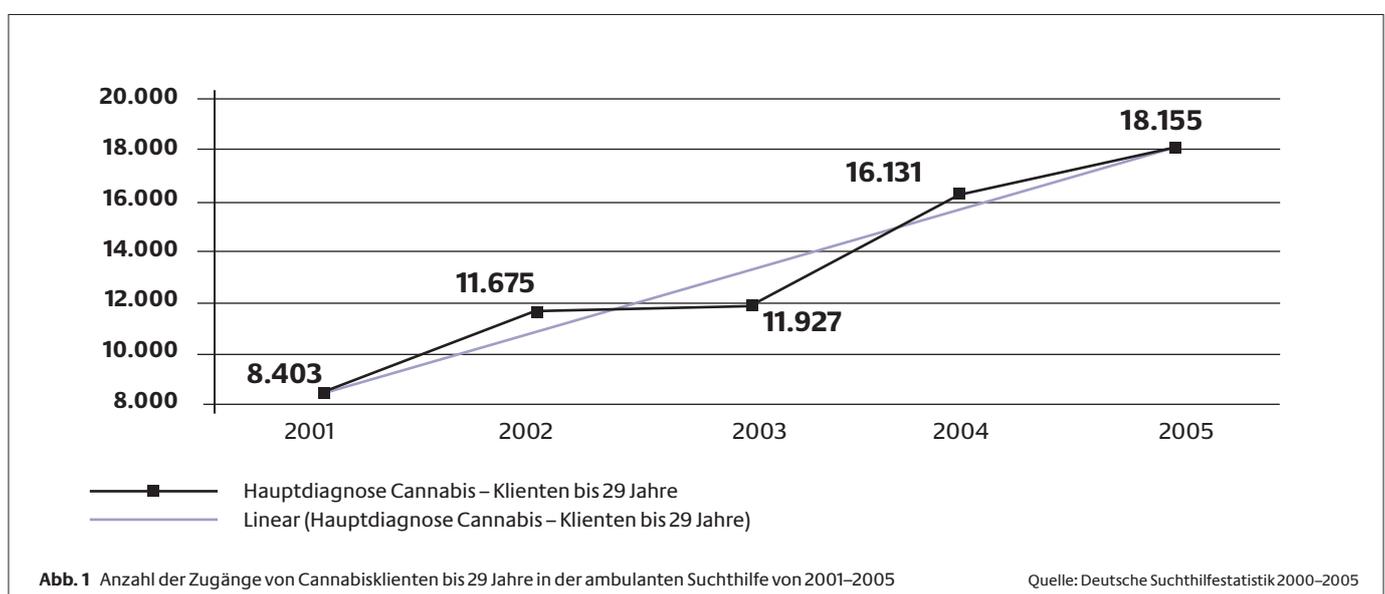
4 Cannabis

Beim illegalen Drogenkonsum spielt Cannabis die Hauptrolle. Über ein Viertel der Jugendlichen in Deutschland hat Cannabis mindestens einmal probiert. Während es bei der Mehrzahl beim Probierkonsum bleibt, stellen die regelmäßigen und häufigen Cannabiskonsumenten die eigentliche Risikogruppe dar. Rund zwei Millionen vor allem junge Menschen konsumieren in Deutschland regelmäßig Cannabis, etwa 400.000 von ihnen weisen einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf. Auch europaweit steigt die Zahl der Jugendlichen und jungen Heranwachsenden, die Cannabis gelegentlich oder häufiger konsumieren. Aus den Einrichtungen der Jugend- und Drogenhilfe wird zunehmend von riskanten Konsummustern und Mischkonsum bei Cannabis berichtet. Die Zahl derjenigen, die in Beratungsstellen betreut werden, hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht (Abb. 1).

Daten des Bundeskriminalamtes

- Bei Cannabisprodukten war im Jahr 2006 bei nahezu identischer Fallzahl ein signifikanter Anstieg der beschlagnahmten Menge (+29 %) festzustellen.

- Die Entwicklung ist im Wesentlichen auf drei Grobsherstellungen von Haschisch zurückzuführen, aufgrund derer – trotz rückläufiger Fallzahl (–10 %) – mit 5.606 kg (+54 %) eine deutlich höhere Haschisch-Gesamtmenge sichergestellt werden konnte.
- Die Entwicklung bei Marihuana war dagegen eine andere: Einem Anstieg der Fallzahl (+6 %) stand mit 2.954 kg zum Vorjahr eine leicht geringere Sicherstellungsmenge (–2 %) gegenüber.
- Wichtigster Anbaustaat von Cannabis ist Marokko.
- Der mit Abstand bedeutendste Herkunfts- bzw. Transitstaat für in Deutschland sichergestellte Cannabisprodukte war die Niederlande.
- Haschisch gelangte zudem des Öfteren über Spanien und die anderen westlichen Nachbarstaaten oder über Italien und die südlichen Anrainer nach Deutschland. Kleinere Mengen Marihuana wurden in einer großen Anzahl von Fällen – außer aus den Niederlanden – auch aus der Tschechischen Republik, Österreich und der Schweiz nach Deutschland geschmuggelt. Zudem



gelangten einige größere Mengen aus bzw. über Belgien in das Bundesgebiet.

- Dominierende Nationalitäten beim Handel mit Cannabisprodukten waren deutsche, gefolgt von türkischen und italienischen Staatsangehörigen. Der Anbau von Cannabis in professionell eingerichteten Indoor-Plantagen hat 2006 weiter an Bedeutung gewonnen. Während zunächst insbesondere die grenznahe Region zu den Niederlanden betroffen war, hat sich das Phänomen im Berichtsjahr ausgedehnt.

4.1 Beratung und Behandlung

4.1.1 Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“

Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de nutzbar und richtet sich an regelmäßige Konsumenten von Cannabis. Das Programm soll in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert werden. Ziel ist, innerhalb von 50 Tagen den individuellen Konsum von Cannabis signifikant zu reduzieren. Mit Hilfe eines Internet-Tagebuches werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Sinne des Self-Monitorings angehalten, kontinuierlich ihre Konsumgewohnheiten zu beobachten. Seit April 2006 kooperiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit zwölf Sucht- und Drogenberatungsstellen in sieben Bundesländern, um die Verbreitung des Programms sicherzustellen. Zur Qualitätssicherung wird jeder vierte Fall vom drugcom-Team mit einem Fallmonitoring begleitet. Die Evaluation hat ergeben, dass das Cannabisausstiegsprogramm von Jugendlichen sehr gut angenommen wird. Es führt selbst dann zu einem Konsumrückgang, wenn nicht über den vollen Zeitraum am Programm teilgenommen wird.

4.1.2 Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“

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

2004 bis August 2007 gefördert. Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren sollen durch das Angebot ihren Konsum einstellen oder deutlich reduzieren. Das Programm beinhaltet fünf Einzelberatungen und eine Gruppensitzung, die innerhalb von zehn Wochen absolviert werden. Die Form der Kurzintervention ist wirksam. Die wissenschaftliche Begleitung zeigt auch, dass eine hohe Beratungskompetenz hilft, Krisen der Teilnehmer während des Programms aufzufangen. Es kommt seltener zum Abbruch der Maßnahme. Das Bundesland Berlin hat bereits begonnen, „Realize it!“ in seinen Beratungsstellen einzuführen. Die Ergebnisse des Projektes werden Ende 2007 veröffentlicht.

4.2 Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat im Oktober 2002 beim „Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht“ (MPI) in Freiburg eine rechtsvergleichende Studie zum Thema „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse liegen vor und werden nun geprüft.

Durch die Studie sollte die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des § 31a des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) – die Möglichkeit des Absehens von der Strafverfolgung – im Kontext anderer Einstellungsrichtlinien evaluiert werden. Die Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften und die Frage nach einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung bei eigenkonsumbezogenen Drogenverfahren standen im Zentrum des Forschungsprojekts. Eine frühere Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle zur „Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten“ aus dem Jahre 1997 bedurfte aufgrund des Zeitablaufs der Überprüfung. Die Fragestellung war, ob § 31a BtMG in den Bundesländern zu einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung führt oder ob aufgrund einer ungleichen Rechtsanwendung Maßnahmen zur Sicherstellung der Bundeseinheitlichkeit erforderlich sind.

Das MPI stellt als Ergebnis eine unterschiedliche Anwendung des § 31a BtMG fest.

Die MPI-Studie hat in den Bundesländern einen intensiven Diskussionsprozess in Gang gesetzt und die Bemühungen um eine gleichmäßige Rechtsanwendung verstärkt. 2007 soll festgestellt werden, ob und inwieweit es länderübergreifend zu einer Vereinheitlichung der Richtlinien und der Einstellungspraxis gekommen ist oder ob weiterer Handlungsbedarf besteht.

4.3 Forschung

4.3.1 Forschungslage zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums

In den vergangenen Jahren wurde international vermehrt der problematische und abhängige Cannabiskonsum erforscht. Das Bundesministerium für Gesundheit gab einen „Überblick über die aktuelle Forschungslage zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums von 1996 bis 2006“ in Auftrag, der Anfang 2007 vorgelegt wurde. Für die Expertise wurden anerkannte internationale Wissenschaftsdatenbanken gesichtet. 246 Publikationen wurden ausgewertet. Zentrales Ergebnis ist: Vor allem der frühe Cannabiskonsum erhöht das Risiko

- späterer Drogenaffinität,
- der Auslösung einer Psychose,
- einer schnellen Entwicklung der Cannabisabhängigkeit,
- langfristiger neurokognitiver Beeinträchtigungen.

Trotz der Ausweitung der Forschungen mangelt es – nicht nur in Deutschland – an Studien zur wirksamen Behandlung von Cannabisabhängigen.

- www.drogenbeauftragte.de

4.3.2 Zugang zu jungen Cannabiskonsumtinnen und Cannabiskonsumern

In der Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten“, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, wird der gegenwärtige Stand der

Hilfen für junge Cannabiskonsumern untersucht. Der mögliche Zugang zu dieser Konsumentengruppe wird anhand gelungener Beispiele aus dem Bereich der Sucht- und Drogenhilfe dargestellt. Um die Angebote weiter zu verbessern, empfiehlt die Studie

- eine enge Kooperationen u. a. mit justiziellen Einrichtungen, Krankenhäusern, Arztpraxen, Schulen und der Jugendhilfe zu entwickeln,
- die Öffentlichkeitsarbeit zu verändern (z. B. Image der Drogenberatung als bürgernahe Dienstleistung),
- die Erweiterung vorhandener Einzelprojekte zu einem umfassenden Angebot.

Die Ergebnisse der Expertise wurden im Dezember 2006 veröffentlicht.

- www.drogenbeauftragte.de

4.3.3 Multizentrische Studie INCANT

Die Niederlande, Frankreich, Belgien, die Schweiz und Deutschland haben bereits im Jahr 2002 einen „Fünf-Länder-Aktionsplan zur Cannabisforschung“ verabschiedet. Verschiedene Forschungsprojekte im Bereich der Prävention des Cannabiskonsums und zur Verbesserung der Therapie für Menschen mit Cannabisproblemen werden darin durchgeführt.

Ein Projekt ist die multizentrische Studie INCANT (International Cannabis Need of Treatment Study), die der Behandlung von Cannabisabhängigen dient. Im September 2006 begann die dreijährige Hauptstudie. Gegenstand des Projekts ist die Behandlung von 15- bis 20-jährigen Cannabisabhängigen auf der Basis einer evidenzbasierten „Multidimensionalen Familientherapie (MDFT)“, die in den USA entwickelt wurde. Nach den Ergebnissen der Pilotstudie ist die MDFT eine effektive Behandlung. Sie kann der therapeutischen Behandlung cannabisbezogener Störungen von Jugendlichen neue Impulse geben. Die Therapieform des integrativen systemischen Familientherapieansatzes ist in Europa neu.

- www.incant.de

4.3.4 Projekte der Forschungsverbände

Bayern/Dresden

Die CANDIS-Studie (Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen) hat erstmals ein modulares und individuell einsetzbares Behandlungsprogramm für cannabisbedingte Störungen ab dem 16. Lebensjahr entwickelt und evaluiert. Die Wirksamkeit der Behandlung wird gegenüber einer Wartekontrollgruppe geprüft. Die wichtigsten Ergebnisse einer vorläufigen Analyse zeigen hohe Haltequoten, hohe Abstinenzraten und eine hohe Akzeptanz des Angebotes. Die Befunde ermutigen zu einer Fortsetzung dieses Behandlungsprogrammes.

■ www.candis-projekt.de

Nordrhein-Westfalen

Zwei Arbeitsgruppen in Bonn und Essen untersuchen im Projekt „Intervention and Neuropsychology in Cannabis Abuse (INCA)“ eine individualisierte Kurzintervention, die eine Reduktion des Cannabiskonsums bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen zum Ziel hat. Vorläufige Analysen zeigen in den Folgeuntersuchungen jeweils drei und sechs Monate nach der Behandlung eine deutliche Reduktion des Konsums. Ein Teil der Probanden wurde mittels Computertomographie und bildgebenden Verfahren auf kognitive Veränderungen untersucht. Die Daten werden zurzeit ausgewertet.

■ www.suchtforschungsverbund-nrw.de

5 Heroin und andere Drogen

Im Vergleich zu Cannabis werden andere illegale Drogen in Deutschland nur in geringem Ausmaß konsumiert. Schätzungen des Instituts für Therapieforschung München gehen von 250.000 bis 300.000 Konsumenten illegaler Drogen (ohne Cannabis) aus. Davon gelten 175.000 Personen als abhängig. Die Daten für die Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen zum Konsum illegaler Drogen weisen darauf hin, dass der so genannte Probiertkonsum illegaler Drogen gestiegen ist. Die Zahlen derer, die regelmäßig illegale Drogen konsumieren, sind dagegen nur im Bereich der Amfetamine von 1997 bis 2003 kontinuierlich gestiegen. Heroin sowie Kokain und Crack weisen im Zeitraum 1995 bis 2003 relativ geringe Schwankungen bezogen auf den regelmäßigen Konsum auf. Beim Konsum von Ecstasy ist seit 1997 eine Verringerung des Konsums zu beobachten.

Im Fokus: Epidemiologie von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten

Obwohl in Deutschland keine repräsentativen Untersuchungen zur Verbreitung von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen bei intravenös drogenkonsumierenden Personen vorliegen, wird die Prävalenz von Hepatitis C auf über 50 % und die Prävalenz von HIV auf einen einstelligen Prozentwert geschätzt. Etwa 50–60 % der intravenös Drogengebrauchenden haben eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht, von denen 3 bis 5 % als chronisch infiziert gelten. Hepatitis B, Hepatitis C und HIV sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Insbesondere bei neudiagnostizierten Hepatitis-C-Infektionen, aber auch bei Hepatitis B und HIV spielt der intravenöse Drogenkonsum als Übertragungsweg eine erhebliche Rolle.

Die Meldedaten zeigen, dass der aktuell bedeutsamste Infektionsweg für Hepatitis C bei jüngeren Betroffenen der intravenöse Drogengebrauch ist. Bei den Hepatitis-C-Fallmeldungen aus dem Jahr 2005 (alle Altersgruppen, Stichtag 1.3.2006) wurde dieser Infektionsweg mit 35 % am häufigsten angegeben. In der Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer liegt der Anteil sogar bei 71 %. Bei 4 % der im Jahr 2005 übermittelten Hepatitis-B-Fälle wurde ein intravenöser Drogengebrauch als möglicher Übertra-

gungsweg angegeben und bei 5,7 % der 2005 neu diagnostizierten HIV-Infektionen.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei injizierendem Drogengebrauch ist in Deutschland seit Anfang der 90er Jahre rückläufig. Am deutlichsten ist der Rückgang in den einstigen Drogenhochburgen Frankfurt, Berlin und Hamburg zu verzeichnen, in denen ein Netz niedrigschwelliger Präventions- und Betreuungseinrichtungen aufgebaut wurde. In deutlich geringerem Umfang sanken die Infektionszahlen in ländlichen Gebieten. Die Anzahl der jährlich neudiagnostizierten HIV-Infektionen, bei denen injizierender Drogengebrauch als wahrscheinlicher Infektionsweg angegeben wurde, wurde für das Jahr 2006 in den RKI-Eckdaten auf 9 % geschätzt (bei insgesamt etwa 2.700 Neuinfektionen also rund 240).

5.1 Daten zur Rauschgiftkriminalität

Grundlagen der folgenden Darstellung der Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland bilden die Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei durch das Bundeskriminalamt. Die statistischen Angaben zur Rauschgiftkriminalität spiegeln den Erfassungsstand der Falldatei Rauschgift (FDR) zum Stichtag 31. Januar 2007 wider.

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

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

Aktuelle Entwicklungen

- Trotz einer dem Jahr 2005 ähnlichen Zahl von Sicherstellungsfällen war ein deutlicher Anstieg der Gesamt-sicherstellungsmenge an Rauschgift zu verzeichnen.
- Im Berichtszeitraum fanden die drei größten Einzelsicherstellungen von Haschisch sowie die größte Kokainsicherstellung der letzten drei Jahre statt.
- Einzig Amfetamin/Metamfetamin verzeichnete bei allen Indikatoren steigende Werte.

Zeitraum	Gesamt*	Heroin	Kokain	Met-/Amfetamin**	Ecstasy	Crack	Sonstige***
01.01.–31.12.05	19.990	4.637	4.489	9.339	3.145	433	416
01.01.–31.12.06	19.319	4.489	4.225	9.835	2.319	355	394
Veränderungen	-3,4 %	-3,2 %	-5,9 %	+5,3 %	-26,3 %	-18,0 %	-5,3 %

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

** Unter den 9.835 Personen im Jahr 2006 befinden sich 681 erstauffällige Crystal-Konsumenten; Die gesonderte Erfassung dieser Personengruppe findet erst seit dem Berichtsjahr statt (zuvor unter Amfetamin).

*** Unter „Sonstige“ sind 125 erstauffällige Konsumenten von LSD erfasst.

Abb. 2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) Quelle: Bundeskriminalamt

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Gegenüber dem Jahr 2005 ist die Zahl der EKHD mit 19.319 Personen um 3 % gesunken (Abb. 2). Den größten Anteil bilden erstauffällige Konsumenten synthetischer Drogen. Bei Heroin und Kokain waren vergleichsweise moderate, bei Ecstasy hingegen deutliche Rückgänge zu verzeichnen. Die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Amfetamin bzw. Metamfetamin ist wie schon in den Vorjahren angestiegen. Sowohl bei Crack als auch LSD waren deutliche Rückgänge auf allerdings geringem Niveau der Absolutzahlen festzustellen.

Rauschgifttodesfälle

Im Jahr 2006 verstarben in Deutschland 1.296 Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums (Abb. 3/4). Damit ist die Zahl der Rauschgifttoten im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 % gesunken. Die Zahl ist seit dem Jahr 2000 rückläufig und befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989.

Bundesland	2005	2006
Schleswig Holstein	40	30
Hamburg	61	55
Niedersachsen	80	75
Bremen	42	40
Nordrhein-Westfalen	350	350
Hessen	103	95
Rheinland-Pfalz	53	77
Baden-Württemberg	156	159
Bayern	197	191
Saarland	12	10
Berlin	195	173
Brandenburg	5	6
Mecklenburg-Vorpommern	2	5
Sachsen	20	15
Sachsen-Anhalt	9	8
Thüringen	1	7
insgesamt	1.326	1.296

Abb. 3 Rauschgifttodesfälle in Deutschland Quelle: Bundeskriminalamt

Stadt	2005	2006
Dortmund	10	14
Düsseldorf	21	23
Essen	16	15
Frankfurt	25	30
Hannover	13	14
Köln	57	69
Mannheim	14	7
München	45	40
Nürnberg	6	12
Stuttgart	14	13
Dresden	3	1
Leipzig	10	6

Abb. 4 Rauschgifttodesfälle ausgewählter Großstädte Quelle: Bundeskriminalamt

Heroin

Im Jahr 2006 wurden in 6.763 Fällen 879 kg Heroin beschlagnahmt. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Sicherstellungsfälle somit moderat (+1%), die Menge hingegen deutlich (+12%) angestiegen.

Heroin wurde wie in den Vorjahren weit überwiegend in kleineren Mengen aus den Niederlanden im Wege von Beschaffungsfahrten deutscher Konsumenten oder Klein Händler nach Deutschland eingeführt. Große Mengen gelangten in der Regel über die Türkei und die verschiedenen Verzweigungen der Balkanroute nach Deutschland, von wo aus häufig ein Weitertransport von zumindest Teilmengen in die Niederlande vorgesehen war oder durchgeführt wurde. Die unmittelbare Einfuhr nach Deutschland erfolgte insbesondere aus bzw. über Österreich.

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

Kokain

Im Jahr 2006 wurden in 3.972 Fällen insgesamt 1.717 kg Kokain sichergestellt. Damit steht einer leicht gesunkenen Fallzahl (-3%) ein deutlicher Anstieg der beschlagnahmten Menge (+59%) gegenüber.

Haupteinfallstor Europas beim Kokainschmuggel aus Südamerika war die Iberische Halbinsel. Bei Sicherstellungsfällen mit bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande am häufigsten registriert. Ferner wurde eine hohe Frequenz des Schmuggels auf dem Luftweg aus Südamerika, hauptsächlich Peru, Argentinien, Brasilien und Venezuela festgestellt, wobei das sichergestellte Kokain oftmals zum Weitertransport in andere Bestimmungsstaaten und seltener für den illegalen deutschen Markt bestimmt war.

