

Sucht- und Drogenbericht 2000

Inhaltsverzeichnis

Vorwort: Der Umgang mit Suchtmitteln und Drogen in unserer Gesellschaft - Trends und Maßnahmen zur Prävention	1
1. Die konkreten Felder von Sucht- und Drogenpolitik	11
1.1 Umgang mit Alkohol: Trends und Maßnahmen	11
1.2 Prävention des Tabakkonsums	12
1.3 Medikamentenabhängigkeit – der „stillen“ Sucht begegnen	13
1.4 Begonnene Reformprojekte fortsetzen - Neue Modelle erproben	14
1.5 Reintegration Suchtkranker in Arbeit und Beschäftigung - das neue Sozialgesetzbuch IX	17
2. Der Umfang des Sucht- und Drogenproblems	22
2.1 Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit	22
2.2 Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit	25
2.3 Medikamentenkonsum und Medikamentenabhängigkeit	29
2.4 Konsum von illegalen Drogen bei Jugendlichen	32
2.5 Konsum von illegalen Drogen bei Erwachsenen	35
2.5.1 Cannabis	35
2.5.2 Heroin	39
2.5.3 Kokain (crack)	41
2.5.4 Designerdrogen (Ecstasy etc.)	44
2.5.5 Amphetamine, LSD u.a.	45
2.5.6 „Naturdrogen“ - Biogene Drogen	46
2.6 Drogenbedingte Todesfälle bei illegalen Drogen	47

3.	Zielsetzungen der Sucht- und Drogenpolitik	50
3.1	Prävention: Stärkung der sozialen Kompetenzen und Verbesserung der strukturell Voraussetzungen	50
3.1.1	Maßnahmen zur Suchtprävention in der Bundeswehr	52
3.1.2	Deutsches Forum für Kriminalprävention	56
4.	Maßnahmen der Sucht- und Drogenpolitik	56
4.1	Aktionsplan Alkohol - "Bündnis für Verantwortung"	56
4.2	Kampagne gegen die schädlichen Folgen des Rauchens	59
4.2.1	Maßnahmen zu Tabakmissbrauch und Jugendschutz	60
4.2.2	Gespräche mit der Tabakindustrie	61
4.2.3	WHO-Partnerschaftsprojekt	62
4.2.4	Internationaler Wettbewerb zum Rauchen „Rauchfrei bis Mai - Quit and Win“	65
4.2.5	Be Smart – Don’t Start. Ein europaweiter Wettbewerb zur Primärprävention des Rauchens im Jugendalter	66
4.2.6	Klasse 2000 – ein Projekt zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung in der Grundschule	67
4.3	Gesetz zur rechtlichen Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen	68
4.4	Verbesserung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung	70
4.5	Maßnahmen zur Prävention im Bereich des Partydrogenkonsums	71
4.5.1	Monitoring	72
4.5.2	Europäisches Frühwarnsystem	72
4.5.3	Maßnahmen zur Verhinderung der Grundstoffabzweigung	73
4.5.4	Strafverfolgung	73
4.6	Cannabis als Arzneimittel	74

5.	Modellprojekte	76
5.1	Modell zur heroingestützten Behandlung	76
5.2	Kooperationsmodell „chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige“	78
5.3	Modell "Suchterkrankungen im Krankenhaus"	81
5.4	Integration von Aussiedlern	83
5.5	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FRED)	86
6.	Forschung und Information	87
6.1	Kokainkonsum	87
6.2	Migration und Sucht	89
6.3	Expertise über den europäischen Vergleich von Therapiezeiten	90
6.4	Ecstasy – Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs	91
6.5	Lebensbedingungen, Ressourcen und Substanzkonsum von Frauen	93
7.	Ressourcen / Projektmittel	95
8.	Verbände und Suchtselbsthilfe	96
8.1	Sucht-Selbsthilfe-Konferenz vom 28. bis 30. April in Bonn	96
8.2	Isolation Suchtkranker überwinden - Verbesserung der aufsuchenden Hilfe bei Abhängigkeitskranken durch die Selbsthilfe	97
8.3	Fachkonferenz Sucht 2000 "Sucht und Arbeit"	98
8.4	Projekt "Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung"	98
8.5	Projekt "Der Rückfall in der Sucht-Selbsthilfegruppe"	99
9.	Internationale Zusammenarbeit	100
9.1	Drogenaktionsplan der EU 2000 - 2004	100

9.2	Minister-Konferenz der Pompidou-Gruppe im Oktober 2000 in Sintra (Portugal) zur Thema "Schadensminimierung".	101
9.3	Europäischer Aktionsplan Alkohol	102
9.4	Übereinkommen der WHO über die Bekämpfung des Tabakkonsums (Tabakrahme Konvention)	102
9.5	Kooperation mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensuc (EBDD)	104
10.	Aktivitäten der Drogenbeauftragten	104

**ANHANG: Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland - Bericht
des Bundeskriminalamtes**

Sucht- und Drogenbericht 2000

Der Umgang mit Suchtmitteln und Drogen in unserer Gesellschaft - Trends und Maßnahmen zur Prävention

Mit dem hier vorgelegten Bericht zur Sucht- und Drogenproblematik im Jahr 2000 und den begonnenen und geplanten Maßnahmen zur Prävention und zur Vermeidung von gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden möchte ich einerseits die neuen Daten zum Umfang des Konsums von psychoaktiven Substanzen in unserem Land veröffentlichen. Andererseits möchte ich über die Maßnahmen informieren, die von Seiten der Bundesregierung unternommen worden sind, um mit der Drogen- und Suchtproblematik umzugehen.

Die im Bericht dargestellten Aktivitäten wurden von meiner Vorgängerin im Amt, Christa Nickels, federführend durchgeführt, wofür ich ihr meinen ausdrücklichen Dank aussprechen möchte. An viele dieser Aktivitäten kann ich anknüpfen. Darüber hinaus sollen neue Impulse gesetzt und neue Schwerpunkte in der Sucht- und Drogenpolitik der nächsten Jahre gebildet werden.

Bewährtes fortsetzen und neue Wege gehen

Wir sehen einen Trend unter einem Teil unserer Jugendlichen, die sehr frühzeitig einen riskanten

Konsum von Tabak und Alkohol und auch illegalen Drogen - hier hauptsächlich von Cannabis und Ecstasy - ausüben, ohne sich über die möglichen gravierenden gesundheitlichen Folgen bewusst zu sein. Häufig werden solche Entwicklungen zu spät erkannt und Hilfen zu spät angeboten. Deshalb **muss die Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Drogenhilfe verbessert werden**, weil hier noch immer die Zusammenarbeit vor Ort sehr unterschiedlich ist, es hier immer noch zu viele Reibungsverluste gibt und das Verschieben von Zuständigkeiten an der Tagesordnung ist.

In einem gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführten Expertengespräch im Mai 2001 in Berlin soll mit Vertretern der Jugend- und der Drogenhilfe diskutiert und geklärt werden, wie Jugendliche mit riskanten Konsummustern frühzeitig erreicht werden können und man ihnen rechtzeitiger Hilfen anbieten kann.

Wir wollen uns auch verstärkt um die **Problematik junger Aussiedler** kümmern, weil wir Hinweise haben, dass in bestimmten Gruppen von sozial und kulturell kaum integrierten jungen Aussiedlern der besonders riskante Mischkonsum von Alkohol und Opiaten zunimmt. Diese Gruppe wird durch unsere Hilfsangebote nur sehr schwer erreicht. Ein deutliches Alarmsignal ist die um das Vierfache gestiegene Zahl von Drogentodesfällen unter jungen Aussiedlern.

In Kooperation mit den kommunalen Spitzenverbänden wird im Jahr 2002 ein **Wettbewerb** durchgeführt werden, bei dem die **besten Präventionsstrategien** beispielhaft – im Sinne von „best practice Modellen“ - ausgelobt werden sollen. Denn es gibt zahlreiche gute Projekte der Suchtprävention in Deutschland, aber vielfach wissen sie nichts voneinander und sind nicht vernetzt. Hier gilt es, voneinander zu lernen und die erfolgreichsten Projekte auch stärker zu unterstützen.