Sicherstellungen an deutschen Seehäfen bildeten die Ausnahme. In einem für Norwegen bestimmten Schiffcontainer aus Peru wurde in Bremerhaven mit fast 400 kg die größte Einzelmengung seit 2002 beschlagnahmt.

Einen merklichen Anstieg erfuhr der Schmuggel aus bzw. über westafrikanische Staaten, vor allem Nigeria und Ghana, nach Deutschland. Bei Sicherstellungen von Kokain traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen befanden sich vor allem türkische und italienische Staatsangehörige.

Bezüglich Crack war bei gestiegener Fallzahl (+19 %) ein deutlicher Rückgang der Sicherstellungsmenge auf unter 4 kg (-30 %) festzustellen. Rund 98 % der Gesamtsicherstellungsmenge wurden in Hamburg und Hessen beschlagnahmt.

Bei den Tatverdächtigen dominierten deutsche, gefolgt von türkischen Staatsangehörigen. In Hamburg und Frankfurt/M. befinden sich die deutschen Brennpunkte des Handels mit Crack.

Amfetamin und Metamfetamin

In 6.838 Fällen wurden 723 kg Amfetamin und Metamfetamin sichergestellt. Dies bedeutet einen Anstieg sowohl der registrierten Gesamtzahl der Fälle (+12 %) als auch der beschlagnahmten Gesamtmenge (+8 %) gegenüber dem Jahr 2005. Die Sicherstellungsmenge von Amfetamin/Metamfetamin steigt seit einigen Jahren an.

Der weitaus überwiegende Teil der sichergestellten Amfetaminmenge mit ermittelter Herkunft stammte aus den Niederlanden. Eine erheblich geringere, aber dennoch signifikante Menge wurde aus Polen eingeschmuggelt.

Im Zusammenhang mit nur wenigen Sicherstellungen wurden wie in den Vorjahren größere Mengen Amfetamin sichergestellt, welche nachweislich für nordeuropäische Staaten bestimmt waren. Kleinere Mengen sollten hingegen in mehreren Fällen nach Süd- und Osteuropa transportiert werden.

In den oben genannten Sicherstellungszahlen zu Amfetamin und Metamfetamin enthalten sind 416 Fälle, in denen rund 11 kg **Crystal** beschlagnahmt wurden. Betroffen waren – wie schon in den Vorjahren – überwiegend die Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen, auf die rund 94 % der beschlagnahmten Gesamtmenge entfielen. Bei „Crystal“ handelt es sich um einen Szenebegriff für kristallines Metamfetamin, das vorwiegend aus Tschechien in die Bundesrepublik eingeführt wird.

Beim Handel und Schmuggel mit Amfetamin/Metamfetamin traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den Nichtdeutschen spielten vor allem türkische und polnische Staatsangehörige eine größere Rolle.

Ecstasy

Im Jahr 2006 war wiederum eine rückläufige Entwicklung bei den Sicherstellungen von Ecstasy festzustellen. In 2.382 Fällen (-26 %) wurden 1.082.820 Tabletten (-32 %) beschlagnahmt.

Der mit deutlichem Abstand größte Anteil der sichergestellten Tabletten, deren Herkunft oder Transitweg ermittelt werden konnte, stammte aus den Niederlanden.

Die Niederlande sind der weltweit bedeutendste Ecstasyproduzent.

Ähnlich wie beim Amfetamin war auch bei Ecstasy des Öfteren ein Weitertransport von in Deutschland beschlagnahmten Tabletten nach Süd- und Osteuropa geplant.

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

Cannabisprodukte

Siehe Drogen- und Suchtbericht Seite 36

Rauschgiftart	01.01. – 31.12.05		01.01. – 31.12.06		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.691	786,6 kg	6.763	878,9 kg	+1,1%	+11,7%
Opium	101	154,6 kg	78	42,2 kg	-22,8%	-72,7%
Kokain	4.109	1.078,9 kg	3.972	1.716,6 kg	-3,3%	+59,1%
Crack	1.659	5,6 kg	1.977	3,9 kg	+19,2%	-30,4%
Met-/Amfetamin (davon Crystal)	6.123	668,8 kg	6.838 (416)	723,2 kg (10,7 kg)	+11,7%	+8,1%
Ecstasy	3.238	1.588.908 KE	2.382	1.082.820 KE	-26,4%	-31,9%
LSD	228	16.558 Tr.	205	12.488 Tr.	-10,1%	-24,6%
Haschisch	13.030	3.637,5 kg	11.764	5.606,1 kg	-9,7%	+54,1%
Marihuana	22.257	3.013,7 kg	23.506	2.954,1 kg	+5,6%	-2,0%
Pflanzen	1.035	93.936	1.121	190.241*	+8,3%	+102,5%
Khat	129	14.321,6 kg	127	15.985,1 kg	-1,6%	+11,6%
Psilo. Pilze	638	85,5 kg	635	99,7 kg	-0,5%	+16,6%

KE=Konsumeinheiten, Tr.=Trips;
 Gesonderte Erfassung von Crystal erfolgt erst seit 2006 (zuvor unter Amfetamin).
 * Die Sicherstellungsmenge 2006 enthält 75.000 Pflanzen, die aus einer Aussaat von 5 kg Hanfsamen resultierten und bei denen es sich um so genannten Nutzhanf gehandelt haben dürfte.

Abb. 5 Sicherstellungen Quelle: Bundeskriminalamt

Labore

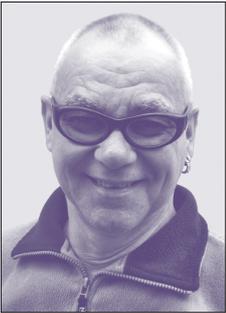
Im Jahr 2006 wurden in Deutschland sieben illegale Rauschgiftlabore beschlagnahmt. Es handelte sich um sechs Produktionsstätten von synthetischen Drogen des Amfetamintyps und ein Labor zur Synthese von Fentanyl. In der Regel handelte es sich um so genannte Küchenlabore.

Im Fokus: Aussiedler

Einen Indikator für das Ausmaß des Drogenkonsums unter Aussiedlern stellt die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland dar. Im Jahr 2006 wurden 132 Aussiedler als Rauschgifttote erfasst. Dies bedeutet nach einem Anstieg von 25 % im Jahr 2005 einen Rückgang um 14 % im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr.

Der Anteil von Rauschgifttoten in der Gruppe der Aussiedler liegt mit einem Anteil von rund 10 % an der Gesamtzahl

der Rauschgifttoten in Deutschland nach wie vor sehr hoch. Laut REITOX-Bericht 2006 liegen die Gründe hierfür u. a. im gestiegenen Rauschgiftkonsum unter russischsprachigen Drogenabhängigen in Deutschland, der durch einen auffällig frühen Einstieg, einen exzessiven Gebrauch sowie besonders riskante Verhaltensweisen gekennzeichnet ist. Zu Letzteren gehört die gemeinsame Nutzung von Spritzen, die mit einem hohen Infektionsrisiko für HIV und HCV (Hepatitis C-Virus) einhergeht.



**Vorgestellt: Michael Lohmüller,
Drogenberatungsstelle
Release, Stuttgart**

Die Wirkung von Drogen, die Gefühle beim Entzug, die Erniedrigung, um an Stoff zu kommen – Streetworker Michael Lohmüller kennt sich aus. Seit 1974 begleitet er den Alltag der Stuttgarter Drogenszene und hat vielen Junkies beim Ausstieg geholfen. So wie ihm geholfen wurde. Mit 13 Jahren hatte er von Bier und Jägermeister seinen ersten Vollrausch. Zwei Jahre später folgten der erste Joint, LSD und Heroin. Als er 20 Jahre alt war, kämpfte er ums Überleben: In einem Jahr dreimal Hepatitis und nur noch 47 Kilogramm Körpergewicht. Ohne helfendes Netz von Ärzten, Mutter und Freundin hätte er es nicht geschafft, Tag für Tag sein Leben neu zu bestehen. „Micha“, wie sie ihn in der Szene vertrauensvoll nennen, weiß wie anstrengend der Weg aus der Drogenabhängigkeit ist. Seit mehr als 30 Jahren ist der 54-Jährige nun für andere da, beruhigt, begleitet, motiviert, verteilt frische Spritzen, ruft – wenn nötig – den Notarzt oder nimmt auf dem Friedhof Abschied von jenen, die seinem Beispiel nicht folgen konnten. Ein Rollentausch nicht ohne Gefahr, da Drogen immer nah sind. „Ich wurde niemals rückfällig“, sagt Michael Lohmüller, der nicht nur seine Glaubwürdigkeit, sondern auch seinen Platz im Team der Drogenberatungsstelle Release verloren hätte. Dessen Trägerverein Release Stuttgart e. V. wurde 1971 ursprünglich als Selbsthilfeorganisation gegründet. Daraus hat sich mittlerweile eine professionelle Einrichtung mit einem breiten Spektrum an Präventions- und Hilfsangeboten entwickelt. Michael Lohmüller ist einer von 19 Beschäftigten und tankt Kraft in seiner Freizeit als Motorradliebhaber on Tour und am Schlagzeug seiner Rockband.

■ www.release-drogenberatung.de

5.2 Prävention

5.2.1 Prophylaxe von HIV-, Hepatitis-C und Hepatitis-B-Infektionen bei intravenösem Drogenkonsum

Als Prophylaxe-Maßnahmen stehen im Hinblick auf Hepatitis B und A wirksame Impfstoffe zur Verfügung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) empfiehlt Angehörigen von Risikogruppen gegen eine Übertragung von Hepatitis B eine Impfung. Allerdings ist die Impfprävalenz bei injizierenden Drogengebrauchern gegen Hepatitis B unbefriedigend. Die Möglichkeit, drogenabhängige Gefangene in Haftanstalten zu impfen, wird ebenfalls zu wenig genutzt. Ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung und eine mangelhafte Compliance sind hierfür die Gründe. Durch eine Kombination präventiver Maßnahmen ist es in Deutschland gelungen, die HIV-Ausbreitung unter injizierenden Drogengebrauchern einzudämmen. In deutlich geringerem Umfang wurde die Verbreitung von Hepatitis C beeinflusst.

Defizite bei Angeboten zur Reduktion gesundheitlicher Folgeschäden des Drogenkonsums existieren in Deutschland regional (in kleineren Städten und ländlichen Regionen) und im Bereich des Justizvollzugs. Dort stehen die Angebote zur Schadensreduktion nicht oder nur in begrenztem Umfang (Substitutionsplätze) zur Verfügung.

5.2.2 Kombination von HIV- und Hepatitisprävention

In den Bereichen Drogen und Haft kombiniert die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH) schon seit Jahren die HIV- mit der Hepatitisprävention. Die von der Aids- und Drogenhilfe für die HIV-Prävention entwickelten Konzepte und Ansätze eignen sich auch für die Hepatitis-Prävention. Im Rahmen der HIV- und Hepatitis-Prävention ist das persönliche Gespräch mit den Klienten und Klientinnen wichtig. Um Anregungen dafür zu geben, hat die DAH im Jahr 2006 neben Informationsmaterialien einen Wandkalender herausgegeben. Jeweils ein „Thema des Monats“ beschreibt Infektionsvermeidung und Gesundheitsvorsorge (z. B. Safer Use, Safer Sex, Impfung gegen Hepatitis A und B,

Ernährung, HIV- und Hepatitis-Test, Erste Hilfe im Drogennotfall, risikoärmere Konsumformen). Der Kalender hängt in Kontaktläden und -cafés sowie Gesundheitsräumen und dient als Einstieg in das Beratungsgespräch.

HIV- und Hepatitisprävention in Justizvollzugsanstalten

Die DAH fördert das haupt- und ehrenamtliche Engagement von Menschen, die sich in Haftanstalten für Infektionsprophylaxe und Gesundheitsvorsorge einsetzen. Sie bieten Informationsveranstaltungen für Inhaftierte und Vollzugsbedienstete an, beraten und betreuen Gefangene mit HIV und Hepatitis und mobilisieren Selbsthilfeaktivitäten. Die DAH unterstützt deren Arbeit durch Fortbildungsangebote und Handbücher sowie die Produktion von Materialien für Inhaftierte. Im November 2006 starteten DAH-Mitgliedsorganisationen zwei vollzugsinterne Modellprojekte mit dem Ziel, bei Gefangenen das Bewusstsein für Infektionsgefahren zu steigern. Das Projekt in der Justizvollzugsanstalt Köln-Ossendorf wendet sich hauptsächlich an Drogengebrauchende. Mit ihnen gemeinsam werden die mit Drogenkonsum oder ungeschütztem Sex verbundenen Risiken und Möglichkeiten der Risikovermeidung erarbeitet. An alle Gefangenen in Berliner Haftanstalten richtet sich das Projekt „Dauerhaft? – Tattoo und Piercing in Haft“. Die Ergebnisse beider Modellprojekte werden im Sommer/Herbst 2007 vorliegen.

5.3 Beratung und Behandlung

5.3.1 Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung

Eine Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Suchterkrankung. Neben einer drogenfreien ambulanten oder stationären Therapie gibt es das Angebot zur Substitution. Die rechtlichen Grundlagen wurden im Jahr 2001 im Betäubungsmittelgesetz und in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (§§ 5ff BtMVV) verankert. Die von der Bundesärztekammer 2002 erarbeiteten Substitutions-Richtlinien stellen den allgemein anerkannten Stand des medizinischen Wissens im Bereich der Substitutionsbehandlung dar. Sie halten an der Suchtmittelfreiheit als oberstem Ziel der Behandlung fest, wobei die

Drogenselbsthilfe-Netzwerk JES: HIV- und Hepatitis-Prävention

Die Deutsche AIDS-Hilfe setzt bei der HIV- und Hepatitis-Prävention auf die Mitwirkung von Peers als „Experten in eigener Sache“. 1989 wurde das Drogenselbsthilfe-Netzwerk JES gegründet. Junkies, Ehemalige und Substituierte sind bundesweit in 30 regionalen Mitgliedsgruppen aktiv. Gemeinsam werden Seminare für Multiplikatoren der Selbsthilfe durchgeführt und Infomaterialien erarbeitet. 2006 wurde u. a. ein Flyer in deutscher, türkischer und russischer Sprache entwickelt, der die wichtigsten Regeln der Infektionsprophylaxe und Risikominimierung vorstellt. Damit werden vor allem jene Drogengebraucher und -innen erreicht, für die der Zugang zu Informationen aufgrund geringer Deutsch- oder Lesekenntnisse erschwert ist.

■ www.jes.aidshilfe.de

Thüringen: Partydrogen – Prävention vor Ort

Das Musikszeneprojekt „Drogerie“ ist seit 2000 drogenpräventiv per Wohnmobil in der Partyszene unterwegs. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen gilt innerhalb der Techno-Party-Szene als akzeptiert, auch wenn nicht jeder Partygänger Drogen konsumiert. Ziel ist es, mit sachlichen und wertfreien Informationen Konsumrisiken zu reduzieren, ein Problembewusstsein zu fördern und die Bereitschaft zur Beratung und zum Konsumausstieg zu wecken. Die Projekt-Homepage ist mit Internetseiten von Veranstaltern, Clubbetreibern und Foren verlinkt. Verschiedene Substanzen, deren spezifische Wirkungen, Nebenwirkungen sowie die rechtlichen Aspekte werden ausführlich beschrieben. Zudem gibt es Hinweise zur Ersten Hilfe bei Drogennotfällen, Safer Use, Safer Sex, Drogenkonsum und Schwangerschaft. Ein Kalender führt aktuelle Partys und Events auf, die vom Projekt besucht werden. Fortlaufend wird mit einem Fragebogen die Akzeptanz (2005 und 2006 jeweils mehr als 80 %) des Projektes hinterfragt.

Zudem werden Daten zu Konsumgewohnheiten sowie sozialen und demografischen Merkmalen der Partybesucher erfasst. Das Projekt wird vom Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Landes finanziert. Im Jahr 2006 standen hierfür 2,25 Personalstellen zur Verfügung.

■ www.drogerie-projekt.de

Sicherung des Überlebens, die gesundheitliche und soziale Stabilisierung, die berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration als Teil eines umfassenden Behandlungskonzeptes gelten. Die Substitutionsbehandlung soll von psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen begleitet werden.

Die Substitutionsbehandlung einschließlich begleitender Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ist in Deutschland prinzipiell flächendeckend gegeben. Gleichwohl ist sie regional unterschiedlich stark im Versorgungssystem verankert. Um die Substitution fachlich weiterzuentwickeln, Rückschlüsse für das Versorgungssystem zu ziehen und hohe qualitative Standards langfristig zu etablieren, plant das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Projekt zu den „Effekten der langfristigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“. Das Projekt beginnt voraussichtlich Mitte 2007.

Ergänzend dazu förderte das BMG ein Expertengespräch zur „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“. Im Februar 2007 nahmen substituierende Ärzte aus unterschiedlichen Settings (Niedergelassene, Kliniker, Schwerpunktpraxen), Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpflegepersonal, Patientenvertreter sowie Vertreter verschiedener Suchtfachverbände daran teil.

5.3.2 Substitutionsregister

Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden. Ferner haben die Ärztekammern zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle die Ärztinnen und Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, mitzuteilen.

Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die Verhinderung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für denselben Patienten, die Überprüfung der Erfüllung

der Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden.

Ein elektronisches Meldeformular sowie Informationen zum Substitutionsregister stehen im Internet unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel“ zur Verfügung. Circa 75 % der eingehenden Meldeformulare werden allerdings handschriftlich eingereicht. Die Meldungen erfolgen per Post und werden manuell in der Datenbank des Substitutionsregisters erfasst. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchttherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst. Im Rahmen eines Pilotprojektes des BfArM werden seit Februar 2006 verschlüsselte authentifizierbare Meldedaten über EDV-gestützte Dosiersysteme einzelner Substitutionsambulanzen per E-Mail eingereicht und beim Substitutionsregister elektronisch in die Datenbank importiert. Parallel wird beim BfArM der Einsatz eines internetbasierten Formularservers angestrebt.

Die Zahl der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Patienten steigt seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich an:

Gemeldete Substitutionspatienten in Deutschland	
Stichtag	Anzahl (ca.)
01.07.2002 (Beginn der Meldepflicht)	46.000
01.07.2003	52.700
01.07.2004	57.700
01.07.2005	61.000
01.07.2006	64.500

Anzahl der substituierenden Ärzte in Deutschland 2004–2006

Ärzte	2004	2005	2006
meldende substituierende Ärzte	2.620	2.670	2.706
von substituierenden Ärzten gemeldete Konsiliaren	260	300	327

In 2006 wurden rund 44.500 Abmeldungen sowie 48.000 Anmeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Die hohen Zahlen sind die Folge, dass oftmals dieselben Patienten innerhalb weniger Monate entweder durch denselben Arzt oder verschiedene Ärzte mehrfach an- bzw. wieder abgemeldet werden. Auch seitens der Ärzte besteht eine nicht zu vernachlässigende Fluktuation (z. B. in Substitutionsambulanzen), die mit Folgeummeldungen der Patienten verbunden ist.

Anzahl von Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2006)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	25,6%
4 – 50	59,4%
51 – 150	13,6%
über 150	1,4%

Überwiegendes Substitutionsmittel ist Methadon. Auffällig ist allerdings der in den vergangenen Jahren ansteigende Anteil an Buprenorphin.

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel in Deutschland

Substitutionsmittel	2002	2004	2006
Methadon	72,1%	68,3%	64,1%
Buprenorphin	9,7%	15,6%	18,0%
Levomethadon	16,2%	15,0%	17,2%
Dihydrocodein	1,7%	0,9%	0,6%
Codein	0,3%	0,2%	0,1%

In 2006 wurden durch das Substitutionsregister bundesweit ca. 300 Doppelbehandlungen von Patienten (2005: ca. 800 Doppelbehandlungen) aufgedeckt, die von den betroffenen Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden.

An die zuständigen Überwachungsbehörden werden regelmäßig Daten über Ärzte weitergeleitet, die ohne Konsiliarium Substitutionsmittel verschrieben haben oder als Konsiliaren gemeldet wurden, jedoch nicht die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen. In Zusammenarbeit mit den zuständigen Überwachungsbehörden konnte die Anzahl dieser Ärzte durch den zwischenzeitlichen Erwerb der suchttherapeutischen Qualifikation oder nachträgliche Einschaltung eines Konsiliariums kontinuierlich reduziert werden.

Substituierende Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation und ohne Konsiliarium

	Anzahl Ärzte
November 2003	153
November 2004	100
November 2005	68
November 2006	40

Durch die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Überwachungsbehörden konnten wiederholt Verstöße gegen Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit einem möglichem BtM-Missbrauch aufgedeckt werden. Das Substitutionsregister teilt in regelmäßigem Turnus und auf Einzelanforderung den 181 zuständigen Überwachungsbehörden die arztbezogenen Daten sowie den 16 obersten Landesgesundheitsbehörden die anonymisierten Daten für ihren Zuständigkeitsbereich mit.

Bundesland	gem. Patienten am Stichtag 01.10.2006	substituier. Ärzte in 2006
Baden-Württemberg	9.120	425
Bayern	7.276	329
Berlin	4.094	158
Brandenburg	33	8
Bremen	1.562	68
Hamburg	4.139	113
Hessen	6.236	226
Mecklenburg-Vorpommern	196	16
Niedersachsen	6.120	280
Nordrhein-Westfalen	19.700	770
Rheinland-Pfalz	1.854	85
Saarland	710	25
Sachsen	726	18
Sachsen-Anhalt	478	29
Schleswig-Holstein	3.017	134
Thüringen	339	22

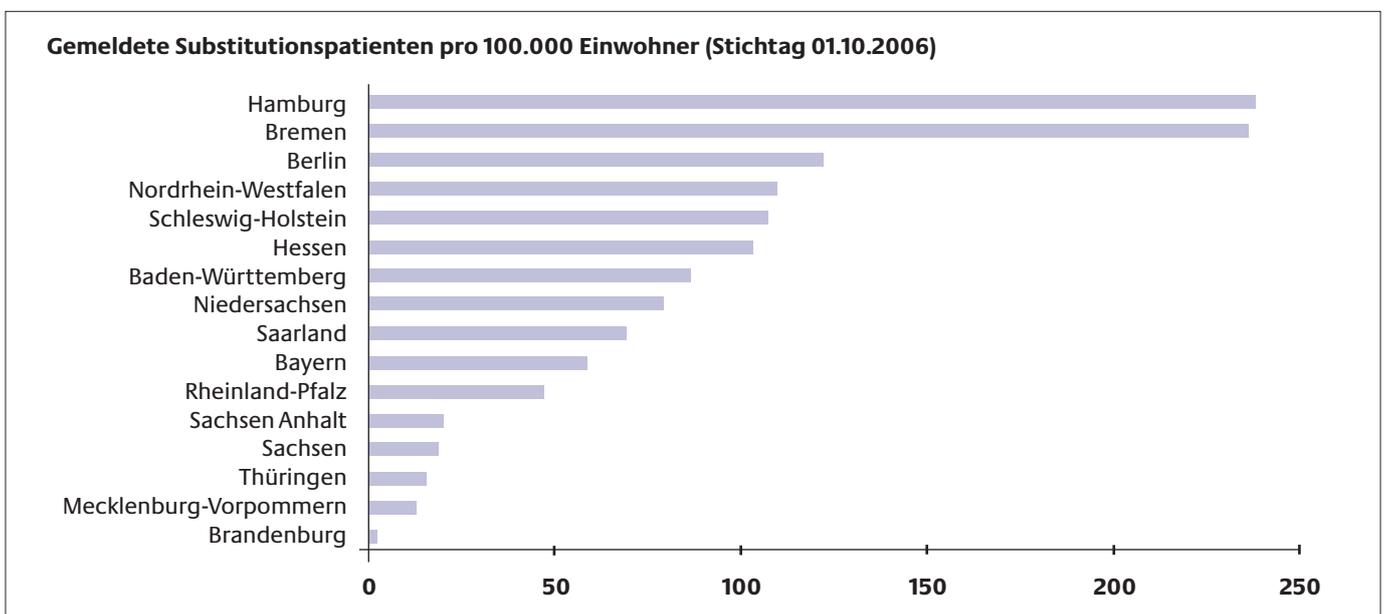
Stand: Januar 2007

5.3.3 Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wird von einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die Bundesärztekammer beratend begleitet. Mit der wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Studie war das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg beauftragt.

Die erste Studienphase bestand aus einem klinischen Arzneimittelversuch, bei dem ca. 500 Patienten mit Diamorphin und als Vergleichsgruppe ebenso viele Patienten mit Methadon behandelt wurden. Die wichtigsten Ergebnisse dieses Arzneimittelversuchs im ersten Studienjahr waren: Die im Studiendesign aufgeführten Zielgruppen der Schwerstopiatabhängigen sind erreichbar und eine Diamorphinbehandlung ist wirksam durchführbar. Es zeigte sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der

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



Diamorphin- gegenüber der Methadonbehandlung bei einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Rückgangs des illegalen Drogenkonsums. In der Diamorphingruppe zeigte sich bei 80 % der Probanden eine gesundheitliche Verbesserung, in der Vergleichsgruppe der Methadonbehandelten bei 74%. Ein Rückgang des illegalen Drogenkonsums trat in der Diamorphingruppe bei 69,1 % der Probanden auf, in der Methadongruppe bei 55,2 %. Auch wenn nur als Erfolg betrachtet wird, dass die Patienten eine deutliche gesundheitliche Verbesserung erfahren und zugleich ihren illegalen Heroinkonsum reduzieren, ist die Diamorphinbehandlung der Methadontherapie deutlich überlegen. Da die Unterschiede statistisch signifikant sind, ist ein wissenschaftlicher Nachweis für eine größere Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung gegenüber der Methadonsubstitution für diese Patientengruppe erbracht.

Die Diamorphinbehandlung ist bei Patienten, die vor der Teilnahme an der Studie nicht ausreichend von der Methadon-Substitution profitierten, und bei vom Drogenhilfesystem zuvor nicht erreichten Opiatabhängigen gleichermaßen wirksam.

Der Anteil der psychosozialen Betreuung am Behandlungserfolg unterscheidet sich nicht zwischen den mit Diamorphin und den mit Methadon Behandelten.

Nach zwölf Monaten befanden sich noch zwei Drittel der Studienteilnehmenden in der Diamorphinbehandlung, in der Methadongruppe beendeten nur knapp 40 % ihre Behandlung. Dies ist vor allem darin begründet, dass ein Drittel der Kontrollgruppe zugewandten Probanden die Behandlung nicht antrat. Knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die aus der Diamorphingruppe ausschieden, wechselten in eine andere Substitutionsbehandlung, knapp 6 % in eine Abstinenztherapie. Mit der diamorphingestützten Behandlung können folglich mehr Opiatabhängige therapeutisch erreicht werden, die – einmal erreicht – in andere etablierte Therapien überführt werden können.

Diamorphinpatienten können sich in größerem Ausmaß von der Drogenszene lösen. So suchte nach zwölf Monaten die Hälfte der Heroinpatienten die Drogenszene nicht mehr auf, innerhalb der Methadonbehandlung hatten noch 60 % der Patienten Kontakt zur Szene.

Die Abnahme der Kriminalität verläuft unter der Diamorphinbehandlung positiver als unter der Methadonsubstitution. So waren z. B. zum Abschluss der ersten Studienphase signifikant weniger Patienten der Diamorphingruppe (knapp 30 %) im Monat zuvor in „illegale Geschäfte“ verwickelt als Methadonpatienten der Kontrollgruppe (mehr als 40 %).

Die durchschnittliche Tagesdosis mit Diamorphin pro Patient betrug über den gesamten Zeitraum 442 mg. Nach der patientenspezifischen Einstellung wurde die Dosis im Verlauf der Behandlung nicht gesteigert.

Im zweiten Studienjahr wurden die Ergebnisse des Arzneimittelversuchs vertieft:

Es kommt zu einer weiteren Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zu einer Reduktion des Beikonsums illegaler Drogen im Rahmen der diamorphingestützten Therapie.

Die Patienten, die nach einem Jahr Methadontherapie in die Diamorphingruppe gewechselt sind, erreichen in den zwölf Monaten Behandlung die gleiche Verbesserung der Gesundheit und Reduktion des Beikonsums wie zuvor die Diamorphingruppe.

Die Ergebnisse der zweiten Studienphase lassen den Schluss zu, dass die Diamorphinbehandlung auch langfristig weiterhin erfolgreich verläuft. Die insgesamt positiven Effekte stellen eine solide Grundlage für einen späteren Wechsel der Patienten in eine Substitutionsbehandlung mit einer anderen Substanz dar oder deuten darauf hin, dass es den mit Diamorphin behandelten Patienten – nach einer längeren Phase der Stabilisierung – gelingen kann, die Substitutionsbehandlung mittelfristig ganz zu beenden und in eine drogenfreie Anschluss-therapie zu wechseln.

Bestätigt werden die positiven Wirkungen der Diamorphinbehandlung durch die Patienten, die von Methadon auf Diamorphin wechselten. In dieser Untersuchungsgruppe lassen sich nach Umstellung der Substitutionsmedikation deutlich positive Veränderungen aufzeigen. Sie deuten darauf hin, dass die Gruppe der so genannten Schwerstabhängigen mit Diamorphin wirksamer behan-

delt werden kann als mit Methadon. Hinsichtlich der in der Hauptstudie untersuchten Wirkungen anhand der primären Zielkriterien „Verbesserung des Gesundheitszustandes“ und „Reduktion des illegalen Drogenkonsums“ unterscheiden sich die beiden Formen der psychosozialen Begleitung (Case Management und Psychoedukation) nicht. Für beide gilt, dass sich eine längere Betreuungsdauer und intensivere Kontakte zu den psychosozialen Fachkräften positiv auf den Gesundheitszustand, die Belastungen durch den illegalen Drogenkonsum und die soziale Situation auswirken.

Zusammenfassend für alle Delikte ergibt sich, dass im Vorjahr der Behandlung noch ca. 80 % in der Diamorphin-Gruppe bzw. vergleichbar viele in der Methadongruppe ein Delikt begangen hatten. Nach dem ersten Behandlungsjahr waren dies in der Diamorphin-Gruppe nur noch knapp die Hälfte, in der Methadongruppe hingegen noch mehr als 60 %. Die Abnahme der Delinquenz war am stärksten im ersten Behandlungsjahr. Auch im zweiten Behandlungsjahr mit Diamorphin konnte eine zusätzliche Verbesserung festgestellt werden, so dass von einem sich stabilisierenden Trend ausgegangen werden kann. Diese Rückgänge betrafen nicht nur Beschaffungsdelikte wie Ladendiebstähle und Drogenhandel, sondern auch Gewaltdelikte wie Körperverletzungen mit und ohne Waffen. Damit weist die Studie eine generell stabilisierende, kriminalitätsmindernde Wirkung der Diamorphinvergabe nach.

Der Fortgang der Diamorphinbehandlung in Deutschland ist ungeachtet der positiven Ergebnisse des Modells ungewiss. Ein Antrag auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel liegt dem für Arzneimittelzulassungen in Deutschland zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor. Das BfArM hat den Antrag fachlich positiv beurteilt, kann das Medikament jedoch erst zulassen, wenn zuvor eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt, welches derzeit das Verschreiben von Diamorphin verbietet.

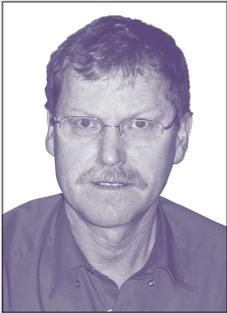
Die für eine Diamorphinbehandlung als Regelversorgung erforderliche Gesetzesinitiative zur Änderung des Betäubungsmittelrechts konnte bisher von der Bundesregierung nicht in den Deutschen Bundestag eingebracht wer-

den, da nach Abschluss des Modells zwischen den beiden Regierungsfractionen keine Einigung zustande gekommen ist. Die Bundesländer haben die Möglichkeit, über eine Bundesratsinitiative einen entsprechenden Gesetzesentwurf einzubringen.

Die Patienten des Projekts werden seit 1. Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß § 3 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes zunächst weiter mit Diamorphin behandelt.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu einer kontrollierten Heroinabgabe bei Schwerstopiatabhängigen

Die Bundesärztekammer hat sich auf der Grundlage der Ergebnisse der Arzneimittel-Zulassungsstudie und nach intensiven Diskussionen mit den Landesärztekammern in einer Stellungnahme für eine kontrollierte Vergabe von Diacetylmorphin an Schwerstopiatabhängige ausgesprochen. Voraussetzung dafür ist, dass bei den als Zielgruppe vorgesehenen langjährig Abhängigen zuvor sowohl eine abstinenzorientierte als auch eine psychosozial begleitete Substitutionstherapie mit Methadon gescheitert sind. Zudem muss sich die Substitution mit dem Originalstoff am übergeordneten Ziel der Suchtfreiheit ausrichten.



**Vorgestellt: Dr. Dieter Kunz,
Verein Jugendberatung und
Jugendhilfe e. V., Frankfurt**

„Alles so gut zu machen, wie es geht.“ Das treibt Dr. Dieter Kunz an, sowohl bei der Arbeit als auch beim Rad fahren oder auf dem Tanzparkett. Seit 30 Jahren ist der Diplom-Psychologe in der Suchthilfe tätig: „Vieles hat sich geändert.“ Damals hieß es in der Fachwelt, „für abhängige Menschen kann man nichts tun.“ Heute habe sich die Suchthilfe zu einer sozialen Dienstleistung entwickelt, die evidenzbasiert und erfolgreich Menschen betreut. Es ist eine von der Öffentlichkeit ernst genommene Arbeit, die von Mitarbeitern qualifiziert gemacht wird. Darauf ist er stolz. Dennoch wünscht er sich noch mehr Qualität: „Wir wissen, wie etwas geht, können es aber noch zu wenig umsetzen, weil das Personal und die Zeit zu knapp sind.“ Dokumentiert würde viel, aber selten daraus Konsequenzen gezogen. Infolge kürzerer Therapien könnten oft nur die dringlichsten Probleme der Betroffenen behandelt werden. Dabei müssten gerade junge Klienten, deren Suchtkarriere früh anfang, das „Leben lernen“ und als Person reifen. Sein beruflicher Weg begann als Praktikant einer Therapeutischen Gemeinschaft. Mittlerweile leitet er als Geschäftsführer den Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. in Frankfurt mit 30 Einrichtungen und mehr als 550 Mitarbeitern. Fleißig und verlässlich sei er, aber auch stur und unnachgiebig, selbst wenn es manchmal nicht sein müsste, sagt der 55-jährige Krimifan selbstkritisch. Sein Handeln ist geprägt von Pragmatismus. Entscheidend sei, was der abhängige Mensch in der jeweiligen Situation brauche. Mal sei der Klient für eine Therapie gut ansprechbar, mal überhaupt nicht motiviert, manchmal wolle er gar mit allem Schluss machen. Ein Prozess, den zu begleiten, ihn fachlich immer wieder reizt.

■ www.drogenberatung-jj.de

5.3.4 Behandlung Drogenkonsum-assoziierter Infektionskrankheiten

Im Jahr 2006 verabschiedete ein Expertengremium der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) eine Leitlinie zur Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchenden. Danach sollen intravenös Drogengebrauchende jährlich auf Seromarker von Hepatitis C getestet werden und bei fehlender Immunität gegen Hepatitis A oder B geimpft werden. In der Leitlinie wird dargestellt, für welche Gruppen von (aktuell oder ehemals) intravenös Drogenkonsumierenden eine medikamentöse Therapie einer chronischen Hepatitis-C-Infektion indiziert ist.

Sie zeigt zudem Handlungsoptionen bei psychiatrischer Komorbidität auf und beschreibt mögliche Therapie Nebenwirkungen. Eine enge Zusammenarbeit von Suchtmedizinern und Infektiologen bzw. Hepatologen ist unerlässlich, um weitere Erfahrungen zur medikamentösen Therapie von HIV und besonders auch Hepatitis C bei Drogengebrauchern zu gewinnen.

5.3.5 Handbuch „Hepatitis und Drogengebrauch – Grundlagen, Therapie, Betreuung und Recht“

Das Handbuch „Hepatitis und Drogengebrauch – Grundlagen, Therapie, Betreuung und Recht“ vom Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (akzept e. V.) dokumentiert umfassend Informationen zu Hepatitis C bei Drogengebrauchern.

Ziel ist, die Hepatitis-C-Inzidenz zu reduzieren, die Hepatitis-C-Behandlung zu verbessern und Menschen mit Hepatitis C bei der Erhaltung ihrer Gesundheit zu unterstützen. Das Handbuch wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und erschien im März 2006.

5.4 Repression und Angebotsreduzierung

5.4.1 Gesetzliche Veränderungen

Mit der 20. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung wurde die synthetische Droge „meta-Chlorphenylpiperazin (m-CPP)“ der Anlage II (verkehrs-, aber nicht verschreibungsfähige Substanz) des Betäubungsmittelgesetzes unterstellt.

5.4.2 Drogenbedingte Verkehrsunfälle

Die Zahl schwerer Verkehrsunfälle unter Drogeneinfluss nahm in den vergangenen Jahren deutlich zu: Zwischen 1997 und 2005 stieg die Zahl von Unfällen mit Personenschaden und der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ von 580 auf 1.343. Im gleichen Zeitraum ging die Gesamtzahl aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden um rund 11,6% zurück (von 381.000 auf 337.000).

Bis zum Jahr 1998 konnte der Einfluss illegaler Drogen unter Kraftfahrern nur geahndet werden, wenn fehlende Fahrtüchtigkeit nachweisbar war. Aufgrund gesetzlicher Änderungen im Jahr 1998 wird nunmehr die Verkehrsteilnahme unter Einfluss illegaler Drogen als Ordnungswidrigkeit geahndet. Die Polizei kann Zweifel an der Fahreignung den Fahrerlaubnisbehörden übermitteln, woraufhin diese gegebenenfalls Maßnahmen zur Klärung der Fahreignung anordnen (z. B. ein ärztliches Gutachten).

Die Zahlen sind auch Beleg dafür, dass die hohe Dunkelziffer des Drogenkonsums bei Verkehrsteilnehmern durch verbesserte Nachweismethoden deutlich gesenkt werden konnte. Drogenbeeinflusste Kraftfahrer müssen zunehmend damit rechnen, dass die Drogenfahrt erkannt und bestraft wird. Um noch mehr Klarheit über die Anzahl drogenbedingter Verkehrsunfälle zu bekommen, bestehen derzeit Überlegungen, künftig alle Unfälle mit Unfallbeteiligten unter Drogeneinwirkungen in die detaillierte amtliche Unfallstatistik einfließen zu lassen. Geplant ist auch, Fahrten unter Einfluss der Wirkstoffe Metamfetamin, Kokain und des Designer-Amfetamins Methylen-dioxyamfetamin als Ordnungswidrigkeit zu ahnden und dem damit verbundenen erhöhten Unfallrisiko im Straßenverkehr Rechnung zu tragen.

5.4.3 Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder Droгенаusgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die in großem Umfang legal gehandelt werden, aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu diesem Zweck missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt werden. Dies sind z. B. Essigsäureanhydrid für die Heroinherstellung und Kaliumpermanganat zur Kokain-Produktion. Die weltweite Kontrolle und Überwachung des Verkehrs mit Grundstoffen stellt daher einen unverzichtbaren und wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar.

Sie wird durch ein System aus internationalen, EU-rechtlichen und nationalen Vorschriften geregelt. So ist der Verkehr mit Grundstoffen Teil des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen (Suchtstoffübereinkommen von 1988) sowie Gegenstand verschiedener Rechtsinstrumente der Europäischen Union.

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

Im Jahr 2005 hat das Grundstoffrecht auf EU-Ebene eine grundlegende Umstrukturierung und Änderung erfahren, durch die wesentliche Teile des Grundstoffüberwachungsgesetzes nunmehr auf europäischer Ebene geregelt werden. Hierdurch ergibt sich erheblicher Anpassungsbedarf für das nationale Recht. Die neue Fassung des Grundstoffüberwachungsgesetzes wird voraussichtlich Ende 2007 in Kraft treten.

Im zeitlichen Vorgriff auf die Anpassung des Grundstoffüberwachungsgesetzes ist bereits am 1. Januar 2006 eine

vorgezogene Änderung einzelner Vorschriften in Kraft getreten, mit der eine infolge der Änderung des EU-Rechts seit dem 18. August 2005 entstandene Strafbarkeitslücke kurzfristig wieder geschlossen wurde.

5.5 Forschung

5.5.1 Substitutionstherapie in Deutschland

In dem bundesweiten COBRA-Projekt (Forschungsverbund Bayern/Dresden) mit etwa 2.700 Patienten aus 220 repräsentativ ausgewählten Substitutionseinrichtungen wurde erstmals die Versorgungssituation und der Einjahres-Verlauf von Substitutionspatienten in der Routineversorgung für Deutschland umfassend evaluiert. Die Befunde zeigen, dass die Substitutionstherapie mit Methadon und Buprenorphin bei Opiatabhängigen wirksam und ohne Alternative ist. Die Befunde zeigen aber auch, dass Opiatabhängige in ihrer äußerst komplexen Krankheitsbelastung vom medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem (außerhalb des Suchthilfesystems) vielerorts nicht adäquat behandelt werden. Die COBRA-Daten sprechen für einen Ausbau der Behandlungskapazitäten, um eine bestehende Fehl- und Unterversorgung dieser Patientengruppe zu reduzieren. Weiterhin ist zu prüfen, inwieweit mehr Ärzte für die Durchführung einer Substitutionstherapie gewonnen werden können.

■ www.asat-verbund.de

5.5.2 Contingency Management bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Das Projekt „Contingency Management bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“ (Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen) untersucht, ob der Gebrauch von Suchtmitteln (Beigebrauch) von Opiatabhängigen in der Substitutionsbehandlung durch eine verhaltenstherapeutische Strategie der Verhaltensverstärkung (Contingency Management) reduziert werden kann. Da die Mehrheit der Opiatabhängigen in einer Substitutionsbehandlung neben der Opiatabhängigkeit auch unter weiteren suchtmittelbezogenen Störungen leidet, ist eine Reduktion des so genannten Beigebrauchs von

hoher praktischer Relevanz für das Erreichen basaler Therapieziele.