Es gibt Hinweise, dass Kinder frühzeitig erlernen, Störungen in der Befindlichkeit oder Leistungsprobleme in der Schule mit Hilfe von Medikamenten zu beheben. Hier können schon frühzeitig und oft ungewollt Muster für ein späteres Suchtverhalten gelegt werden. Aber es fehlen uns noch genauere Daten. Im geplanten **Gesundheitssurvey zur Kindergesundheit**, den das Robert-Koch-Institut (RKI) zur Zeit vorbereitet, soll auch die **Abgabe von Medikamenten** durch Ärzte und Eltern **an Kinder** thematisiert und erfragt werden.

Jugendliche, die "cool" sein wollen, neigen zu riskantem Konsum von sogenannten "Partydrogen", weil sie das Gefühl haben, ohne "Pillenschlucken" oder "Kiffen" sei eine Party nicht cool. Diese Jugendlichen sehen sich nicht als suchtgefährdet und sie sind durch die Angebote der Drogenhilfe kaum erreichbar. Im Sommer 2001 wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) deshalb das **Internet-Projekt „drugcom“** als Teil der zielgruppenspezifische Arbeit mit Jugendlichen, die schon Drogenerfahrungen - hauptsächlich mit Cannabis und Ecstasy - haben, starten. Das Projekt soll die Kommunikation mit Jugendlichen fördern, die herkömmliche Angebote nicht aufsuchen und annehmen, sich aber anonym informieren und beraten lassen wollen. Das Projekt soll dazu beitragen, zu einem kritischen Umgang mit dem Konsum anzuregen und Ausstiegshilfen anzubieten.

Prävention verbessern!

Wir brauchen langfristig eine Präventionsstrategie, in der konkrete Ziele formuliert werden: Welche Gruppen sollen erreicht werden? Wie soll der riskante Konsum von psychoaktiven Substanzen reduziert werden? Wie können wir dies messen? Wie können wir Erfolge in der Prävention beschreiben und evaluieren?

Dabei sollen sich die ergriffenen Maßnahmen auf relevante Forschungsergebnisse¹, Erfahrungen in der Praxis der Drogen- und Suchtkrankenhilfe vor Ort und schließlich Beobachtungen im Alltag stützen. Es geht darum, für die Prävention Konzepte entwickeln zu können, in denen die Lebensweise und Einstellungen, die Wertesysteme und die Perspektiven, aber ebenso die Ängste von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden.

Wenn man sich die Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung vor Augen führt, so stellt sich die Phase des Erwachsenwerdens und die damit für Jugendliche verbundenen Anforderungen für einen Teil von ihnen als Überforderung dar. Vielleicht stimmt es, was uns die Entwicklungspsychologen sagen, dass 90 % der Jugendlichen mit der Verantwortungsübernahme als Erwachsene ihr Probierkonsumverhalten aufgeben. Aber wir müssen uns für die 10 % interessieren - und das sind schließlich Hunderttausende -, die das nicht schaffen. Hier haben wir es mit sozial *nicht* integrierten Jugendlichen zu tun, die in ihrer Kindheit schon sehr früh schmerzhaft Verletzungen erfahren haben. Deshalb kommt es nicht automatisch zu einem „Auslaufen“ der Probierphase, sondern zu exzessiven Gebrauchsmustern und zunehmend zu missbräuchlichem Umgang mit psychoaktiven Stoffen. Es kann davon ausgegangen werden, dass je jünger die Konsumenten sind, je früher sie mit einem Suchtstoff experimentieren - und das sind überwiegend Tabak, Alkohol und Cannabis - desto schwieriger ist es, diese Konsummuster wieder aufzugeben. Außerdem sind dann langfristig erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erwarten.

Dort, wo funktionierende familiäre Unterstützungssysteme vorhanden sind, ist es leichter, mit suchtpreventiven Botschaften auf fruchtbaren Boden zu treffen. Schwieriger wird es wohl mit einer - von den Wissenschaftlern unterschiedlich groß bemessenen - Anzahl von Jugendlichen, bei denen der Suchtstoffkonsum eher auf Anpassungsstörungen in Form von Aggressivität, Hyperaktivität und geringer Frustrationstoleranz hinweist.