■ www.suchtforschungsverbund-nrw.de

Halle: Gemeindenahe Versorgung

Die Stadt Halle veröffentlicht alle zwei Jahre einen Jahresbericht „Netzwerk gegen Drogen“. Seit dem Jahr 2003 sinkt die Zahl der Heroin/Kokain-Konsumenten leicht. Zwei Sucht- und Drogenberatungsstellen der Stadt betreuen ca. 440 Konsumenten. Zusätzlich begleiten zwei Drogenstreetworker Abhängige, die die Beratungsstellen nicht in Anspruch nehmen. Gemeindenahe Hilfeangebote stehen für die Bewohner der Stadt Halle und des Landkreises Saalkreis zur Verfügung. Seit 2002 hat sich allerdings die Zahl der substituierten Drogenabhängigen von 194 auf 255 Klienten (2005) erhöht. Deren Betreuung gewährleisten vier Suchtmediziner. Jedoch verfügt nicht jede umliegende Region über Mediziner, die eine substitutionsgestützte Behandlung anbieten. 45 Klienten aus den umliegenden Landkreisen werden deshalb ebenfalls in Halle betreut. Zudem wird eine Zuwanderung in städtische Sozialsysteme aus Landkreisen ohne suchtmmedizinische Betreuung beobachtet.

■ www.halle.de

6 Glücksspiel

Zum pathologischen Glücksspiel liegen in Deutschland bislang noch keine verlässlichen repräsentativen Daten vor. Prävalenzschätzungen differieren in Deutschland zwischen 80.000 bis 400.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen Glücksspielern. Einigkeit besteht darin, dass das Suchtpotenzial durch verkürzte Gewinnabfolgen, schnelle Wiederholung und große Gewinnhöhen beim Glücksspiel steigt und Mehrfachspieler zur Problemgruppe beim Glücksspiel zählen. Die Ausweitung des Glücksspiel- und Wettangebotes führt zu einer Zunahme von Suchtverhalten im Glücksspiel.

6.1 Neufassung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. März 2006 (1 BvR 1054/01) sind die Länder zur Aufrechterhaltung des staatlichen Wettmonopols gehalten, den Bereich der Sportwetten neu zu regeln und konsequent am Ziel der Bekämpfung von Suchtgefahren auszurichten. Von den Ministerpräsidenten der Länder wurde dies im neuen Staatsvertrag zum Glücksspielwesen vom 13. Dezember 2006 umgesetzt. Die Zweckbindung der Gewinne aus dem staatlichen Glücksspiel wird im Staatsvertrag um verbindliche Maßnahmen zur Suchtprävention ergänzt.

Die Landeslotteriegesellschaften haben im Staatsvertrag die Aufgabe, über Sozialkonzepte ein bundesweit zur Verfügung stehendes Angebot zur aktiven Suchtprävention von hoher Qualität zu gewährleisten. Um einer etwaigen nochmaligen Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht nach Ablauf der von ihm gesetzten Frist Ende des Jahres 2007 standzuhalten, ist es dringend erforderlich ein abgestimmtes Vorgehen innerhalb eines überzeugenden und bundesweiten Gesamtkonzepts sicherzustellen. Nach dem Glücksspielstaatsvertrag sind die Länder verpflichtet, Sozialkonzepte zur Prävention des Glücksspiels auszuarbeiten. Die Bundesländer erarbeiten in Abstimmung mit den Landeslotteriegesellschaften wirksame Konzepte zur Suchtprävention und deren Umsetzung. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit Suchtverbänden

und Forschungseinrichtungen. Nordrhein-Westfalen hat bereits im Jahr 2001 in Zusammenarbeit mit der Landesfachstelle Glücksspielsucht ein strukturiertes und gut erreichbares Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen entwickelt ein Sozialkonzept für Lotto Hessen. Einzelne Landeslotteriegesellschaften arbeiten seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum Entwurf eines Sozialkonzeptes mit Forschungseinrichtungen zusammen, wie das Land Brandenburg mit der Berliner Charité. Bausteine sind u. a. Beratungs- und Informationshotlines, die Gestaltung und Verbreitung von Informationsmaterial, eine Onlineberatung und die Schulung des Verkaufspersonals in Lotterieannahmestellen. Ebenso gibt es gemeinsame Maßnahmen in einzelnen Ländern.

6.2 Kolloquium und Werkstattgespräch zur Glücksspielsuchtprävention

Unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung fand am 20. November 2006 ein Kolloquium zur Spielsuchtprävention statt. Der Deutsche Lotto- und Totoblock (DLTB) hatte Vertreter aus Politik, Wirtschaft, Sport und Wissenschaft eingeladen, um ordnungspolitische und gesundheitsbezogene Aspekte des Glücksspiels und deren präventive Ansätze zu diskutieren. Dabei wurden die von der Öffentlichkeit zuvor wenig beachteten gesundheitsgefährdenden Folgen des Glücksspiels hervorgehoben und die Notwendigkeit der Spielsuchtprävention erörtert.

Daran anknüpfend fand auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 24. Januar 2007 ein Werkstattgespräch zur Suchtprävention des Glücksspiels mit den Drogenbeauftragten der Länder, Suchtexperten und Vertretern der Landeslotteriegesellschaften statt. Dabei wurde die Umsetzung der Vorgaben des Glücksspielstaatsvertrages diskutiert und bestehende Konzepte zur Suchtprävention vorgestellt. Ziel ist, ein bundesweit abgestimmtes Gesamtkonzept zur Suchtprävention und eine Verständigung über erforderliche Mindeststandards für eine effektive Vermeidung und Reduzierung der Wett- und Spielsucht zu erreichen.

6.3 Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto-Toto-Block

Am 8. Februar 2007 schlossen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutsche Lotto-Toto-Block eine Kooperationsvereinbarung zur Finanzierung von Maßnahmen der Prävention von Spielsucht. Die Elemente sind u. a. Monitoring der Spielsuchtgefährdung, bundesweite telefonische Beratung, Internetangebote und Informationsmaterialien. Sie bilden eine Ergänzung zu den Sozialkonzepten auf Länderebene.

6.4 Modellprojekt „Intervention beim pathologischen Glücksspiel“

Durch ein Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit soll die „Intervention beim pathologischen Glücksspiel“ gefördert werden, um die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der Früherkennung von Spielsucht zu ergänzen. Ziel des Projektes ist es, mehr Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten durch Einrichtungen der Suchthilfe frühzeitig zu erreichen und eine fachlich qualifizierte Beratung anbieten zu können. Die Ergebnisse des Projekts sollen zügig in weiteren Einrichtungen der Suchthilfe implementiert werden, um Angebote zur Spielerberatung zu erweitern und das Personal zu qualifizieren.



Vorgestellt:
Ilona Füchtenschnieder,
Fachverband Glücksspielsucht
e. V., Herford

„Geht nicht, gibt's nicht!“ Das Motto von Ilona Füchtenschnieder sagt viel über die Diplompädagogin aus: Mit Entschlossenheit engagiert sich die Bielefelderin seit 20 Jahren für die Belange Glücksspielsüchtiger. Eine Hartnäckigkeit, die nötig war, um die Schicksale betroffener Familien ins Blickfeld der Öffentlichkeit zu rücken. Ilona Füchtenschnieder baute beim Diakonischen Werk in Herford die bundesweit erste Beratungsstelle für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen auf. Mit vielen Publikationen hat die derzeitige Leiterin der Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW die öffentliche Diskussion zum Thema entscheidend mitgeprägt. „Glücksspielsucht entsteht nicht von heute auf morgen, sondern schleichend“, so Füchtenschnieder. Erst nach fünf bis zehn Jahren suchen Betroffene Hilfe. Je mehr Glücksspielangebote es gebe, umso wichtiger sei es, die rechtliche Position der Spieler zu stärken, betont die Vorsitzende des 1998 gegründeten Fachverbandes Glücksspielsucht. Mit dessen Hilfe gewannen zahlreiche Betroffene Prozesse gegen Spielbanken, die es mit dem Spielerschutz nicht so genau nahmen. Als größten Erfolg nennt die streitbare 51-Jährige ihre Anhörung vor dem Bundesverfassungsgericht. Dessen Urteil von 2006 – nicht mehr finanzielle Interessen, sondern den Schutz der Spieler in den Vordergrund zu stellen – verlangt aktive Prävention. Ihr Wunsch: eine epidemiologische Studie über die tatsächliche Zahl der Glücksspielsüchtigen in Deutschland. 250.000 Betroffene schätzt ihr Verband. Ausgleich findet Ilona Füchtenschnieder bei Reisen ans Meer, kulinarischen Ausflügen am eigenen Herd, und sie gesteht, Lindenstraßenfan der ersten Stunde zu sein.

■ www.gluecksspielsucht.de

7 Suchtstoffübergreifende Prävention

7.1 Kampagne „Kinder stark machen“

Da Suchtprobleme meist ihren Anfang im Kindes- und Jugendalter nehmen, bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Kampagne „Kinder stark machen“ zur substanzübergreifenden Suchtvorbeugung an. Ziel ist, 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. Die Kampagne richtet sich auch an Erwachsene mit dem Ziel, sie als Vorbilder zu schulen. Dazu gehören die kritische Selbstbeobachtung, Ehrlichkeit gegenüber dem oft verharmlosten eigenen Substanzkonsum von Tabak und Alkohol, die Vermittlung von Kenntnissen über die kindliche Entwicklung und das Zustandekommen von Süchten sowie die Bereitschaft zum Gespräch. Mit der Stärkung des Selbstvertrauens haben die Heranwachsenden eine Chance, die nötige Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu entwickeln, um aus einer starken Position heraus „Nein“ zu Suchtmitteln sagen zu können.

Sportvereine sind neben Schule und Elternhaus ein wichtiger Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, in dem Suchtprävention stattfinden muss. Mehr als 70% aller Jugendlichen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Schon früh hat die BZgA mit den Breitensportverbänden entsprechende Rahmenvereinbarungen geschlossen, in denen die Zusammenarbeit zum Thema Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit festgelegt wurde.

Für die vereins- und alltagsnahe Präsentation der Inhalte hat die BZgA ein personalkommunikatives Konzept mit verschiedenen Bausteinen entwickelt, das 2006 fortgeschrieben wurde und 2007 in Kooperation mit den Partnern ausgebaut werden soll. Dazu gehören:

- **Multiplikatorenarbeit:** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen werden qualifiziert und erhalten Arbeitshilfen. Mittlerweile haben 12.500 Verantwortliche daran teilgenommen.

- **Vereinservice:** Die Vereine werden bei der Durchführung von Präventionsprojekten der Kinder- und Jugendarbeit unterstützt.

- **Personale Kommunikation:** Die BZgA steht auf Sport- und familienorientierten Veranstaltungen im Dialog mit Eltern, ihren Kindern sowie haupt- und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern.

- **Massenkommunikation:** Sport- und Familienveranstaltungen werden öffentlichkeitswirksam begleitet.

Qualifizierungsinitiative des DFB

Durch Impulse aus dem Fortbildungsbereich hat der Deutsche Fußball-Bund (DFB) das Thema Suchtprävention in seine Kinder- und Jugendarbeit implementiert. Ziel ist die Qualifizierung von haupt- und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern von E-A Junioren-Teams. Dazu zählt die altersgerechte Auseinandersetzung mit dem Thema „Missbrauch von Tabak und Alkohol“. Für die C–A Junioren (12–18 Jahre) wird mit Unterstützung der BZgA ein spezielles Manual für die Ausbildung von Jugend- und Übungsleiterinnen und Übungsleitern entwickelt, bei dem das Thema Alkohol im Mittelpunkt steht. Damit soll die Alkoholprävention in der Jugendarbeit der Fußballvereine flächendeckend verankert werden. Im Jahr 2007 wird die DJK Sportjugend und die Deutsche Turnerjugend in die Qualifizierungsinitiative einbezogen.

Vereinservice

Der Vereinservice wird als basisorientiertes Angebot für die Sportvereine organisiert. Ein Unterstützerpaket mit Materialien zur Suchtprävention sowie ein telefonisches und elektronisches Beratungsangebot helfen bei der Planung und Durchführung eigener Aktivitäten. 2006 wurden mehr als 900 Anfragen bundesweit unterstützt.

Veranstaltungen

Um eine möglichst breite Öffentlichkeit mit dem Thema Suchtprävention zu erreichen, besuchte das „Kinder stark machen“-Team im Jahr 2006 bundesweit 24 Sport- und Familienveranstaltungen, die jeweils von 3.000 bis

180.000 Menschen besucht wurden. Vermittelt wurde das suchtpreventive Potenzial in Sportvereinen. Die begleitende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sicherte eine hohe regionale Aufmerksamkeit für das Thema Suchtprävention. 19 % der sportinteressierten Deutschen zwischen 14 und 65 Jahren ist die Kampagne „Kinder stark machen“ bekannt und 72 % von ihnen wissen, dass es sich dabei um eine Initiative zur Suchtvorbeugung handelt. Auch künftig soll der Breitensport intensiv für die Suchtvorbeugung genutzt werden. Dabei ist der Aspekt der Einbeziehung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher noch stärker zu berücksichtigen. Gemeinsam mit den Sportverbänden will die BZgA untersuchen, welche spezifische Unterstützung für diese Zielgruppen in der Suchtvorbeugung erforderlich ist.

■ www.kinderstarkmachen.de

Mecklenburg-Vorpommern: Netzwerk für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Der modellhafte Aufbau eines Netzwerkes für Kinder aus suchtbelasteten Familien soll alle für die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen wichtigen Bereiche und Personen einbeziehen. Eine Nachahmung durch Städte und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern soll ermöglicht werden. Von März bis Dezember 2006 wurden die vorhandenen Hilfsstrukturen und Netzwerke erfasst und der weitere Hilfebedarf durch Interviews mit betroffenen Kindern, Angehörigen und Mitarbeitern der Hilfesysteme ermittelt. Im Januar 2007 nahm der Arbeitskreis „Rostocker Netzwerk Kind-Familie-Sucht/Interdisziplinärer Arbeits- und Koordinierungskreis für Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ seine Arbeit auf.

■ www.lsmv.de

7.2 Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zur Tabak- und Alkoholprävention

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat den „KlarSicht – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol“ als interaktives und spielerisch angelegtes Aufklärungsangebot entwickelt. An acht moderierten Stationen wird in Gruppengesprächen der Alkohol- und Tabakkonsum thematisiert. Der Parcours steht in einem

engen konzeptionellen Zusammenhang mit der „rauchfrei“-Kampagne (siehe Drogen- und Suchtbericht Seite 16) sowie der Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“/„NA TOLL!“ (siehe Drogen- und Suchtbericht Seite 29). Der Mitmach-Parcours ist ein personalkommunikatives, dezentral und bundesweit einsetzbares Element für beide Kampagnen. Er ergänzt und vertieft die massenmedialen, audiovisuellen und internetbasierten Angebote auf der Ebene der persönlichen Informationsvermittlung. Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren erhalten im Mitmach-Parcours Entscheidungshilfen für ein verantwortungsbewusstes Genuss- und Konsumverhalten. Neben der Aufklärung über das Suchtpotenzial von Tabak und Alkohol zielt der Parcours auf die Stärkung von Schutzfaktoren. Dabei werden geschlechtsspezifische Aspekte bei der Gestaltung der Stationen und bei der Moderation berücksichtigt. Zudem werden örtliche Präventionsstrukturen und lokale Beratungsstellen aktiv einbezogen. Multiplikatoren vor Ort werden zur späteren Adaption des Modells motiviert und qualifiziert.

Im Jahr 2006 wurden in zwölf Bundesländern 29 „KlarSicht“-Einsätze in allen Schulformen durchgeführt. Einsätze an Haupt-, Real-, Gesamt- und berufsbildenden Schulen überwogen. Für das Jahr 2007 liegen mittlerweile mehr als 300 Anfragen zu „KlarSicht“-Einsätzen aus allen Bundesländern vor.

■ www.bzga-ausstellungen.de

BZgA: Jugendfilmtage

Zum Welt-Nichtrauchertag im Mai 2005 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit der CinemaxX Kinokette die Jugendfilmtage „Nikotin- und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ offiziell gestartet. Ausgehend von einem gemeinsamen Filmbesuch mit thematischem Bezug zu Alkohol und Nikotin sollen bei den Filmtagen Jugendliche gezielt über die gesundheitlichen Folgen und das Abhängigkeitspotenzial des Rauchens und des Alkoholkonsums informiert werden. Ziel der Jugendfilmtage ist es, die Entwicklung einer kritischen Haltung zu legalen Suchtmitteln zu fördern. Im Jahr 2006 waren die Jugendfilmtage in zehn deutschen Städten zu sehen. Bis Ende 2006 haben mehr als 35.000 Schülerinnen und Schüler die Filmtage besucht.

■ www.bzga.de

Cottbus: Gemeinsam gegen Drogen

Das Projekt „Die Stadt Cottbus gemeinsam gegen Drogen“ wurde im Jahr 2001 ins Leben gerufen und richtet sich an Kinder der 7. Klassen. Es beinhaltet Schulungsveranstaltungen für Pädagogen zu legalen und illegalen Drogen, Alltags-süchten sowie zu juristischen Aspekten und informiert die Eltern. Die Schüler selbst erleben Suchtprävention in Form von Gesprächsrunden oder Projekttagen. Ein Peer-Education-Ansatz als verhaltensorientiertes pädagogisches Konzept wurde von Studenten der Fachhochschule Lausitz entwickelt und wird jährlich überarbeitet.

7.3 Missbrauch und Abhängigkeit im Alter

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) hatte das Jahr 2006 zum Schwerpunktjahr „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“ erklärt. Mit der Botschaft „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar“ haben die DHS und weitere Kooperationspartner auf den Suchtmittelmissbrauch und die Suchterkrankungen im höheren Lebensalter aufmerksam gemacht. Über die Information der Fachöffentlichkeit und der Medien wurden ältere Alkohol-, Medikamenten- und Tabakkonsumenten und deren Angehörige für die damit verbundenen Probleme sensibilisiert. Ziel war es ebenso, ältere Menschen zu motivieren, früher und häufiger fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dazu wurden drei Broschüren publiziert:

- „Alkohol – Weniger ist besser“
- „Medikamente – Sicher und sinnvoll gebrauchen“
- „Tabak – Zum Aufhören ist es nie zu spät“.

Diese geben Informationen zum jeweiligen Suchtmittel und zeigen Hilfen für ältere Menschen auf. Die speziell für die Fachöffentlichkeit aufgelegte Broschüre „Substanz-bezogene Störungen im Alter – Informationen und Praxis-hilfen“ gibt den aktuellen Wissensstand zum Thema wieder. Probleme des Konsums und Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten und Tabak werden darin benannt und eine mögliche Ansprache älterer Menschen wird praxisnah anhand von Checklisten und Fragebögen dargestellt. Je nach Lebensalter werden unterschiedliche Suchtmittel bevorzugt konsumiert. Dies geschieht mit unterschiedli-

cher Intention, was Konsequenzen für die Präventions- und Hilfsangebote haben muss. Auf der Fachkonferenz 2006 „Sucht und Lebensalter“ der DHS wurden die Herausforderungen in den ersten Lebensjahren, in der Jugend, im Erwachsenenalter und im höheren Lebensalter diskutiert. Altersspezifische und somit auch suchtmittelspezifische Therapieangebote standen auf der Tagung im Mittelpunkt.

- www.unabhaengig-im-alter.de

Sachsen-Anhalt: Alltagssüchte

„Aktion 7 Wochen Pause! – Für mehr Genuss im Alltag“: Parallel zur Fastenzeit vom 1. März bis 15. April 2006 rief die Landesstelle für Suchtfragen in Sachsen-Anhalt landesweit jeden dazu auf, die eigenen alltäglichen Konsumgewohnheiten auf den Prüfstand zu stellen und sich für sieben Wochen eine Pause von einer oder mehreren „Alltagssüchten“ zu gönnen. Besonders eignet sich hierzu der Konsum von Süßem, Fettigem, Fernsehen, Alkohol oder Zigaretten. Neben Presseinformationen gab es eine gezielte Info-Aktion per Fax an alle Grundschulen sowie Schulen der Sekundarstufen I und II. In Gruppenarbeiten wurden dort die Konsumreduktionsversuche pädagogisch begleitet. Ziel ist die Sensibilisierung der Selbstkontrolle von Alltagssüchten. Die im Jahr 2006 zum achten Mal durchgeführte Aktion hat inzwischen einen hohen Bekanntheitsgrad und wird von vielen regionalen Akteuren für eigene Initiativen aufgegriffen.

7.4 Suchtprävention im Internet

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet Jugendlichen und jungen Erwachsenen über das Internet unter www.drugcom.de Information und Beratung zu illegalen und legalen Substanzen an. Ziel ist es, junge Menschen zu einem risikoarmen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu motivieren und bei der Reduzierung oder Beendigung des Konsums zu unterstützen. Der Schwerpunkt des Angebots liegt auf der Prävention des Konsums illegaler Drogen. Seit dem Online-Start im Jahr 2001 ist die Anzahl der Besuche pro Tag von 330 auf 1.800 pro Tag im Jahr 2006 gestiegen. Die Website enthält ein Drogen- und Suchtlexikon, einen wöchentlich aktuali-

Hamburg: Beratung für suchtgefährdete Jugendliche

Die Suchtberatungsstellen der Stadt sollen künftig Angebote für Minderjährige entwickeln und verstärkt Jugendliche und junge Erwachsene ansprechen. Hierzu stellt die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) jährlich 550.000 Euro zur Verfügung. Ziel ist es, auf Jugendliche zuzugehen, bei denen eine Suchtgefährdung oder Suchterkrankung besteht, die Jugendlichen über Suchtmittel aufzuklären und eine Manifestierung von Missbrauch oder Abhängigkeit zu verhindern. Dabei gilt es Sucht- und Jugendhilfe systematisch zu vernetzen. Suchthilfeträger sind verpflichtet, Kooperationen mit Jugendhilfeträgern einzugehen. Zugleich wird mit dem Aufbau neuer Beratungsangebote in einem Modellprojekt erprobt, wie die Suchtberatung wirkungsorientiert gesteuert werden kann. Ziele sind ein regelmäßiger suchtmittelfreier Besuch von Schule und Ausbildung, das Erkennen der eigenen Suchtgefährdung und die Reduktion des Suchtmittelkonsums. Bei der Einführung wirkungsorientierter Steuerungselemente in der Hamburger Suchthilfe steht der Aspekt der Qualitätssicherung im Vordergrund.

■ www.bsg.hamburg.de

sierten Newsbereich sowie ein monatliches Spezialthema. Beratungsangebote per E-Mail und Chat, aktuelle Wissenstests zu acht verschiedenen Substanzen, ein Informationsmodul zum Mischkonsum, Verhaltenstests zu Alkohol (check your drinking) und Cannabis (cannabis check) sowie ein Ausstiegsprogramm für Cannabiskonsumierende (quit the shit) sind bewährte Bestandteile des Programms. Im Oktober 2006 kam ein Beratungsprogramm für junge Alkoholkonsumierende (change your drinking) hinzu.

Um verstärkt sozial benachteiligte Jugendliche zu erreichen, wurde im Jahr 2006 als Modellprojekt der drugcom-Musikwettbewerb „Rap Attack“ gestartet. Dabei reichten Jugendliche und junge Erwachsene aus Sachsen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland 72 Hip Hop-Songs zum Thema Rausch ein. Beim Publikumsvoting unter www.drugcom.de wurden mehr als 58.000 Stimmen abgegeben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Wettbewerb teilnehmenden Jugendfreizeitstätten erhielten online zwei Arbeitshilfen zu „Cannabis“ und

„Alkohol“, um die Jugendlichen fachgerecht anzusprechen.

■ www.drugcom.de

7.5 Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule

„Klasse2000“ ist das bundesweit größte Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule. Es entstand 1991 am Klinikum Nürnberg und wird seitdem laufend weiterentwickelt. Im Schuljahr 2005/06 nahmen erstmals bundesweit mehr als 200.000 Kinder an dem vierjährigen Programm teil. Das Konzept basiert auf der Erkenntnis, dass die Stärkung der Persönlichkeit das wirksamste Mittel der Vorbeugung ist. Durch die Förderung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen der Kinder werden diese dabei unterstützt, ihr Leben ohne Sucht, Gewalt und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu meistern. Im Einzelnen verfolgt „Klasse2000“ folgende Ziele:

- Kinder lernen ihren Körper kennen und entwickeln eine positive Einstellung zur Gesundheit.
- Kinder lernen die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung kennen und haben Freude an einem aktiven Leben.
- Kinder entwickeln persönliche und soziale Kompetenzen.
- Kinder lernen den kritischen Umgang mit Tabak, Alkohol und den Versprechen der Werbung.
- Das Umfeld der Kinder (Eltern, Schule, Gemeinde) wird einbezogen und unterstützt beim gesunden Aufwachsen.

„Klasse2000“ begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse und setzt dabei auf die Zusammenarbeit von Lehrkräften, externen Gesundheitsförderern und Eltern. Ein detailliert ausgearbeitetes Unterrichtskonzept mit vielfältigen Materialien bildet die Grundlage. Pro Schuljahr sind dies zwölf „Klasse2000“-Stunden in einer teilnehmenden Klasse. Was die Kinder dabei lernen und erfahren, wird in den Klassenalltag übernommen. Zwei bis

drei Unterrichtseinheiten pro Jahr gestalten die speziell geschulten „Klasse2000“-Gesundheitsförderer. Das Programm wird laufend evaluiert und auf der Basis der Ergebnisse ständig überarbeitet. 2005 begann eine Längsschnittstudie über langfristige Effekte des Programms. Im Schuljahr 2006/07 wurde neben der Überarbeitung der Unterrichtsvorschläge u. a. auch die Elternarbeit verstärkt. Träger des Programms ist der gemeinnützige „Verein Programm Klasse2000 e. V.“. Finanziert wird das Projekt mit Spenden, meist in Form von Patenschaften für einzelne Klassen (240 € pro Klasse und Schuljahr).

■ www.klasse2000.de

7.6 Suchtprävention für junge Migrantinnen und Migranten

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert über ein Eingliederungsprogramm (Programm 18 des Kinder- und Jugendplans) die Jugendmigrationsdienste (JMD). Das sind rund 400 Beratungsstellen, die bundesweit die Integration junger Zuwanderinnen und Zuwanderer in Deutschland unterstützen und begleiten. Nach den Grundsätzen zur Durchführung und Entwicklung des Programms kann in den Beratungsdiensten über Gruppenangebote das Thema Sucht- und Drogenprävention bearbeitet werden. Diese Angebote sind sehr unterschiedlich und abhängig von Faktoren wie Personalkapazität der JMD oder dem Bedarf der gerade betreuten Jugendlichen. Bei der Beratung wird auf örtliche Veranstaltungen zum Thema Drogen und Sucht hingewiesen, die von Dritten angeboten werden. Jugendliche, die individuelle Probleme mit Suchtstoffen haben, werden an andere Dienste vermittelt, die primär dafür zuständig sind.

Für alle neu ankommenden Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler wird im Aufnahmelaager Friedland jeweils eine 90-minütige Informationsveranstaltung zum Thema Suchtprävention durchgeführt.

Darüber hinaus werden aus Mitteln des BMFSFJ vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Rahmen gemeinwesenorientierter jugendspezifischer Integrationsprojekte für junge Migrantinnen und Migranten eine große

Berlin: Frauen und Sucht

Der Verein „FrauSuchtZukunft e. V.“ unterstützt seit 25 Jahren suchtmittelabhängige Frauen in der Hauptstadt. Etwa 400 Frauen werden jährlich betreut. Seit dem Jahr 2005 wird beispielsweise ehemals süchtigen, jetzt abstinent lebenden Schwangeren und Müttern mit Kindern ein intensiv betreutes Einzelwohnen ermöglicht. Deren Sucht stand bis dahin im Vordergrund und die Kinder waren teilweise Vernachlässigung und Gewalt ausgesetzt. Bei der Betreuung gilt es immer wieder die Balance zwischen Kontrolle durch die Mitarbeiterinnen in Fragen des Kindeswohls und der Eigenverantwortung der Klientin zu finden. Es besteht die Möglichkeit der ambulanten Familienhilfe, um die Betreuung für die Mütter und die Kinder im Anschluss kontinuierlich zu sichern.

Ein anderes Projekt – KOBIEITA – richtet sich seit November 2003 an polnische Migrantinnen. Es stellt die Suchtproblematik sowie Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit bei der polnischen Bevölkerung in Berlin dar und unterstützt bedürftige polnische Migrantinnen.

50 % aller Klientinnen von FrauSuchtZukunft e. V. sind langzeitarbeitslos. Darum wurde in den vergangenen zehn Jahren ein individuelles, flexibles Angebot zur nachhaltigen und passgenauen Integration von süchtigen Frauen in Arbeit und Beschäftigung entwickelt. Dazu gehören u. a. Beratung, Berufsorientierungskurse mit anschließenden Praktika, Coaching und Workshops.

■ www.frausuchtzukunft.de

Anzahl von Maßnahmen zur Suchtprävention durchgeführt. Auch wenn nach den Fördergrundsätzen der Integrationsansatz auf gemeinwesenorientierte Projekte zielt, ist bei den 40 Projekten neben der sozialen Integration auch eine gezielte Vorbeugung des Alkoholmissbrauchs und des Konsums illegaler Drogen enthalten. Diese wurden im Jahr 2006 mit einer Gesamtbundeszuwendung von 1.447.907 € zur Suchtprävention junger Menschen mit Migrationshintergrund gefördert.

■ www.bmfsfj.de

7.7 Präventionsaktivitäten der Polizei in den Bundesländern

Aufgrund des föderalen Polizeisystems gibt es auf dem Gebiet der polizeilichen Prävention des Drogenmissbrauchs in den Bundesländern eine Vielzahl von Projekten, die den regionalen Rahmenbedingungen angepasst sind. Zunehmend liegt diesen Maßnahmen ein „ganzheitlicher Ansatz“ auf der Basis der Trias „Person-Drogen-Umwelt“ zugrunde. Im Programm Polizeiliche Kriminalprävention des Bundes und der Länder (ProPK) bzw. über die Kommission Polizeiliche Kriminalprävention (KPK) wird versucht, Informationen zu bündeln, damit die Erfahrungen in der Konzeption und Durchführung von Maßnahmen Verbreitung finden.

Die polizeiliche Präventionsarbeit wird regional durch die Präventionsfachdienststellen der Bundesländer durchgeführt. Die übergeordnete Struktur der Bundesinstitutionen bzw. des ProPK stellt dafür die Informationen bereit. Im Internet unter www.polizei-beratung.de sind Angebote zur Drogenprävention unter dem Stichwort „Sehnsucht“ zu finden. Für Kinder und Jugendliche gibt es didaktisch aufbereitete Homepages sowie interaktive Spiele und Trainingsprogramme.

Im Rahmen der KPK finden regelmäßig Arbeitstreffen der Präventionsfachdienststellen der Polizeien des Bundes und der Länder statt. Für den Bereich der Drogenkriminalität ist dabei das Bundesland Brandenburg zuständig. Zusätzlich wurde eine Projektgruppe zum Thema „Konsumverhalten von Jugendlichen hinsichtlich Drogen“ eingerichtet.

Ferner können im „Infopool Prävention“ des Bundeskriminalamtes (BKA) nationale und internationale Informationen zu Präventionsprojekten zum Drogenmissbrauch abgerufen werden.

- www.praevis.de
- www.polizei-beratung.de
- www.bka.de

7.8 Suchtprävention in der Bundeswehr

Das Bundesministerium der Verteidigung wirkt aktiv dem Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln entgegen.

2006 lag der Schwerpunkt wiederum auf der Unterstützung sowie der Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und militärischen Vorgesetzten. In allen Teilstreitkräften und militärischen Organisationsbereichen ist Drogen- und Suchtprävention in den verschiedenen Ausbildungs- und Weiterbildungsstufen der Lehrinhalte verankert.

Allen Dienststellen der Bundeswehr steht mit dem „Dokumentationszentrum Suchtprävention und -bekämpfung“ beim Zentrum Innere Führung in Koblenz eine zentrale Informationsstelle zur Verfügung. Dort werden Maßnahmen, Programme und Materialien der Bundesregierung und anderer öffentlicher Einrichtungen zur Suchtprävention erfasst und bezüglich ihrer Eignung für die Bundeswehr geprüft. Darüber hinaus werden Multiplikatoren, Suchtkrankenhelfer und militärische Vorgesetzte fortgebildet, die als Einheitsführer, Kompaniefeldwebel und Teileinheitsführer den unmittelbaren und täglichen Zugang zu den jungen Soldatinnen und Soldaten haben. Diese Lehrgänge fördern das Verständnis für die gesamtgesellschaftliche Suchtproblematik und die besondere Fürsorgepflicht gegenüber den Suchtkranken. Sie vermitteln aber auch die Handlungskompetenz, um ein „Netzwerk Suchtprävention“ zu aktivieren.

Mit der CD-ROM „Suchtprävention in der Bundeswehr“ hat die Bundeswehr ein umfassendes Standardwerk der Suchtprävention als Informations- und Ausbildungshilfe in einer Auflage von 6.000 Exemplaren bereitgestellt. Die CD-ROM bietet Informationen zu allen relevanten Themen der Suchtprävention und ist gleichzeitig Grundlage für die Multiplikatoren Ausbildung. Sie steht auf Anforderung auch externen Einrichtungen zur Verfügung.

Die Internetpräsenz der Bundeswehr zur Suchtprävention registrierte im Jahr 2006 eine steigende Nachfrage (62.000 Erstzugriffe mit mehr als 140.000 Seitenaufrufen).

Im November 2006 wurden im Bundesministerium der Verteidigung am Dienort Bonn für mehr als 100 interessierte Soldatinnen und Soldaten und zivile Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das halbtägige Seminar „Nicht-raucher in fünf Stunden“ als Pilotprojekt durchgeführt.

Eine erste Teilnehmerbefragung ergab eine Erfolgsquote von mindestens 50 %. Weitere Kontrollbefragungen sind vorgesehen.

Als kostenfreies professionelles Angebot für alle zivilen und militärischen Beschäftigten der Bundeswehr sowie deren Angehörige bietet der Sozialdienst der Bundeswehr Hilfe bei psychosozialen und gesundheitlichen Störungen wie zum Beispiel Alkohol- und Drogenmissbrauch. Hierbei werden Betroffene in Einzelgesprächen beraten und unterstützt. Vorgesetzte und Angehörige des beruflichen wie privaten Umfeldes erhalten Informationen, Beratung und Begleitung. Weiterhin bietet der Sozialdienst Veranstaltungen zu spezifischen Suchtthemen in Zusammenarbeit mit den Partnern des Psychosozialen Netzwerks der Bundeswehr und außerhalb der Bundeswehr an.

Die „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V.“ ist innerhalb der Bundeswehr aufgrund ihrer Kompetenz und Akzeptanz zu einem wichtigen Bindeglied zwischen Primär- und Sekundärprävention im Bereich des Alkoholmissbrauchs geworden.

■ www.suchtpraevention-bundeswehr.de

7.9 Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran“

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) führt seit Sommer 2005 die Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran“ zur Verbesserung der Einhaltung der Jugendschutzvorschriften im Handel und in der Gastronomie durch. Dies geschieht zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ), dem Hauptverband des Deutschen Einzelhandels (HDE) e. V., dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA) und dem Bundesverband Tankstellen und Gewerbliche Autowäsche Deutschland e. V. (BTG). Die Aktion bezieht sich auf das Abgabeverbot für Alkohol und Tabakwaren, die Abgabe von Videos und Computerspielen entsprechend den Alterskennzeichnungen sowie die Alters- und Zeitbegrenzungen für Jugendliche bei Gaststätten- und Diskothekenbesuchen. Sie appelliert an Einzelhändler, Betreiber und Betreiberinnen von Gaststätten und Tankstellen, Verantwortliche in

Sportheimen und bei Vereinsfesten, das Jugendschutzgesetz einzuhalten. Über Plakate, Aufkleber und Broschüren wird das Verkaufspersonal aufgefordert, auf die bestehenden Altersgrenzen zu achten. Im Zweifel ist ein Altersnachweis zu verlangen und so das Jugendschutzgesetz aktiv und effektiv umzusetzen.

Das BMFSFJ fördert zudem eine Vielzahl von Jugendverbänden, in denen die Thematik Sucht und Drogen einen hohen Stellenwert in der Jugendbildung besitzt. Drogenprävention und der Umgang mit drogenabhängigen Jugendlichen ist seit Jahren im internationalen Austausch von Fachkräften der Jugendhilfe, insbesondere mit den Ländern Ost- und Südosteuropas und den Nachfolgestaaten der UdSSR fest verankert. Dabei geht es vorrangig um den Austausch von Erfahrungen beim Aufbau von Präventionsstrukturen, der Sicherstellung von deren Arbeitsfähigkeit und um Methoden zum Umgang und der Integration drogenabhängiger Jugendlicher.

■ www.bmfsfj.de

Hessen: „Sucht in der Arbeitswelt“

Für Unternehmen steigt der Bedarf fachgerechter Unterstützung zur Suchtprävention und -hilfe ständig. Daher hat die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) eine qualifizierte Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Sucht- und Drogenberatungsstellen entwickelt, die mit einem Zertifikat abschließt. Die Erarbeitung des Curriculums „Sucht im Betrieb“ sowie die Durchführung der Fortbildung wurde in Kooperation mit dem Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaften der Universität Hannover durchgeführt. Das Hessische Sozialministerium hat die Qualifizierungsmaßnahmen finanziell unterstützt. Das Curriculum ist wissenschaftlich und zugleich praxisnah ausgelegt. Es orientiert sich an aktuellen Konzepten und Anforderungen betrieblicher Suchtprogramme. Die Teilnehmenden werden befähigt, sich an der Ausgestaltung und Weiterbildung der betrieblichen Suchtprogramme zu beteiligen. Ferner können sich die Teilnehmenden als interne Multiplikatorinnen und Multiplikatoren betätigen und ihr Wissen an haupt- und ehrenamtliche Personen in der jeweiligen Einrichtung weitergeben. Bislang nahmen 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus hessischen Beratungsstellen an der Qualifikation teil.

■ www.hls-online.org

Versorgungssystem

In Deutschland steht für die Versorgung Suchtkranker ein vielfältiges, effektives und gut ausgebautes Hilfesystem in den Ländern zur Verfügung. Es umfasst telefonische und persönliche Beratung ebenso wie ambulante, teil- und vollstationäre Therapien und begleitet Menschen im Rahmen der Nachsorge langfristig. Sucht ist medizinisch und sozialrechtlich als Krankheit anerkannt. Trotzdem finden noch zu wenige Menschen mit Suchtproblemen den Weg in eine Behandlung.

Oder sie gehen erst, wenn ihre Erkrankung weit fortgeschritten ist. Deshalb gilt es, den Zugang zu den Angeboten der Suchthilfe zu erleichtern. Zudem stellen neue Konsummuster legaler und illegaler Suchtstoffe an das Suchthilfesystem neue Herausforderungen.

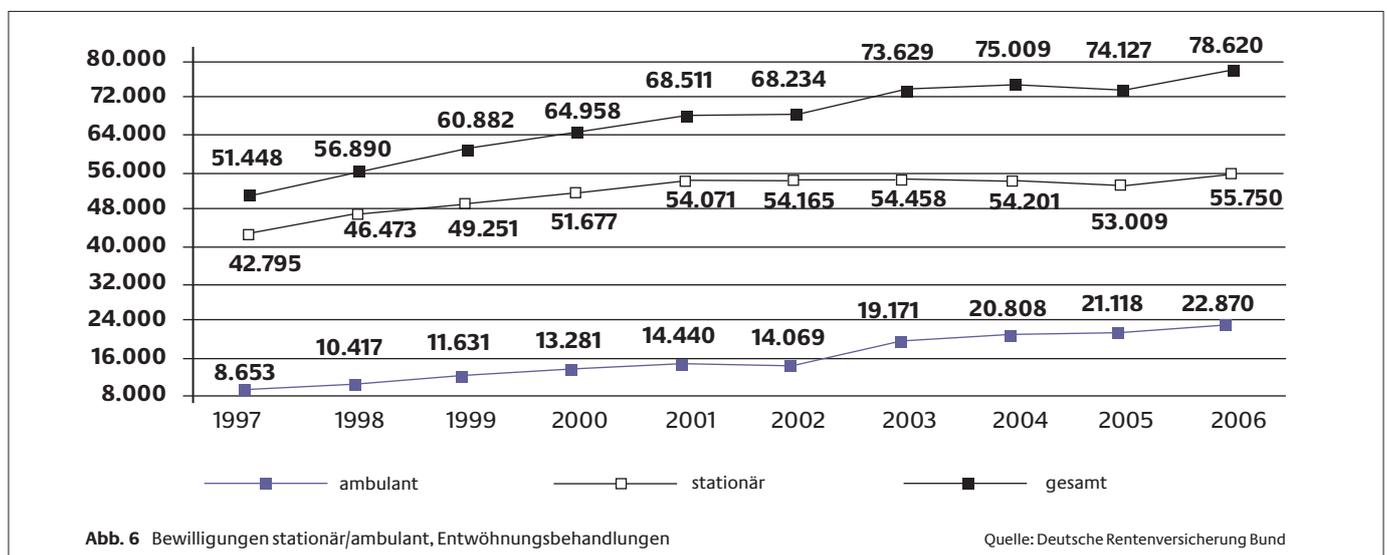
Zunahme der Entwöhnungsbehandlungen von 1997 bis 2006

Im Jahr 2006 ist ein Anstieg bei den stationären und den ambulanten Bewilligungen zur Entwöhnungsbehandlung festzustellen (Abb 6). Bei den ambulanten Behandlungen ist seit dem Jahr 2003 ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2004 stieg die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und sank aufgrund des allgemeinen Antragsrückganges leicht im Jahr 2005.

1 Gesetzliche Veränderungen

SGB II

Mit dem am 1. August 2006 in Kraft getretenen „Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ wurde das Regel-Ausnahme-Verhältnis bei einem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung neu ausgestaltet. Nach § 7 Absatz 4 Satz 1 SGB II sind nunmehr Personen, die in einer stationären Einrichtung untergebracht sind, von den Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende grundsätzlich ausgeschlossen. Zudem wurde klargestellt, dass der Aufenthalt in einer Einrichtung zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung als Aufenthalt in einer stationären Einrichtung gilt. Der Leistungsausschluss betrifft jedoch gem. § 7 Abs. 4 Satz 3 SGB II diejenigen nicht, die für weniger als sechs Monate in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation gem. § 107 SGB V untergebracht sind. Die voraussichtliche Dauer des Verbleibs beurteilen die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende auf der Grundlage gutachterlicher Stellungnahmen. Leistungen nach dem SGB II erhält gem. § 7 Abs. 4 Satz 3 SGB II ausnahmsweise auch, wer in einer stationären Einrichtung untergebracht ist und unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens 15 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.



SGB V

Im Rahmen der Gesundheitsreform, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurde für die Versicherten im Bereich der Rehabilitation mehr Rechtssicherheit geschaffen. Neben den Eltern-Kind-Kuren und der geriatrischen Rehabilitation wurden auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen.