Als Kernstück einer modernen Primärprävention des Substanzmissbrauchs gilt in der Fachwelt die Strategie, über eine Förderung und Stärkung von individuellen Handlungskompetenzen (der sog. *life-skill-approach*) dazu beizutragen, dass altersangemessen spezifische Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können und damit Bewältigungsstrategien wie Suchtmittelkonsum vermieden werden. Die

¹ Silbereisen, R.K. (1995): Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol und Drogengebrauch. In: Oerter, R./Monata, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie; München; S.1056-1068; Perkonigg, A./Lieb, R./Wittchen, H. (1998): Prevalence of Use, Abuse and Dependence of Illicit Drugs among Adolescents and Young Adults in a Community Sample; In: EurAddictRes Nr.4; S.58-66

Ausprägung und Entwicklung individueller Kompetenzen wird dabei auch als abhängig von entwicklungsfördernden Umweltbedingungen (z.B. verlässliche, soziale Beziehungen, gesicherte ökonomische Bedingungen, altersadäquate Freiräume und Erfahrungsfelder, Aufmerksamkeit und Zuwendung, positive Vorbilder) verstanden, die wesentlich zum Gelingen eines suchtfreien Lebensstils beitragen.

Wir brauchen eine Risikodebatte in unserer Gesellschaft über den Umgang mit psychoaktiven Substanzen!

Wir können zwei Tendenzen wahrnehmen:

Einerseits nimmt der Konsum psychoaktiver Substanzen, angefangen von Tabak und Alkohol bis zu Heroin, langsam ab, aber gleichzeitig gibt es immer mehr Jugendliche, die im Rahmen einer „Spaßkultur“ einen risikoreichen Konsum pflegen, ohne darüber kritisch nachzudenken.

Andererseits ist der Konsum legaler Drogen, wie Alkohol, noch immer stark verbreitet und wird von der großen Mehrheit der Bevölkerung relativ unkritisch eingeschätzt.

Cannabis-Probierkonsum wird bei Jugendlichen immer häufiger, fast jeder zweite in der Altersgruppe der 18- bis 20jährigen hat Erfahrungen. Wenn auch die meisten Jugendlichen nur wenig konsumieren oder den Konsum später beenden, wächst auch die Zahl von Jugendlichen, die exzessiv konsumieren, zumeist noch zusammen mit anderen Mitteln, wie Alkohol und Ecstasy. Hier kommt es auch zu einer verstärkten Nachfrage nach Hilfe.

Wir brauchen deshalb eine gesellschaftliche Diskussion über die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbundenen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken. Diese Risiken sind unabhängig davon, ob diese Substanzen legal oder illegal sind.

Es sollte deshalb in dieser Debatte weder eine Verteufelung noch eine Bagatellisierung von einzelnen psychoaktiven Substanzen geben. Wir brauchen realistische und glaubwürdige Präventions- und Behandlungskonzepte, die von der Lebenswirklichkeit der Menschen ausgehen und ihnen helfen,

- den Einstieg in den Konsum hinauszuzögern
- den Ausstieg aus riskanten Konsummustern frühzeitig zu schaffen
- den Ausstieg aus einer Abhängigkeit zu erreichen mit allen dafür zur Verfügung stehenden Hilfen, von der Abstinenztherapie bis zur medikamentengestützten Behandlung.

Der Umgang in unserer Gesellschaft mit psychoaktiven Substanzen, einschließlich Alkohol und Tabak,

ist nach wie vor von Widersprüchlichkeiten geprägt. In der Drogen- und Suchtpolitik gibt es keinen Königsweg, sondern ein Mosaik von - bestmöglich - aufeinander abgestimmten Bausteinen von Prävention, sozialer und therapeutischer Unterstützung und Hilfe - einschließlich Schadensminderung und Überlebenshilfe.