2 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

2.1 Qualitätssicherung der ambulanten Suchtrehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung hat seit 1994 ein umfangreiches Qualitätssicherungs-(QS) Instrumentarium unter wissenschaftlicher Begleitung entwickelt, um indikationsbezogen stationäre Rehabilitationseinrichtungen in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu vergleichen. Diese Instrumentarien sollen künftig auch für die Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation von Abhängigkeitskranken angewandt werden.

Die kontinuierliche Qualitätsentwicklung der Rehabilitation wird durch einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse unterstützt und durch Visitation "vor Ort" durch die Rentenversicherungsträger validiert, ergänzt und im Zusammenhang mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement bewertet. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit den Vorgaben des Gesetzgebers in § 20 des Sozialgesetzbuches (SGB) IX zur Qualitätssicherung.

Von der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung wurde ein gemeinsam finanziertes und wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation mit dem Teilprojekt „QS ambulante Reha-Sucht“ initiiert. Ziel ist die Optimierung der ambulanten Rehabilitationsangebote. Um die Strukturqualität zu verbessern, sollen die Selbstdokumentation, Anforderungskriterien, telefonischen Validierungen und Visitationen kombiniert werden. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung ermöglichen der einzelnen Rehabilitationseinrichtung, sich mit anderen Einrichtungen zu verglei-

chen. Stärken und Schwachstellen können erkannt und qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen zielgerichtet eingeleitet werden. Dabei wird die kontinuierliche Qualitätsentwicklung der Rehabilitation weiterhin durch eine aussagekräftige Berichterstattung unterstützt.

■ www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

2.2 Weiterentwicklung der Kombinationsmodelle zur Verbesserung der Schnittstellenproblematik

Mit dem Begriff Kombitherapie wird eine Öffnung zwischen stationärer, ganztägig ambulanter (teilstationär) und ambulanter Rehabilitation bezeichnet. Mit der Flexibilisierung der Behandlungsangebote in verschiedenen Kombinationen wird anerkannt, dass die Behandlung von Suchtkranken auf den Einzelfall zugeschnittene Angebote erfordert. Verschiedene psychiatrische Begleit- und Grunderkrankungen sind ebenso zu berücksichtigen wie die psychosoziale Situation und die Wahl des geeigneten Settings.

Kombinationsbehandlungen stehen der Deutschen Rentenversicherung Bund fast im gesamten Bundesgebiet zur Verfügung. Nur in einzelnen Regionen sind Beratungsstellen personell nicht entsprechend der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ ausgestattet. Sie können daher für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht zur ambulanten Rehabilitation im Rahmen von Kombinationsmodellen genutzt werden. Die Modelle erfordern eine Zusammenarbeit der Teilnehmer in der Abstimmung der therapeutischen Ziele und Mittel für den einzelnen Rehabilitanden.

2.3 Vernetzung der Beratungsstellen in der ambulanten Rehabilitation Sucht

Im Jahr 2004 hat die Deutsche Rentenversicherung Hessen das Projekt „Vernetzung der Beratungsstellen und Einführung der Kombi-Therapie“ initiiert. Ziel war die verbesserte Versichertenversorgung durch den Ausbau eines flächendeckenden Netzes der ambulanten Rehabilitation für Suchtmittelabhängige, damit diese Leistungsange-

bote vermehrt angenommen werden. Verbesserte Zugangsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld sollten die Antritsquote steigern, die Rückfallquote durch eine therapeutische Begleitung im Belastungsumfeld senken und die Zahl von Anträgen auf Wiederholungsbehandlungen verringern.

Bis Ende des Jahres 2006 wurde die Anzahl der zur „ambulanten Rehabilitation Sucht“ zugelassenen Beratungsstellen von 35 (2004) auf 80 erhöht. Einige Beratungsstellen haben Angebote für Alkohol- und für Drogenabhängige. Dieser Ausbau war die Voraussetzung für die Bildung regionaler Behandlungsverbände mit dem Angebot einer wohnortnahen Kombi-Therapie. Hierzu arbeiten die beteiligten Beratungsstellen und Fachkliniken mit einer abgestimmten Konzeption der individuellen Therapieplanung im Vorfeld zusammen und sorgen für eine verbesserte Beziehungs-/Behandlungskontinuität in den ambulanten und stationären Therapiephasen. Hierdurch kann die Schnittstellenproblematik in der ambulanten und stationären Versorgung entscheidend verringert werden.

Die Dauer der stationären Leistungen beträgt bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit durchschnittlich zehn Wochen. Für Drogenabhängige beträgt die durchschnittliche Dauer 14 Wochen. Für die ambulante Therapie sind jeweils 40 Einheiten sowie vier Einheiten für Angehörigengespräche vorgesehen. Die Konzeption sieht verbindliche gemeinsame Übergabegespräche der Therapeuten im ambulanten und stationären Setting mit dem Abhängigkeitskranken vor Beginn der stationären Therapie und zu Beginn der ambulanten Phase für die erste nachstationäre ambulante Therapieeinheit vor. Die Übergabegespräche werden jeweils mit zwei Therapieeinheiten vergütet.

Den Betroffenen soll während der Motivationsphase in der Beratungsstelle eine bessere Überschaubarkeit der Gesamtbehandlung sowie eine individuelle und flexible Behandlungsplanung ermöglicht werden. Bisher wurden in Hessen fünf Behandlungsverbände etabliert, an denen sich jeweils bis zu vier Fachkliniken und bis zu acht Beratungsstellen beteiligen.



Vorgestellt:
Renate Walter-Hamann,
Deutscher Caritasverband e. V.,
Freiburg

270 Beratungsstellen und 45 Fachkliniken mit 2.300 Betten liegen in der Zuständigkeit von Renate Walter-Hamann, Referatsleiterin beim Deutschen Caritasverband in Freiburg. Zahlen, die für eine Vielzahl von Lebensverläufen stehen, gekennzeichnet durch Suchterkrankung und vielschichtige persönliche und soziale Belastungen. Darum ist es der 52-Jährigen so wichtig, die Vielfalt ihrer fach- und gesundheitspolitischen Arbeit stets an den Auswirkungen für die Einrichtungen und vor allem für die Erkrankten und ihre Angehörigen zu messen. Suchthilfe habe im Blick der Öffentlichkeit oft noch den Nimbus des Erfolges. „Doch das differenzierte System der Suchthilfe kann heute wirksame Hilfen vermitteln.“ Es motiviert sie zu sehen, wie „suchtkranke Menschen und Angehörige wieder Tritt fassen“ und auch nach langer Erkrankung die Fähigkeit zur Veränderung haben. Lebenswege reizen Renate Walter-Hamann auch in der Freizeit. In Biographien entdeckt sie Möglichkeiten und Wendungen des Daseins. Suchthilfe ist ein Querschnittsbereich, der nur in Kooperation mit dem medizinischen System, mit Schuldnerberatung, Jugendhilfe bis hin zur Altenhilfe wirksam werden kann. Sie freut sich, dass in den vergangenen Jahren viel in Bewegung kam. Beispielsweise in der niedrigschwelligen Suchtarbeit, die sich unideologisch am Bedarf der Menschen orientiert. Oder daran, dass die Suchtpolitik nun legale wie illegale Drogen gleichermaßen in den Blick nimmt. „Mit stetigem Engagement können sich Dinge verändern“, sagt die Diplom-Pädagogin hoffnungsvoll. Frau Walter-Hamann wünscht sich, dass für Menschen, die Hilfsangebote aus den unterschiedlichsten Gründen bisher nicht annehmen konnten, die geeignete Ansprache gefunden wird. „Auch sie sollen die Chance haben, neue Lebensperspektiven zu entwickeln.“

■ www.caritas.de

2.4 Modellprojekt „Integrierte medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen“

Seit Anfang 2006 bietet der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) am Standort der Westfälischen Klinik Marsberg eine integrierte medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen an. Dies wurde im Juni 2004 zwischen der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation/Deutsche Rentenversicherung Westfalen und dem LWL im Gesamtkonzept der „Leistungen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen im LWL-PsychiatrieVerbund“ vereinbart. Die bislang bestehende Spezialisierung auf die Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Rehabilitanden wird aufgegeben. Im integrierten Ansatz wird Sucht unabhängig vom konsumierten Suchtmittel gesehen. Die Wahl des Suchtmittels ist oft allein von sozialen Umständen abhängig. Durch die Arbeit in der vermischten diagnostischen Gruppe wird eine bessere Zusammensetzung hinsichtlich Alter und Sozialstruktur erreicht.

Ziel des Modellprojekts ist es, sich vom Suchtmittel und der damit verbundenen Subkultur zu lösen und Hintergründe der Suchterkrankung zu erschließen. Durch den integrierten Therapieansatz sollen Suchtverlagerungen auf andere Suchstoffe wie von Heroin auf Alkohol besser vorgebeugt werden. Zielgruppen des Modellprojekts sind alkoholabhängige, opiatabhängige und polytoxikomane Patienten. 30 Therapieplätze werden dafür vorgehalten. Die übliche durchschnittliche Behandlungsdauer von 16 Wochen bei Alkoholabhängigkeit und 26 Wochen bei Drogenabhängigkeit wird nicht verlängert. Dauerhaft wird mit einer Verkürzung der Behandlungszeit gerechnet. Das Projekt wird mit Mitteln des LWL in Zusammenarbeit mit den Kliniken der Universität Duisburg-Essen wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die suchstoffübergreifende Behandlung ist in der Entwöhnungstherapie in Deutschland neu, in den Nachbarländern wie den Niederlanden hingegen seit Jahren üblich.

Im Rahmen des Modellprojekts wird erforscht, ob der neue Therapieansatz eine ähnliche oder sogar bessere Wirksamkeit bei Alkohol- und Drogenabhängigen aufweist als die bisherige Behandlungsmethode. Zudem wird geprüft, ob bestimmte Patientengruppen von einzelnen Settings besonders profitieren. Das Modellprojekt

ist bis 2008 befristet. Seit 2006 wurden 78 Bewilligungen für die suchstoffübergreifende Behandlung in der Klinik Marsberg ausgesprochen.

Fachverband Sucht e. V.: Effektivität stationärer Suchtrehabilitation

Die Qualitätssicherung von Behandlungsangeboten für Abhängigkeitskranke zählt zu den vorrangigen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e. V. (FVS) und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderer Wert wird neben der Struktur- und Prozessqualität auch auf die Ergebnisqualität gelegt. Der FVS empfiehlt die Durchführung einer Basisdokumentation und die Durchführung einer Routinekatamnese (in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit) als strukturelle Kriterien in die externe und interne Qualitätssicherung aufzunehmen. Der FVS ist zurzeit der einzige bundesweit tätige Verband, der seit 1996 aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestische Erhebungen vornimmt und publiziert. Zur Evaluation der stationären Einrichtungen des FVS wurden katamnestische Ergebnisse für den Entlassungsjahrgang 2004 von 9.799 durchgeführten Behandlungen berücksichtigt. Die Durchführung orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“. Die Katamnese 2004 des FVS ergab eine Erfolgsquote von 73,8 % (abstinent: 62,8 % und abstinent nach Rückfall 11 %) bei planmäßigen Entlassungen.

■ www.sucht.de

2.5 Entwöhnungsbehandlung: Antragstellung ohne Suchtberatungsstelle und Sozialbericht

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland ist bestrebt, Abhängigkeitskranken den Zugang zur Rehabilitation möglichst früh zu öffnen. In Auswertung eines 18-monatigen Modellprojektes der ehemaligen LVA Sachsen wird seit 1. Januar 2007 in den Regionen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bei der Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen auf die Erstellung eines Sozialberichtes verzichtet. Das gilt zur Verkürzung des Antragsverfahrens für Abhängigkeitskranke, die

- im Anschluss an die Entzugsbehandlung in psychiatrischen Fachkrankenhäusern/Abteilungen nahtlos in die Rehabilitationsklinik verlegt werden.
- von der Bundesagentur für Arbeit nach § 125 SGB III zur Reha-Antragstellung aufgefordert werden.

Die Auswertung der Modellergebnisse in Sachsen für beide Personengruppen hatte Befürchtungen widerlegt, dass Abhängigkeitserkrankte ohne vorherige Motivationsarbeit durch die psychosozialen Beratungsstellen oder Suchtberatungsstellen die Entwöhnungsbehandlung vorzeitig abbrechen oder erst gar nicht antreten. Von 2.638 bewilligten Entwöhnungsbehandlungen Alkoholabhängiger (1. Oktober 2003 bis 31. März 2005) kamen rund 20 % der Anträge über die neuen Verfahrenswege. Die Antrittsquote lag um 6 % höher als bei Antragstellern über den Verfahrensweg der Suchtberatungsstellen mit Sozialbericht.

2.6 Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation

Das Projekt „Rehabilitanden-Management-Kategorien“ wurde im Rahmen des gemeinsamen Schwerpunktes „Rehabilitationswissenschaften“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Rentenversicherung Bund von Oktober 2004 bis September 2006 gefördert. In der Gesundheitsversorgung zeichnet sich international seit mehr als zwei Jahrzehnten eine Tendenz zur Einführung pauschalierter Vergütungssysteme ab.

Der Begriff der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) steht für ein methodisches Konzept. Für den Bereich der Suchtrehabilitation liegen aktuelle Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt zur Bildung von Behandlungsfallgruppen für die stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit vor. Die Analysen umfassten zwei Datenstränge des Entlassungsjahrganges 2002: Daten aus vier kooperierenden Fachkliniken (rund 3.000 Fälle, für alle Kostenträger) und eine bundesweit repräsentative Stichprobe der Deutschen Rentenversi-

cherung Bund (rund 10.000 Fälle aus 315 Einrichtungen, DRV Bund). Die Ergebnisse zeigen die Möglichkeit, auf empirischem Wege Patientenfallgruppen in der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger zu bestimmen, die in der derzeitigen Versorgungspraxis ein unterschiedliches therapeutisches Leistungsaufkommen aufweisen.

3 Kooperationstagung „Suchthilfe und Medizin“

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) veranstaltete auch im Jahr 2006 eine Kooperationstagung, um die Versorgungsbereiche Psychiatrie und Medizin mit der Suchthilfe auf hochrangiger Ebene zu verknüpfen. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Tagungsverlauf bestätigte, dass die Versorgung Suchtkranker im medizinischen System entweder in isolierter, spezialisierter Form (in der Regel in „Substitutionspraxen“) erfolgt oder nur randständig angeboten wird. So gibt es beispielweise in Allgemeinkrankenhäusern, die geschätzt 20 bis 30 % suchtmittelbedingte Erkrankungen behandeln, weder ein systematisches Screening, noch bestehen standardisierte Vorgehensweisen mit suchtmittelmissbrauchenden Patienten. Ziel der Kooperationstagung 2006 war es deshalb, die Koordination der Hilfen für Suchtkranke an den Schnittstellen zwischen Suchthilfe und Medizin zu diskutieren und Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Die Entwicklung effektiver Kurzinterventionen bei Risikokonsumenten in der ambulanten und stationären Versorgung mit Unterstützung externer Expertensysteme ist eine Möglichkeit der Optimierung. Zudem könnten Beratungsstellen Konsiliardienste in Krankenhäusern durchführen. Voraussetzung für den dauerhaften Erfolg der Kooperationen sind verbindliche Vertragsstrukturen, eine institutionalisierte Kommunikation sowie Kontinuität der Arbeitsabläufe. Allerdings wird die Notwendigkeit zur Kooperation im Bereich der Suchthilfe wesentlich deutlicher und konkreter gesehen als in der allgemeinen medizinischen Versorgung.

- www.dhs.de

4 Leitlinien der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF)

Mit der 2006 erschienenen Publikation „Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ wurden die bisher erarbeiteten AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen herausgegeben. Die Leitlinienentwicklung steht unter dem Druck der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und der Suchtkrankenhilfe. In der Diskussion um die Leitlinien wird die Komplexität der Suchthilfe in Deutschland deutlich. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlung der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden. Dabei gilt es, auf die Praxisrelevanz der für eine Evidenzbestimmung herangezogenen Studien zu achten. Bei einer Übertragung der Studien auf den Beratungs- und Behandlungsalltag ist zu berücksichtigen, welches Setting den Studien zugrunde lag, welche Patienten- oder Klientengruppen in welcher Institution behandelt wurden und über welchen Zeitraum die Studie durchgeführt wurde.

5 Neuer deutscher Kerndatensatz

2006 wurde vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern ein neuer deutscher Kerndatensatz verabschiedet und somit ein weiterer Schritt zu einer umfassenden Suchthilfestatistik vollzogen. Der Kerndatensatz enthält einen einheitlichen Katamnese-Datensatz, der die Grundlage für die Beteiligung von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe an Ein-Jahres-Katamnesen bildet. Künftig sollen nicht nur Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in der Behandlung und Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Mittelpunkt stehen, sondern ebenso ein Nachweis der Ergebnisqualität des gesamten Suchthilfesystems in Deutschland erbracht werden.

6 Bundesweite Vernetzung in der Suchtprävention

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) trägt durch die Bereitstellung von computer- und internetgestützten Systemen zur Kooperation in der Suchtprävention (Capacity Building) bei. Sie dienen der bundesweiten Dokumentation suchtpreventiver Aktivitäten und fördern die Qualitätsentwicklung der Suchtprävention in Deutschland durch Angebote zur Vernetzung von Fachkräften. Beide Systeme sind Kooperationsprojekte zwischen Bund und Ländern. Das computergestützte Dokumentationssystem Dot.sys dient der Erfassung und dem Monitoring suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland. Im Jahr 2005 fand die erste Piloterhebung statt, an der sich 44 % der hauptamtlich in der Suchtprävention Tätigen aus Fach- und Beratungsstellen, Fachambulanzen, Ämtern, Vereinen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer beteiligten. Insgesamt 21.833 Maßnahmen wurden erfasst. Die Ergebnisse der Erhebung sind im Bericht „Dot.sys-Dokumentation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland 2005“ zusammengefasst.

■ www.bzga.de

Das internetgestützte Kooperationsprojekt PrevNet wurde für Fachkräfte der Suchtvorbeugung entwickelt und ist seit September 2004 online. Es verfügt über mehr als 650 aktive Mitglieder aus fast 500 Einrichtungen in Deutschland. Ziel ist es, bestehendes Wissen zur Suchtprävention über ein Internetportal zentral und strukturiert zugänglich zu machen und den fachlichen Austausch zu fördern. Erfolgreiche Projekte und aktuelle Studien werden bundesweit präsentiert. Der Zugang zu Fachkräften der Suchtvorbeugung wird erleichtert (z. B. Referenzsuche) und Möglichkeiten zur Kostenreduzierung werden geschaffen (z. B. Einsparung der Reisekosten durch virtuelle Arbeitstreffen).

Die Übersicht vorhandener Materialien führt zu Synergieeffekten bei der Entwicklung der Arbeitsmittel. Mehr als 300 Materialien wie Broschüren, Flyer, Bücher, Videos, Plakate, Zeitschriften und CD-Roms, 275 Projekte für unterschiedliche Settings sowie 72 Studien sind abrufbar. Im interaktiven Bereich wurden 52 Arbeitsgruppen und 22 Foren eingerichtet. Die Bundesländer Brandenburg und

Sachsen sind neue PrevNet-Kooperationspartner, so dass seit 2006 Fachkräfte aus zwölf Ländern in dem Portal zusammenarbeiten (Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Saarland).

■ www.prevnet.de

Rheinland-Pfalz: Berufliche Integration Suchtkranker

Behandelte Suchtkranke sind im Vergleich zur Bevölkerung von Arbeitslosigkeit überproportional betroffen. Ihr Anteil stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an. 1991 waren in den rheinland-pfälzischen Fachkliniken rund 60 % der Patientinnen und Patienten erwerbstätig. Nach Ergebnissen einer Umfrage im Jahr 2005 war es nur noch ein Drittel. Fast zwei Drittel der männlichen und rund die Hälfte der weiblichen Drogenabhängigen sind nach einer medizinischen Rehabilitation arbeitslos. Fehlende Schulabschlüsse und mangelnde berufliche Kenntnisse erschweren die Eingliederung in die Arbeitswelt erheblich. Seit Januar 2004 wurde in Rheinland-Pfalz mit dem Modellprojekt „job->wärts“ die Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und den Agenturen für Arbeit bzw. den ARGEN verbessert. Schwerpunkte des Projekts waren die Entwicklung von Instrumenten zur Arbeitsmarktintegration und deren Erprobung. Die Erfahrungen aus den Fach- und Fallberatungen wurden in einem Leitfaden für Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe zusammengefasst. Der Leitfaden enthält u. a. die rechtlichen Bestimmungen des Zweiten Sozialgesetzbuches, Materialien zur Erhebung der sozialen/beruflichen Anamnese und Fallbeispiele zur Netzwerkarbeit. Zudem wurde eine Dokumentationssoftware für den Beratungs- und Vermittlungsprozess zur Arbeitsmarktintegration entwickelt. Auf der Grundlage der Erfahrungen hat die Fachhochschule Koblenz das Konzept für eine „Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker (FAIRE)“ entwickelt, dessen Umsetzung seit dem 1. November 2006 aus Bundes- und Landesmitteln gefördert wird. Ziel ist, die Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und ARGEN/Agenturen für Arbeit durch die Förderung regionaler Netzwerke und Beratung der Akteure zu verbessern. Zudem werden Projekte zur beruflichen Integration Suchtkranker initiiert, gesichert und weiterentwickelt. Handlungsleitende Kriterien werden dokumentiert, um die Erweiterung des Modellvorhabens durch eine Beteiligung weiterer Träger in anderen Bundesländern zu ermöglichen.