Die neuen Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen und die sucht- und drogenpolitische Strategie der Bundesregierung

Die in diesem Bericht vorgestellten neuen Daten² über den Konsum psychoaktiver Substanzen – also von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen, wie Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain und Heroin – zeigen zunächst einmal einige interessante Trends:

- Der Tabakkonsum in der Bevölkerung geht zwar langsam zurück, aber dennoch gibt es in der Altersgruppe der Jugendlichen ein Viertel ständige Raucherinnen und Raucher, mit etwa gleichen Quoten bei Mädchen und Jungen; ein Drittel der 24- bis 25jährigen sind starke Raucher, d.h. dass besonders die Zahl der jungen Mädchen steigt, die mit dem Rauchen beginnen. Auf der anderen Seite sind es in diesem Alter rund 50 %, die noch nicht angefangen haben zu rauchen und die mit großer Wahrscheinlichkeit keine Raucher werden. Bei den Erwachsenen sind es noch deutlich mehr Männer (nämlich 41 % aller Raucher), die stark rauchen, als Frauen (28 %), das sind mehr als 5 Mio. Menschen. Der Absatz von Zigaretten im Inland ist von 1999 auf 2000 leicht um 4 % zurückgegangen von 145 Mrd. Stück auf 139 Mrd. Stück. Da der Anteil der starken Raucher aber um fast 20 % zurückgegangen ist seit der letzten Erhebung von 1997, scheinen nun die verbliebenen starken Raucher noch mehr zu rauchen, mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen.
- Fast alle Jugendlichen haben Erfahrungen mit Alkohol, rund ein Drittel trinkt regelmäßig, nur ein kleiner Teil täglich, wobei dies immerhin noch rund 200.000 Jugendliche sind. Gerade für diese Gruppe gibt es zu wenige Hilfsangebote, die von dieser Gruppe auch angenommen werden. Denn in der Regel suchen alkoholabhängige Menschen die Beratungsstellen erst nach mehrjähriger Suchtkarriere auf. Bei den Erwachsenen weisen 12 % riskante, 4 % gefährliche und 0,7 % hoch riskante Konsummuster auf, wobei der Anteil der Männer hierbei etwa doppelt so hoch ist. Nur ein kleiner Teil dieser Gruppe nimmt die Angebote der Suchtkrankenhilfe wahr.
- Wir beobachten, dass Jugendliche insgesamt riskanter konsumieren. Auf der WHO-Konferenz "Jugend und Alkohol" in Stockholm vom 19. bis 21. Februar 2001 wurde noch einmal das Umfeld in Europa beleuchtet: eine europaweite Untersuchung bei 15- bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern, an der sich Deutschland wegen der Kultushoheit der Länder leider bislang nicht beteiligt, hat ergeben, dass Alkoholexzesse bei Jugendlichen durchaus verbreitet sind und es bereits 13jährige gibt, die angaben, schon öfter betrunken gewesen zu sein. In der Altersgruppe

² Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12-24 Jahren; Köln 2001, sowie: Repräsentativerhebung des Instituts für Therapieforschung (IFT) über den Konsum psychokativer Substanzen in der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 59 Jahren; München 2001, beide im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Datenerhebung aus dem Jahr 2000

der 15jährigen waren es in einer WHO-Befragung sogar schon die Hälfte, die öfter betrunken war.³ Das sogenannte "binge drinking", das Rauschtrinken, insbesondere an Wochenenden, scheint in einer Reihe europäischer Staaten zunehmend das problematische Muster zu sein. Eine Studie von Prof. Wittchen und seinen Mitarbeitern aus München⁴ hat ergeben, dass in der Altersgruppe der 12- bis 24jährigen bei rund 10 % der Befragten ein Alkoholmissbrauch vorlag und bei etwas über 6 % eine Alkoholabhängigkeit. Das sind deutliche Alarmsignale, auch wenn neueste Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass der Gesamttrend des Alkohol- und Tabakkonsums bei Jugendlichen in Deutschland zurückgeht. Möglicherweise müssen wir aber einen anderen Trend genauer beobachten, dass nämlich riskante Konsummuster häufiger auftreten und die Konsummenge in einer bestimmten Untergruppe steigern.

- Über riskanten Umgang mit Medikamenten wissen wir noch immer zu wenig, insbesondere in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen. 17 % der Frauen und 12 % der Männer geben an, im letzten Monat Medikamente mit psychoaktiver Wirkung eingenommen zu haben. In einer Untersuchung bei Bremer Schülerinnen und Schülern haben über 60 % der befragten 14jährigen angegeben, dass sie Medikamente nehmen⁵. Auch bei Kindern und Jugendlichen scheint sich in zunehmendem Maße ein lockerer Umgang mit Schmerzmitteln zu etablieren. Bei Berliner Schülern wurde registriert, dass jeder fünfte Zehntklässler (8 % der Jungen und 32 % der Mädchen) regelmäßig Medikamente einnimmt, in besonders hohem Maße Analgetika, vor allem Kopfschmerztabletten.⁶ Auch die Verschreibung von Medikamenten an Kinder mit "hyperkinetischen Auffälligkeiten" (sog. Zappelkinder) ist in den letzten Jahren - von einem niedrigen Niveau - deutlich angestiegen (von etwa 2.500 behandelten Kindern im Jahr 1990 auf über 40.000 in 1999)⁷. Hier ist umstritten, ob eine sorgfältige therapeutische Begründung wirklich in allen Fällen vorliegt. Es ist davon auszugehen, dass in vielen Familien das „Pillen“-Schlucken zur Befindlichkeitsbeeinflussung gängige Alltagspraxis ist und notwendig, dass wir in dieses Dunkelfeld ein wenig mehr Licht bekommen.
- Bei den illegalen Drogen spielt Cannabiskonsum die Hauptrolle, über ein Viertel der Jugendlichen hat damit Erfahrungen, wobei es nur noch geringe Unterschiede in West- und Ostdeutschland gibt. Der Anteil der aktuellen Konsumenten liegt aber mit 13 % um 2 % niedriger als 1997. Bei den Erwachsenen haben rund 20 % der Westdeutschen und 10 % der Ostdeutschen Cannabiserfahrung, es konsumieren aktuell etwa 6 % in den alten und 5 % in den neuen Bundesländern. Wenn auch die Gruppe der täglichen Konsumenten klein ist, wird doch

³ Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The 1995 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (1997)

⁴ Holly, A./Wittchen, H.-V. (1998): Patterns of use and their relationship to DSM-IV Abuse and Dependence of Alcohol among adolescents and young adults; München

⁵ Kolte, B. et.al. (1999): Bremer Freizeit- und Gesundheitsstudie; Ergebnisreader; Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO) an der Universität Bremen

⁶ Kiss, A. (1997): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; vgl. auch: Hartmann, U. (1998): Epidemiologische Studie zum Medikamentenkonsum von Jugendlichen; Berlin

⁷ Schubert, I. et. al. (2001): Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. Verordnungen in den 90er Jahren; In: Deutsches Ärzteblatt; Heft 9 vomj 2. März 2001

zunehmend von riskanten Konsummustern und Mischkonsum in den Einrichtungen der Jugend- und Drogenhilfe berichtet. Die Zahl derjenigen, die in Beratungsstellen betreut werden, ist gestiegen und beträgt etwa 20 % der behandelten Klienten in ambulanten Drogenberatungsstellen, insgesamt.

- Eine kleine Gruppe von Jugendlichen (zwischen 3 und 4 %) konsumiert Ecstasy und Amphetamine. Auch wenn dieser Anteil nicht zunahm, ist die Zahl der polizeilich erstauffälligen Ecstasykonsumenten stark gestiegen. Außerdem berichten szenenahe Einrichtungen von riskanteren Konsummustern gerade bei sehr jungen Konsumenten von sog. „Partydrogen“. Inzwischen gibt es hier kaum Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern.
- Die Gruppe der Kokainkonsumenten ist zwar noch immer klein (rund 2,5% der Erwachsenen hat Konsumerfahrungen und rund 1,5% konsumieren aktuell), aber sie nimmt stetig zu, auch die Zahl derjenigen, die in Behandlungseinrichtungen wegen Problemen mit Kokainkonsum behandelt werden.
- Der Konsum von Opiaten, hier vor allem Heroin, stagniert auf einem leider zu hohen Niveau, denn die gesundheitlichen und sozialen Folgen einer Heroinabhängigkeit sind gravierend. Auch wenn nur weniger als 1% der erwachsenen Bevölkerung Erfahrungen mit dem Konsum von Heroin hat, ist die gesundheitliche, psychische und soziale Verelendung in dieser Gruppe sehr stark. Zwischen einem Drittel und der Hälfte der Heroinabhängigen befindet sich mittlerweile in einer Behandlung (jeweils rund 10.000 in ambulanten und stationären drogenfreien Behandlungsmaßnahmen und rund 50.000 in einer Substitutionsbehandlung hauptsächlich mit Methadon).