■ www.fh-koblenz.de

Selbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe leistet mit vielen Hilfeangeboten einen wichtigen Beitrag in unserer Gesellschaft. Menschen, die den Weg aus der Sucht geschafft haben, helfen und begleiten suchtkranke und suchtgefährdete Menschen. Unter Gleichgesinnten fällt es den Suchtkranken leichter, Hilfen anzunehmen, neue Wege zu beschreiten und ihr Leben wieder in die Hand zu nehmen. Die ehrenamtlich Mitarbeitenden in der Selbsthilfe zeichnet dabei ein großes persönliches Engagement aus.

1 Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2006

Die 7. Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2006 mit dem Titel „Sucht-Selbsthilfe auf dem Weg in die Zukunft“ fand vom 28. bis zum 30. April 2006 in Bonn statt. Ergebnisse aus Projekten der Selbsthilfe sowie Erkenntnisse der Suchtforschung zur traditionellen Arbeit wurden hinterfragt und neue Konzepte entsprechend der gesellschaftlichen Veränderungen diskutiert. Unter den 200 Teilnehmenden waren alle Verbände und Organisationen der Sucht-Selbsthilfe vertreten.

Dazu zählten: Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Guttempler, Freundeskreise, Kreuzbund, Anonyme Alkoholiker, Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Stiftung Synanon, Al-Anon oder der Bundesverband der Elternkreise. Gruppen, die ohne Anbindung an einen Verband vor Ort arbeiten bzw. sich nur regional organisiert haben, nahmen ebenso teil wie NACOA (Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.), A-Connect (Selbsthilfe im Internet) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfeunterstützung.

Themen waren Entwicklungen in der Sucht-Selbsthilfe, das bürgerschaftliche Engagement im Gesundheitswesen und die Vielschichtigkeit der Lebenswelten in den Angeboten der Selbsthilfe. In der Bevölkerung wird Selbsthilfe hochgradig akzeptiert, immer mehr Menschen engagieren sich in Selbsthilfegruppen.

Anonyme Alkoholiker

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) besteht seit mehr als 70 Jahren und hat im deutschsprachigen Raum etwa 40.000 Mitglieder. Die Präambel der AA nennt ihr gemeinsames Ziel: „Nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen.“ Unabhängig der sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Herkunft treffen sich in den Gruppen Männer und Frauen jeden Alters. Die AA sind eine Selbsthilfsorganisation. Sie verabreichen keine Medikamente und bieten keine psychologische Beratung oder therapeutische Behandlung an. Sie stellen weder Sozialdienste noch Unterkunft, Verpflegung, Kleidung, Arbeit oder Geld zur Verfügung. Sie helfen Alkoholikern, mit dem Trinken aufzuhören, so dass sie wieder ihr Leben selbst regeln können. Anonyme Alkoholiker glauben nicht, eine allgemeingültige Antwort auf Alkoholprobleme zu kennen. Vielmehr haben sie für sich eine Lösung gefunden, das erste Glas stehen zu lassen und abstinent zu leben. Niemand wird in die Gemeinschaft aufgenommen oder muss sich anmelden: Wer Alkoholiker ist oder den ehrlichen Wunsch hat, das Trinken aufzugeben, geht zu einem Treffen und gehört dazu. Die Gemeinschaft unterhält sich ausschließlich durch eigene Spenden und lehnt zur Wahrung ihrer Unabhängigkeit Unterstützung von außen ab.

■ www.anonyme-alkoholiker.de

2 Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“ der fünf Selbsthilfe-Verbände (Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler, Kreuzbund) wurde 2006 erfolgreich abgeschlossen. Das zentrale Anliegen war, junge suchtkranke und suchtgefährdete Menschen durch die Selbsthilfeangebote der Verbände besser zu erreichen, sie in die bestehenden Gruppen zu integrieren oder speziell auf sie ausgerichtete Gruppen-, Beratungs- und Freizeitangebote im ehrenamtlichen Bereich zu schaffen. Bereits am Ende des dreijährigen Projektes zeigte sich, dass in der Selbsthilfe ein deutliches Umdenken stattgefunden hat und es zunehmend gelingt, junge Menschen für Angebote zu interes-

sieren. In vielen Diskussionen und Workshops, in Gesprächen mit jungen Menschen, im Rahmen von Aktionstagen und Modellangeboten entstanden praxisnahe und alltagstaugliche Ideen und Handlungskonzepte zum Aufbau von Selbsthilfeangeboten für junge suchtkranke und suchtgefährdete Menschen. Die entstandenen Angebote reichten von Aktionen aus dem Bereich der primären Prävention (Informationen über Drogen und Sucht) über die sekundäre Prävention (Ansprache von Personen mit erhöhtem Risiko) bis zur tertiären Prävention, bei denen bereits suchtkranken jungen Menschen geholfen wird, sich nach dem Ausstieg aus der Sucht zu stabilisieren und Rückfällen vorzubeugen.

In Verbänden wurden interne Koordinationsstellen geschaffen, Arbeitsgruppen installiert, Listen mit „Tutoren“ als Ansprechpartner erstellt und spezielle Arbeitshilfen entwickelt. Ein Handbuch dokumentiert praxisrelevante Erkenntnisse und Ideen.

3 Projekt „Kinder suchtkranker Eltern – Möglichkeiten im Rahmen von Sucht-Selbsthilfeorganisationen“

In Deutschland leben mehr als 2,5 Millionen Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Diese Kinder leiden häufig unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Sie leben mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden. Seit 2005 beschäftigt sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. mit dem Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Gefördert wird das Projekt von der Deutschen Angestellten Krankenkasse.

Es wurden Workshops in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Abstinenz- und Selbsthilfe durchgeführt, um die freiwilligen Mitarbeiter der Verbände für diesen Bereich zu sensibilisieren und mit ihnen gemeinsam Hilfen für die betroffenen Familien zu entwickeln. Daraus hervorgegangen ist die Broschüre „Kinder suchtkranker Eltern“ – ein Leitfaden für freiwillige Helferinnen und Helfer in den Selbsthilfeorganisationen. Eine Bestandsaufnahme gibt einen Überblick, welche Angebote es im Rah-

men der Selbsthilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien und deren Familien gibt. Die Auswertung der Erkenntnisse zeigt die Chancen der Selbsthilfe, aber auch welche Schwierigkeiten und Notwendigkeiten sich im ehrenamtlichen Engagement ergeben.

Die Quote von Kindern aus suchtbelasteten Familien, die später abhängig werden, liegt bei mehr als 50 %. Diesen Kreislauf gilt es zu unterbrechen. Eltern und Kinder von Suchtkranken sollen durch niedrigschwellige Angebote der Selbsthilfe angesprochen werden. Betroffene Eltern besuchen Selbsthilfegruppen, ein Teil von ihnen absolviert Seminare und Fortbildungen. Ziel ist, die Themen Elternschaft, Förderung der Elternkompetenz und Auswirkungen auf die eigene Entwicklung zu diskutieren. So können Eltern sensibilisiert und ermutigt werden, weitere Hilfen für sich und ihre Kinder in Anspruch zu nehmen.

4 Broschüre über Suchterkrankung und psychische Störungen

Eltern in der Selbsthilfe, deren Kinder von Suchtmitteln abhängig sind, stellen seit Jahren eine Veränderung im Konsumverhalten fest. Die Palette der psychoaktiven Substanzen hat sich erheblich erweitert: Neben Zigaretten, Alkohol und Arzneimitteln werden vor allem illegale Drogen wie Cannabis, Amfetamine, LSD und Pilze konsumiert. Die Konsumenten werden immer jünger.

Vor allem bei Jugendlichen mit starkem Cannabiskonsum beobachten die Eltern häufiger das Auftreten von psychischen Störungen, bis hin zu manifesten Psychosen. Diese „doppelte Erkrankung“ bedeutet auch eine zusätzliche Belastung für die betroffenen Eltern, die öffentlich zu wenig wahrgenommen wird.

Durch die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte im März 2006 der Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e. V. (BVEK) eine Broschüre über Suchterkrankung und psychische Störungen. Darin berichten betroffene Eltern von ihren Erfahrungen, wie sie aufgrund der beiden getrennten Hilfesysteme, Gesundheit und Suchthilfe, unzureichend kompetente Leistungen erhal-

ten. Eltern brauchen in diesen Fällen intensive Unterstützung, da sie selbst an psychische und physische Grenzen stoßen. Die Broschüre ist auch ein Appell, Eltern in die integrierte Behandlung mit einzubinden.

■ www.bvek.com

5 Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund unterstützt seit Jahren durch finanzielle Zuwendungen (gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI) sowohl die regionale Suchtselbsthilfe als auch die Arbeit der Suchtreferenten der in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. organisierten Suchtverbände. Die Zielstellung der Selbsthilfegruppen besteht darin, suchtkranke Menschen langfristig zu stabilisieren und Rückfälle zu verhindern. Dazu ist es notwendig, durch lebensnahe, praktische und begleitende Unterstützung wichtige Hilfestellungen für die Reintegration ins Erwerbsleben anzubieten. Dies erfordert auch den erhöhten Einsatz ehrenamtlicher Kräfte.

Für die regionale Suchtkrankenhilfe wurden im Jahr 2006 Zuwendungen in Höhe von 826.304 Euro durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Verfügung gestellt. Diese Mittel kommen in erster Linie den bundesweit existierenden Selbsthilfegruppen zugute. Gleichzeitig werden Schulungen für ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer durchgeführt und Projekte unterstützt, die einen engen Bezug zur Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung aufweisen. Die Arbeit der Suchtreferenten, die im Bereich der Selbsthilfe tätig sind, wurde 2006 mit finanziellen Zuwendungen in Höhe von ca. 1.371.160 Euro gefördert.

Internationale Zusammenarbeit

1 Europa

1.1 Drogenpolitik der Europäischen Union

Drogenpolitische Themen in den verschiedenen Bereichen der EU (Gesundheit, Innen und Justiz, Strafrecht, Zoll u. a.) werden von der „Horizontalen Gruppe Drogen“ (HDG) koordiniert und zu einer Europäischen Drogenpolitik zusammengefasst. Die HDG ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Vertreter der Regierungen aller Mitgliedstaaten mitarbeiten. Die HDG hat im Jahr 2006 insbesondere die Umsetzung der Maßnahmen des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 begleitet. Weiterhin wurde der Vorschlag zur „Drogenprävention und -aufklärung“ für den Zeitraum 2007–2013 beraten, in dem Drogenprojekte mit einem Finanzvolumen von 21,35 Millionen Euro gefördert werden können. Das Programm wird erst 2007 beschlossen, da das Mitentscheidungsverfahren mit dem Europäischen Parlament noch nicht abgeschlossen ist.

Außerdem hat die HDG im Jahr 2006 Empfehlungen zu drogenpolitischen Fragen erarbeitet (z. B. EU-Position zur Alternativen Entwicklung), die vom Rat verabschiedet wurden. Die unter britischer Ratspräsidentschaft eingeführten „Thematischen Debatten“ zu bestimmten Fragenkomplexen aus dem EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 wurden fortgeführt. Für die Debatten wurden jeweils Experten aus den Mitgliedstaaten hinzugezogen. Folgende Themen wurden in 2006 debattiert:

- Kokain – Identifizierung spezifischer Maßnahmen im Bereich Nachfragereduktion,
- Drogenhandel entlang der Balkan-Route,
- Behandlung von Drogenabhängigkeit in Gefängnissen,
- Soziale Reintegration; Spezifische Maßnahmen der Nachfrageminderung.

Primäre Aufgabe der HDG ist es, die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 zu überwachen („Monitoring“). Deshalb richtet die HDG ihre inhaltliche Arbeit und ihre thematischen Schwerpunkte am EU-Drogenaktionsplan aus. Dabei werden möglichst alle Tätigkeitsbereiche des Drogenaktionsplans ausgewogen berücksichtigt.

1.2 Deutsche EU-Ratspräsidentschaft im 1. Halbjahr 2007

Ziel der deutschen Ratspräsidentschaft ist es, die Drogen- und Suchtpolitik der Europäischen Union auf der Grundlage der EU-Drogenstrategie 2005–2012 und des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 weiterzuentwickeln. Diesem Ziel dienen Veranstaltungen und Maßnahmen, die in Deutschland durchgeführt werden und im Zusammenhang mit dem EU-Drogenaktionsplan stehen. Auch die Bundesländer führen Veranstaltungen durch, die sich mit der Drogenpolitik der EU und der deutschen Ratspräsidentschaft befassen.

1.3 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Ein wichtiges Element 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.

Die Neufassung der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über die EBDD ist am 16. Januar 2007 in Kraft getreten. Sie enthält im Wesentlichen die Anpassung des Statuts an bereits in der Praxis durchgeführte Veränderungen und neue Regelungen zur Einbeziehung legaler psychoaktiver Substanzen im Kontext illegaler Konsummuster im Rahmen der Datenerhebung.

Twinning-Projekte in neuen EU-Mitgliedstaaten

Ziel eines Twinning-Projektes im Auftrag der Europäischen Kommission ist es, in den neuen EU-Mitgliedstaaten den Aufbau der Verwaltung oder der Hilfestrukturen zu unterstützen sowie Erfahrungen mit dem EU-Recht zu vermitteln. Die Unterstützung erfolgt in einem Partnerschaftsprozess, in dem öffentliche Verwaltungen aus den Mitgliedstaaten einerseits und den Beitritts- sowie Kooperationsländern andererseits zur Verwirklichung

konkreter Twinningprojekte zusammenarbeiten. Im Bereich der Drogenhilfe geht es schwerpunktmäßig um den Aufbau von Nationalen Büros zur Datenerhebung des Drogen- und Suchtmittelkonsums im Rahmen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), die Ausarbeitung von nationalen Aktionsplänen oder den Aufbau eines Frühwarnsystems.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. ist Vertragspartner für das Twinning-Projekt mit Polen. Die Zusammenarbeit zur „Unterstützung regionaler und lokaler Körperschaften bei der Drogenprävention auf lokaler Ebene“ begann im Dezember 2006 und endet voraussichtlich im Sommer 2007. Ziel ist es, die polnischen Partner bei der Einführung der Dokumentation des „Europäischen Kerndatensatzes“ in den ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen zu unterstützen. Neben zuverlässigen Daten für die EBDD wird damit die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Hilfe für Drogenabhängige aufgebaut. Zudem wird das Nationale Büro für Drogenprävention in Warschau bei der Regelung der Datenweitergabe und des Datentransfers zwischen den Suchthilfeeinrichtungen und den unterschiedlichen staatlichen Ebenen begleitet.

Ein weiteres Beispiel ist das Twinning-Projekt mit der Slowakei, welches im Dezember 2006 beendet wurde. Ziel war, die Slowakei bei der Umsetzung des nationalen Drogen-Aktionsplanes 2004 bis 2008 zu unterstützen. Schwerpunkte waren der Aufbau von Kooperationsstrukturen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene, Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebotes und die Förderung der Fachkompetenz in den Einrichtungen der Suchthilfe. Als Ergebnis des Projektes liegen unter anderem Manuale für Trainingskurse, Handbücher für verschiedene Projekte, Musterkonzeptionen, Leitlinien und Dokumentationsstandards vor. Das Twinning-Büro in Bratislava wurde Ende Januar 2007 geschlossen. Vertragspartner war der Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Weitere Twinning-Projekte gibt es im Bereich Drogenhilfe mit Kroatien und Lettland. Ein Projekt in Rumänien wird derzeit beworben.

1.4 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 46 Mitgliedern des Europarats) an. Sie ist die erste – und damit älteste – europäische Institution im Bereich der Internationalen Drogenpolitik. Die für Drogenfragen zuständigen Minister der Pompidou-Gruppe (PG) trafen sich bisher regelmäßig alle drei Jahre, um die politischen Richtlinien für die gemeinsame Zusammenarbeit festzulegen und das Arbeitsprogramm für die kommenden drei Jahre zu beschließen.

Künftig wird der Zeitraum zwischen den Ministertreffen – und damit die Laufzeit des Arbeitsprogramms – vier Jahre betragen. Die PG hat im Jahr 2003 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. Dazu sollen Experten aus den Bereichen Politik, Praxis und Wissenschaft Erfahrungen austauschen, sich über den jeweiligen internationalen Stand der Erkenntnisse verständigen, Entwicklungen darstellen, Probleme aufzeigen und den Handlungsbedarf definieren. Sie sollen damit Signale setzen, die von der PG aufgegriffen werden können. Die Arbeit der Plattformen wurde in einem aufwändigen Audit-Verfahren bewertet.

Auf der Ministertagung der PG am 27. und 28. November 2006 in Straßburg wurden die neue Struktur und das Ergebnis der Plattformen positiv beurteilt. Die Minister haben dies in einer politischen Erklärung verabschiedet und das Arbeitsprogramm der PG für die Jahre 2007 bis 2010 angenommen. Gleichzeitig haben sie Verbesserungen bei der Arbeitsweise und Struktur der PG beschlossen.



**Vorgestellt: Roland Simon,
Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht,
Lissabon**

Der „Vater des Deutschen Kerndatensatzes“ leitet seit Januar 2007 die Abteilung „Intervention, law and drug policies“ der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon. Mindestens fünf Jahre wird Roland Simon in der Metropole am Tejo leben und die Daten, die die Grundlage für die europäische Drogen- und Suchtpolitik bilden, von allen 27 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen zusammentragen. Augsburg, seine frühere Heimat, war „übersichtlich, gemütlich, grün“. In Lissabon fiel ihm vor allem in seinen ersten Wochen das gemächlichere Tempo des Lebens auf, das allerdings mit Arbeits- und Öffnungszeiten verbunden ist, die teilweise weit über deutsche Verhältnisse hinausgehen. In seiner neuen Aufgabe haben sich die Schwerpunkte von der Epidemiologie zur Intervention verlagert: „Sie umfasst hier zudem ein sehr viel breiteres Feld, vom Nadeltausch bis hin zu polizeilichen Ansätzen.“ Der Psychologe, mit Vertiefung Informatik, forscht seit 1984 zu den Themen Epidemiologie, Behandlungssysteme und Monitoring. Er leitete vor Lissabon die deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD). Die früher häufig anzutreffenden ideologischen Ansätze im Umgang mit Drogen und Sucht seien im Laufe der Jahre einer größeren Offenheit gewichen. Sie ermöglichen, auf der Grundlage von Daten und Fakten mehr über Alternativen statt über starre Rezepte zu diskutieren. Wie lang dieser und andere Prozesse brauchen, ärgert ihn dennoch. Zahlen sind für den 53-Jährigen die Basis, um beispielsweise für verbesserte Therapieansätze Schlussfolgerungen zu ziehen, objektiver und allgemeiner als persönliche Eindrücke es zulassen würden.

■ www.emcdda.europa.eu

1.5 EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden

Am 24. Oktober 2006 hat die EU-Kommission ein Strategiepapier mit Empfehlungen zur europäischen Alkoholpolitik vorgelegt. Es beinhaltet eine umfassende Bestandsaufnahme des schädlichen und riskanten Alkoholkonsums, der daraus resultierenden Gesundheitsschäden sowie ihrer vielgestaltigen sozialen und wirtschaftlichen Konsequenzen. Das Strategiepapier bezieht die Empfehlungen des europäischen Rates zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2001 und die Ratsschlussfolgerungen zum Thema Alkohol und junge Menschen vom Juni 2004 ein. Darin hat der Rat die Kommission aufgefordert, Vorschläge für eine umfassende Gemeinschaftsstrategie zur Minderung alkoholbedingter Schäden als Ergänzung der einzelstaatlichen Politik zu erarbeiten. Die Kommission empfiehlt den Mitgliedstaaten – unter Wahrung ihrer Zuständigkeit für die Gesundheitspolitik und unter Beachtung des Grundsatzes der Subsidiarität – Maßnahmen auf fünf prioritären Handlungsfeldern zu erlassen:

- Schutz von Kindern, Jugendlichen und Kindern im Mutterleib,
- Senkung der Zahl der Verletzungen durch alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle,
- Vorbeugung alkoholbedingter Schädigung bei Erwachsenen und Verringerung der negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz,
- Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und über riskante Konsummuster („Binge Drinking“),
- Aufbau und Aktualisierung einer gemeinsamen Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse auf EU-Ebene.

Im Sinne eines effektiven Gedankenaustausches unter den Mitgliedstaaten der EU und mit der EU-Kommission

wird ein „Forum Alkohol und Gesundheit“ vorgeschlagen, das alle Interessenvertreter, einschließlich der Verbände der Wirtschaft sowie der Verbände zur Bekämpfung von Suchtgefahren umfasst. Die Mitteilung der Kommission enthält neben der Bestandsaufnahme zum Alkoholmissbrauch in der Gemeinschaft eine Übersicht über die bereits von den Mitgliedstaaten eingeleitete Maßnahmen sowie Anregungen zum Austausch von Best-Practice-Beispielen und ihrer Erprobung in anderen Mitgliedstaaten.

Beim Ratstreffen der europäischen Gesundheitsminister (EPSCO) am 30. November 2006 in Brüssel wurde die EU-Strategie ausführlich besprochen. Die Minister begrüßten den ausgewogenen Ansatz und verabschiedeten Ratschlussfolgerungen. Darin wird die Kommission aufgefordert, ab 2008 regelmäßig über den Stand der Durchführung der Alkoholstrategie Bericht zu erstatten.

Die Vorschläge der Kommission wurden innerhalb der Bundesregierung geprüft. Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen sind in Deutschland bereits Realität oder werden zurzeit umgesetzt. Die EU-Strategie unterstützt die Bemühungen in Deutschland, das „Binge Drinking“ als ein besonders gefährliches Konsummuster einzudämmen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen alle Maßnahmen, die den Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen reduzieren können. Die Bundesregierung setzt in der Alkoholpolitik auf einen Policy Mix von strukturellen und präventiven Maßnahmen unter Einbeziehung der relevanten gesellschaftlichen Gruppen.