Moderne Erkenntnisse der Forschung und Praxis gehen davon aus, dass der Anteil der riskanten Konsumformen und die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Konsums psychoaktiver Substanzen von verschiedenen Faktoren abhängig sind: von der Verfügbarkeit, von der persönlichen Disposition der betroffenen Menschen und auch von Umfeldeinflüssen in Familie und Gesellschaft.

So ist immer von einem Ursachenbündel auszugehen, wenn Verhaltensmuster, die Konflikte und Unzufriedenheit verdecken, von Strategien zur Lebensbewältigung in suchtbildendes Verhalten umschlagen. Die gesellschaftlichen Ursachen für die Entstehung und die Verfestigung von Suchtverhalten sind vielfältig.

Suchtpolitik, die dies beeinflussen will, muss sich dessen bewusst sein.

Was sind dabei die **größten Herausforderungen** der nächsten Zeit?

- Einerseits können wir sehen, dass der **Konsum von Tabak und Alkohol langsam zurückgeht**, andererseits **nehmen** aber **riskante Konsummuster** in bestimmten Gruppen **zu**, z.B. bei jungen Mädchen oder bei jungen Aussiedlern. Und insgesamt ist der Gesamtkonsum von Tabak und Alkohol noch immer zu hoch, insbesondere, wenn die hohen gesundheitlichen und sozialen Kosten

in Rechnung gestellt werden.

- Es gibt bei einem Teil der Jugendlichen einen Trend zum "cool"-Sein, der auch mit **riskantem Konsum illegaler Drogen** - vor allem Cannabis, Ecstasy, Kokain - verknüpft ist. Die bestehenden Hilfsangebote der Jugendhilfe und der Drogenhilfe müßten diese Gruppen zielgruppenspezifisch besser erreichen.

Ebenso benötigen wir für die nächsten Jahre **eine übergreifende Gesamtstrategie** für den Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft, die dazu beiträgt, **konkrete Zielsetzungen** festzulegen, wie wir den **gesundheitsschädlichen Konsum und die damit verbundenen Folgen verringern** können, denn der 1990 verabschiedete "Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan" entspricht nicht mehr den aktuellen Erkenntnissen der Forschung und Praxis der Suchtkrankenhilfe und ist auch zu stark auf illegale Drogen ausgerichtet. Eine derartige einseitige Fixierung übersieht aber die gravierenden sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des Missbrauchs legaler Suchtstoffe.

Wir benötigen eine kohärente Suchtpolitik, die alle gesellschaftlichen Bereiche, die von einer Suchtproblematik betroffen sind, mit einbezieht.

In einer solchen Strategie sollten **konkrete Zielsetzungen, Bündnispartner und Kriterien für Erfolgsmessungen** festgelegt werden. Das wird die Aufgabe der nächsten Jahre sein.

Marion Caspers-Merk, MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

1. Die konkreten Felder von Sucht- und Drogenpolitik

1.1 Umgang mit Alkohol: Trends und Maßnahmen

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat schon im November 1997 Vorschläge zur Reduzierung von alkoholbedingten Gesundheitsrisiken gemacht, die sich in dem von den zuständigen Länderressorts verabschiedeten "Aktionsplan Alkohol" wiederfinden.

Der Handlungsbedarf ist dabei durchgängig von der Fachwelt, aber auch von Seiten der Gesundheitspolitik in Bund und Ländern anerkannt.⁸

Die durch Alkoholmissbrauch bedingten Gesamtschäden belasten stark die Systeme der gesundheitlichen Versorgung.