1.6 Bridging the Gap – Alkoholpolitik in einem erweiterten Europa

Vom 20. bis 22. November 2006 fand in Helsinki die „2. Europäische Konferenz zur Alkoholpolitik“ statt. Mit der Konferenz wurde das dreijährige, mit EU-Mitteln geförderte Projekt „Bridging the Gap – Alkoholpolitik in einem erweiterten Europa“ beendet. Das Projekt diente dem Aufbau eines europaweiten Netzwerkes, an dem auch Deutschland aktiv teilnimmt. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert die Kooperation.

Während der Projektzeit wurden zwei internationale Konferenzen in Warschau und Helsinki, vier europäische Netzwerktreffen, vier Trainingskurse für europäische Entscheidungsträger in der Alkoholpolitik (Alcohol Advocacy Training Schools) und Fachbesuche in den neuen EU-Mitgliedsländern durchgeführt. Ein Trainingsmanual sowie Beiträge zur Datenbank HP-Source.net liegen vor. Eine Internetseite mit Länderberichten, Arbeitspapieren und Konferenzbeiträgen wurde aufgebaut. Darüber hinaus wurde das alkoholpolitische Netzwerk weiterentwickelt. Weitere von der EU-finanzierte Projekte zur Alkoholpolitik wie ELSA (Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol) zum Thema „Alkoholwerbung“ oder PHEPA (Primary Health Care European Project) zum Thema „Kurzinterventionen“ wurden durchgeführt.

Wichtigstes Ergebnis des Projektes ist die Stärkung der Alkoholpolitik in Europa. In einigen Ländern wurden Gesetzesinitiativen in Gang gebracht. In Frankreich werden zum Schutze des ungeborenen Lebens und der schwangeren Frauen alkoholische Getränke mit einem speziellen textlichen Warnhinweis bzw. einem Logo versehen. Finnland plant die Einführung von allgemeinen Warnhinweisen über die Gefahren des Alkoholkonsums für die Gesundheit sowie ebenfalls speziellen Warnhinweisen für schwangere Frauen. In Deutschland wurde ein Alkoholverbot für Fahranfänger in der zweijährigen Probezeit beschlossen. In anderen Ländern ist der Verkauf alkoholhaltiger Getränke an Schnellstraßen oder Tankstellen eingeschränkt. Vorbildcharakter hat für viele Länder das deutsche Alkopopsteuergesetz aus dem Jahr 2004, das branntweinhaltige Alkopops sowohl einer Sondersteuer in Höhe von 5.550 Euro je Hektoliter reinen Alkohols (ca. 83 Cent für eine 225-ml-Alkopopflasche mit 5% vol) als auch einer speziellen jugendschutzrechtlichen Kennzeichnung unterwarf.

„Bridging the Gap“ wurde für den Zeitraum 2004–2006 von der Europäischen Kommission und verschiedenen europäischen Organisationen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, finanziert. Das Projekt wurde von EURO-CARE koordiniert und durchgeführt. Partnerorganisationen aus 30 europäischen Ländern nahmen daran teil, u. a. das WHO-Regionalbüro, das Europäische Jugend-

forum (European Youth Forum) und die Europäische Allianz für Public Health (EAPH). Deutscher Kooperationspartner von „Bridging the Gap“ war die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS).

Die EU-Kommission finanziert ein dreijähriges Folgeprojekt, das unter dem Leittitel „Building Capacity“ geplant ist. Es wird unter der Regie des slowenischen Gesundheitsministeriums in Kooperation mit EURO CARE, den Europäischen Regionen, der katalonischen Regierung, der DHS und weiteren Partnern von 2007 an durchgeführt.

1.7 Pathways for Health Project

Die erfolgreiche Zusammenarbeit mit allen Beteiligten von „Bridging the Gap“ motivierte im Jahr 2005 die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) das Projekt „Pathways for Health“ (PHP) zu entwickeln, welches von der Europäischen Kommission (60 %) und den Gesundheitsministerien in Frankreich, Portugal, Finnland und Deutschland finanziert wird.

Ziel ist es, die Europäische Kommission und die EU-Mitgliedstaaten bei der Implementierung effektiver Maßnahmen zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden zu unterstützen. Das Projekt konzentriert sich auf drei Schwerpunkte:

- Alkohol im Straßenverkehr,
- „Binge Drinking“ (exzessives Rauschtrinken),
- Kennzeichnung alkoholischer Getränke mit Warnhinweisen und Produktinformationen (die Bundesregierung plant derzeit nicht die Einführung von Warnhinweisen).

Zu jedem Thema wird eine Datenbank aufgebaut und ein Maßnahmenkatalog zusammengestellt, in dem effektive Aktivitäten zur Reduzierung alkoholassoziierter Schäden aufgeführt werden. Die DHS kooperiert dazu mit mehr als 35 Organisationen aus 28 europäischen Ländern und nutzt dabei das Netzwerk des Projektes „Bridging the Gap“. Zudem arbeiten die belgische Verbraucherschutz-

organisation CRIOC, das European Youth Forum, die europäische Organisation für die Sicherheit im Transportwesen (European Transport Safety Council /ETSC) sowie die europäische Vereinigung der Verkehrspolizei TISPOL mit. Am 7. und 8. Februar 2006 trafen sich in Berlin Expertinnen und Experten aus Europa, um Inhalte, Ziele und Hintergründe des PHP-Projekts kennen zu lernen. Darüber hinaus wurden die Aufgaben der Projektpartner sowie Begriffe, Arbeitsfelder und Methoden der Projektakquise definiert. Ein zweites Treffen fand am 21. und 22. Juni 2006 in Paris statt, wo die Inhalte vertieft, Fragebögen abgestimmt und effektive Maßnahmen zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden erfasst wurden. Im Rahmen der „Bridging the Gap“-Konferenz im November 2006 in Helsinki trafen sich die PHP-Partner, um einen Entwurf des Maßnahmenkatalogs sowie die ersten Ergebnisse der Datensammlung vorzustellen.

Es ist geplant, ein Handbuch für die Implementierung innovativer Projekte auf nationaler und internationaler Ebene zusammenzustellen. Das PHP-Projekt soll am 30. Juni 2007 abgeschlossen sein.

1.8 Deutsch-französische Zusammenarbeit

Seit mehreren Jahren besteht eine enge Zusammenarbeit in der Drogenpolitik zwischen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der französischen nationalen Drogenkoordinierungsstelle MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie). Beide nationalen Drogenkoordinatoren haben sich mehrfach zu Konsultationen getroffen und gemeinsame Konferenzen durchgeführt (Freiburg 2004, Straßburg 2005). Zwischen den zuständigen Ministerien der beiden Länder finden kontinuierlich Abstimmungen im Hinblick auf die EU und die Vereinten Nationen statt.

Am 20. November 2006 haben die beiden Drogenkoordinatoren in Berlin eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen, durch die eine dauerhafte Grundlage für die bilaterale Zusammenarbeit geschaffen wurde. Diese Vereinbarung sieht regelmäßige Konsultationen und einen intensiven Informationsaustausch zwischen beiden Drogenkoordinatoren vor. Neben Kontakten in Drogenfragen

auf politischer Ebene soll die bilaterale Zusammenarbeit von nichtstaatlichen Institutionen und Organisationen unterstützt und die Haltung der beiden Regierungen auf internationaler Ebene, insbesondere im Hinblick auf EU, Europarat und Vereinte Nationen, abgestimmt werden.

2 WHO / Vereinte Nationen

2.1 Tabakrahmenkonvention

Im Mai 2003 ist die Tabakrahmenkonvention (FCTC) von allen 192 Mitgliedern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet worden. Es ist das erste weltweite Gesundheitsabkommen mit dem Ziel der Eindämmung des Tabakkonsums. Deutschland hat die FCTC am 29. November 2004 unterzeichnet. Sie ist am 16. März 2005 in Deutschland in Kraft getreten. Die Konvention sieht die weltweite Verringerung des Tabakkonsums durch nationale Maßnahmen vor, wie die Verringerung der Nachfrage über steuerpolitische Instrumente, Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen, Werbeverbote für Tabakprodukte, die Regulierung der Inhaltsstoffe von Zigaretten oder breite Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Gefahren des Rauchens.

Die Umsetzung des Übereinkommens wird durch die „Conference of the Parties (CoP)“ überwacht, die sich aus den Staaten zusammensetzt, die das Übereinkommen ratifiziert haben. Das erste Treffen der Vertragsparteien fand vom 6. bis 17. Februar 2006 in Genf statt. Die CoP hat beschlossen, je ein Protokoll zur Tabakwerbung und zur Bekämpfung des Tabaksmuggels sowie je eine Leitlinie zur Kennzeichnung der Inhaltsstoffe von Zigaretten und zum Schutz vor Passivrauchen zu verhandeln. Deutschland wird sich an der Verhandlung der Entwürfe aktiv beteiligen. Die zweite Sitzung der Vertragsparteien wird vom 30. Juni bis 6. Juli 2007 mit deutscher Beteiligung in Bangkok stattfinden.

2.2 Suchtstoffkommission der Vereinten 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 49. Sitzung der CND fand vom 13. bis 17. März 2006 in Wien statt. Die deutsche Delegation unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beteiligte sich aktiv an der Arbeit der CND sowohl im Plenum als auch im „Committee of the Whole“ und in kleineren Arbeitsgruppen, in denen insgesamt 13 Resolutionen zu den Bereichen Alternative Entwicklung, Angebotsreduzierung, illegaler Drogenhandel, Grundstoffüberwachung, Nachfragereduzierung, Prävention, HIV/AIDS, Evaluierung der Beschlüsse der 20. Sonder-Generalversammlung 1998 (UNGASS), Management bei UNDCP und Finanzierung von UNDCP verabschiedet wurden.

Bei der thematischen Debatte über Alternative Entwicklung wurde in vielen Punkten große Übereinstimmung erzielt. Alternative Entwicklung wird als wichtiges Instrument der Drogenbekämpfung anerkannt und zusätzliche finanzielle Mittel werden für notwendig gehalten. Am Rande der Sitzung gab es Gespräche der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit dem Exekutivdirektor von UNODC (UN Office on Drugs and Crime), Antonio Maria Costa, sowie mit dem INCB-Präsidenten, Prof. Hamid Ghodse. Die Position Deutschlands in der Drogenpolitik der Vereinten Nationen wurde gefestigt und weiterführende Diskussionen über kontroverse Fragen angestoßen.

3 Entwicklungszusammenarbeit

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

Maßnahmen in der Ukraine, in Indien, Vietnam, Nepal, Pakistan und Afghanistan.

Drogenproduktion ist ein Entwicklungsproblem: Armut, Konflikte, mangelnde soziale und wirtschaftliche Infrastruktur sowie fehlende Alternativen zur Sicherung des Lebensunterhalts sind wesentliche Ursachen für den illegalen Anbau von Pflanzen wie Koka und Schlafmohn. Beispiel Afghanistan: Nach Schätzungen von UNODC wurde im Jahr 2006 in Afghanistan auf einer Fläche von 165.000 Hektar Schlafmohn kultiviert. Daraus ergibt sich eine potenzielle Produktionsmenge von 6.100 Tonnen Opium, welche einen bisherigen Rekordwert und einen Anteil von 92 % an der Weltproduktion darstellt. Die Drogenökonomie bedeutet für eine nachhaltige Entwicklung des Landes ein enormes Hindernis.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit setzt sich in Zusammenarbeit mit Partnerländern und internationalen Organisationen konsequent für die Durchsetzung von Maßnahmen einer entwicklungsorientierten Drogenkontrolle ein: Ziel ist es, den Anbau von Drogen durch Verbesserungen von alternativen Lebensperspektiven für die Bevölkerung in den Drogenanbaugebieten nachhaltig zu bekämpfen. Zudem werden – vielfach im Zusammenspiel mit der Prävention von HIV-Übertragungen – Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs in betroffenen Partnerländern unterstützt.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) fördert hierzu seit Anfang der 80er Jahre Projekte der zwischenstaatlichen Zusammenarbeit mit Partnerländern in Asien und Lateinamerika und mit internationalen Institutionen wie der UNODC. Es wird beraten durch das Programm „Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle“, das von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) durchgeführt wird.

3.1 Alternative Entwicklung

Die Bundesregierung verfolgt im Engagement zur Bekämpfung des Drogenanbaus den Ansatz der „Alternativen Entwicklung“, der die Armutsminderung in Drogenanbaugebieten und hiervon bedrohten Regionen in den

Vordergrund stellt. Alternative Entwicklung zielt auf die wirtschaftliche, politische und soziale Entwicklung in diesen marginalisierten Gebieten. Zu den Aktivitäten gehören die Förderung der legalen Landwirtschaft, die Unterstützung von nichtlandwirtschaftlichen Wirtschaftssektoren, die Verbesserung von Infrastruktur und sozialen Grunddiensten – wie Gesundheitsversorgung und Bildung – sowie der Aufbau rechtsstaatlicher Strukturen.

Drogenbekämpfung ist regelmäßig Teil des entwicklungspolitischen Dialogs mit den Anbauländern – so zuletzt mit Afghanistan, Bolivien oder Kolumbien.

In Afghanistan wird die Drogenproblematik als Querschnittsthema im Rahmen von Projekten und Programmen der vereinbarten Schwerpunkte der Entwicklungszusammenarbeit, u. a. Wirtschaftsförderung, berücksichtigt. So trägt Deutschland zum Beispiel mit dem von der GTZ durchgeführten Projekt der integrierten Ernährungssicherung (rund fünf Millionen Euro) seit mehreren Jahren zur Legalisierung und Stabilisierung der Existenz der bäuerlichen und anderer ländlicher Familien im Nordosten Afghanistans bei. Durch die Förderung der sozialen und wirtschaftlichen Infrastruktur werden die Lebensbedingungen der Bevölkerung verbessert und die Abhängigkeit vom Mohnanbau verringert. Die Vorhaben leisten zudem einen Beitrag zur Schaffung zivilgesellschaftlicher Strukturen auf der Dorf- und Gemeindeebene, stärken die administrativen und politischen Strukturen auf Provinzebene und fördern Einkommen schaffende Maßnahmen.

Die bolivianisch-deutsche Entwicklungszusammenarbeit ist auf Armutsbekämpfung, Modernisierung von Verwaltung und Staat und nachhaltige landwirtschaftliche Entwicklung gerichtet. Deutschland leistet auf diese Weise einen mittelbaren Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Kokaanbaus. Ziel ist es, die Abwanderung von armen Menschen mit geringen Entwicklungsperspektiven aus sehr armen und strukturschwachen Regionen wie im Norden des Departments Potosí in die Kokaanbauregionen zu verringern.

In Peru unterstützt Deutschland als Teil eines Schuldentauschabkommens seit 2002 das Projekt „Alternative

Entwicklung in Tocache-Uchiza“ (13 Millionen Euro). Das Projekt zielt auf die Förderung der legalen lokalen Wirtschaft und leistet einen Beitrag zur sozialen Stabilität. Es arbeitet dabei eng mit der regionalen Regierung, den lokalen Institutionen und Gemeinden sowie mit Basisorganisationen zusammen und unterstützt die Einbeziehung der Zivilbevölkerung in Entscheidungsprozesse. Außerdem fördert das BMZ das von UNODC durchgeführte Projekt „Alternative Development in Pichis-Palcazu, Aguaytia and Huallaga“ (ca. 500.000 Euro).

In Kolumbien werden Maßnahmen gefördert, die mittelbar zur entwicklungsorientierten Drogenkontrolle beitragen. Dazu gehört das „Forstentwicklungsprogramm Rio Magdalena“ (27,4 Millionen US Dollar). Hiermit wird die nachhaltige Kleinindustrie im Holzsektor als Alternative zum Kokaanbau unterstützt. Im Rahmen der „Friedensentwicklung durch Stärkung der Zusammenarbeit von Staat und Zivilgesellschaft“ (23,5 Millionen Euro) beteiligt sich die Bundesregierung an der Umsetzung regionaler Friedens- und Entwicklungsprogramme der kolumbianischen Regierung. Diese Programme haben das Ziel, die marginalisierten Regionen in Kolumbien zu stärken, u. a. durch die Förderung legaler Einkommensmöglichkeiten.

3.2 Partnerschaften stärken

Drogenbekämpfung ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Sie kann nur durch Anstrengungen aller relevanten Akteure wie Regierungen, internationale Organisationen, Nichtregierungsorganisationen und betroffene Gemeinden gelingen und muss die Erzeuger im Drogenanbau mit einschließen.

Das BMZ unterstützt deshalb die UNODC mit Mitteln in Höhe von 2,26 Millionen Euro beim Aufbau von internationalen Netzwerken zur Förderung der Alternativen Entwicklung in Entwicklungsländern und zur Suchtprävention und -behandlung.

Die EU und das BMZ finanzieren ein durch die FAO (Food and Agriculture Organization) und die GTZ durchgeführtes Vorhaben, das die Weiterentwicklung der Alternativen Entwicklung fördert und deren konsequente Umsetzung

in entwicklungs- und drogenpolitischen Strategien anstrebt. In diesem Zusammenhang wurde im Mai 2006 in Berlin der internationale Workshop „Development in a Drugs Environment: Beyond Alternative Development?“ unter Teilnahme von Expertinnen und Experten und hochrangigen Regierungsvertretern und -vertreterinnen aus Afghanistan, Kolumbien, Peru, Bolivien und Deutschland durchgeführt.

Die strategische Partnerschaft zwischen deutscher Entwicklungszusammenarbeit, Partnerländern und den Vereinten Nationen, darunter UNAIDS, WHO und UNODC, wurde im Rahmen eines gemeinsamen regionalen Workshops in Kairo im November 2006 mit dem Titel „Towards Implementation of a comprehensive HIV and AIDS response among drug users in the Middle East and North Africa“ ausgebaut.

Vorgestellt

Zehn von Zehntausenden, die ehren- und hauptamtlich in der Drogen- und Suchthilfe tätig sind, werden vorgestellt: Sie forschen, klären auf, beraten, begleiten, behandeln und bilden Netzwerke. Beispiele von freiwilligem und beruflichem Engagement, die in kommenden Drogen- und Suchtberichten fortgesetzt werden.

- Christa Rustler – Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser, Berlin
- Ingrid Kossmann – Nichtraucherbund Berlin e. V., Berlin
- Jan Wittenberger – Prästo, Lingen
- Johanna Pinkl – Anonyme Alkoholiker e. V., Landshut
- Karin Mohn – Universität Dortmund
- Michael Lohmüller – Drogenberatungsstelle Release, Stuttgart
- Dr. Dieter Kunz – Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e. V., Frankfurt
- Ilona Füchtenschnieder – Fachverband Glücksspielsucht e. V., Herford
- Renate Walter-Hamann – Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg
- Roland Simon – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon

Beispiele aus der Praxis

Beschrieben werden auch 15 von ungezählten Initiativen der Länder, Regionen, Städte, Verbände und Organisationen, die beispielhaft das breite Spektrum in der Drogen- und Suchthilfe darstellen.

- Brandenburg: Landesprogramm „rauchfrei“
- Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V.: Sicher fahren
- Drogenselbsthilfe-Netzwerk JES: HIV- und Hepatitis-Prävention
- Thüringen: Partydrogen – Prävention vor Ort
- Halle: Gemeindenahe Versorgung
- Mecklenburg-Vorpommern: Netzwerk für Kinder aus suchtbelasteten Familien
- BZgA: Jugendfilmtage
- Cottbus: Gemeinsam gegen Drogen
- Sachsen-Anhalt: Alltagssüchte
- Hamburg: Beratung für suchtgefährdete Jugendliche
- Berlin: Frauen und Sucht
- Hessen: „Sucht in der Arbeitswelt“
- Fachverband Sucht e. V.: Effektivität stationärer Suchtrehabilitation
- Rheinland-Pfalz: Berufliche Integration Suchtkranker
- Anonyme Alkoholiker e. V.: Selbsthilfe

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden und Organisationen für die umfangreichen Darstellungen der Drogen- und Suchtpolitik. Ausführliche Informationen und weitere Beispiele werden im Internet unter www.drogenbeauftragte.de veröffentlicht.

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

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

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

Herausgeber:

Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
10117 Berlin
www.drogenbeauftragte.de

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: BMG-D-07013
Telefon: 01805 / 77 80 90 (kostenpflichtig)
Fax: 01805 / 77 80 94 (kostenpflichtig)
Schreibtelefon für
Gehörlose und
Hörgeschädigte: 01805 / 99 66 07 (kostenpflichtig)
Schriftlich: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: www.bundesregierung.de
www.bmg.bund.de

Gestaltung: Zum Goldenen Hirschen, Berlin
Layout/Satz: Schleuse01 Werbeagentur GmbH, Berlin
Druck: Druckerei Schlesener KG, Berlin

Fotonachweise Titel: Getty Images, S. 01 Heide Schumann
(www.artes-provobis.de), S. 16 privat, S. 14 Heiko Marquardt
(www.frischefotos.de) S. 28 privat, S. 30 Fotoatelier
Raster- Kökeny (Landau/ Isar), S. 34 Peter Dorn,
www.lichtwerk-dortmund.de, S. 44 privat,
S. 51 www.drogenberatung-jj.de, S. 55 Manfred Hörstmann,
S. 65 KNA, S. 75 Privat

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Stand: April 2007