Die politischen Maßnahmen sollen ein Problembewusstsein entwickeln bzw. verstärken, das einen bewussten, verantwortlichen und selbstkontrollierten Umgang mit Alkohol im Alltag fördert. Der Alkoholverbrauch insgesamt soll gesenkt werden, um so auch die negativen Folgewirkungen zu reduzieren.

Auf der bereits erwähnten Konferenz der Weltgesundheitsorganisation in Stockholm zum Schwerpunktthema "Jugend und Alkohol" wurde besonders problematisiert, dass Alkoholexzesse bei Jugendlichen durchaus verbreitet sind und zunehmen: Über diese deutlichen Alarmsignale gibt es in Deutschland zu wenig Erkenntnisse, u.a. auch deshalb, weil sich die Kultusminister der Länder bisher nicht dazu durchringen konnten, an der europaweiten Vergleichsstudie zum Konsumverhalten von Schülerinnen und Schülern (ESPAD) (European Schoolsurvey Project on Alcohol and other Drugs) teilzunehmen. Hier benötigen wir dringend genauere Untersuchungen, um klären zu können, wie wir gefährdete Gruppen durch frühzeitige Unterstützung und Hilfen erreichen können.

⁸ Edwards, G. et. al. (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung; Stuttgart

Ein Schritt wurde jetzt unternommen, in dem das ***Gaststättengesetz dahingehend geändert wurde, dass alle Gastwirte mindestens ein alkoholfreies Getränk anbieten müssen, das nicht teurer sein darf, als das preiswerteste alkoholhaltige Getränk.*** Es bedurfte leider einer gesetzlichen Klarstellung, weil diese schon bestehende Regelung dadurch unterlaufen wurde, dass zwar die Einzelverkaufspreise der Regelung entsprachen, nicht aber die Mengenpreise.

1.2 Prävention des Tabakkonsums

Früher Tabakkonsum entwickelt sich zunehmend zum *Alarmsignal*. Die vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen der letzten Jahre weisen alle darauf hin, dass der Tabakkonsum zwar insgesamt sinkt, in bestimmten Teilgruppen – gerade unter Jugendlichen und dort besonders unter Mädchen – hingegen steigt. Die Quote der starken Raucher (d.h. Rauchen von 20 Zigaretten und mehr täglich) innerhalb der erwachsenen Bevölkerung dürfte bei rund 4-5 Millionen liegen. Auch hier sind sich Gesundheitspolitiker über gesundheitliche Folgeschäden im Klaren.

Die von der Bundesregierung weiterhin geförderten „Nicht-Raucher-Kampagnen“ zielen darauf, die Nicht-Raucher zu motivieren, nicht mit dem Rauchen zu beginnen und die Raucher, damit aufzuhören bzw. den Konsum zu reduzieren. Dazu gehören als flankierende Maßnahmen neben dem „Raucher-Entwöhnungsprogramm“ und den „Nicht-Raucher-Motivationen“ der BZgA auch Einschränkungen von Tabakwerbung mit Jugendlichen als Zielgruppe und Warnhinweise auf Tabakerzeugnissen. Dies geschieht auch durch die neue Tabakwarenprodukttrichtlinie der Europäischen Union.

Außerdem ist in der geplanten ***Novellierung der gesetzlichen Vorschriften des Jugendschutzes*** vorgesehen, dass die ***Abgabe von Zigaretten und Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren verboten*** wird und der ***Zugang zu Zigarettenautomaten*** für diese Gruppe unmöglich gemacht wird.

Der Nicht-Raucher-Schutz ist gesundheitspolitisch wichtig. Es kommt gleichzeitig darauf an, starken Rauchern zur Reduzierung oder zum Beenden ihres Konsums und damit zum Schutz ihrer Gesundheit zu verhelfen.

1.3 Medikamentenabhängigkeit – der „stillen“ Sucht begegnen

Leider haben wir keine verlässlichen Daten über die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die regelmäßig Medikamente verschrieben bekommen. Deshalb wird es darum gehen, in dieses Dunkelfeld mehr Licht zu bringen. Es gab bereits Gespräche mit Vertretern der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, von deren Seite bisher großes Verständnis für dieses Anliegen gezeigt wurde. In Projekte der Aufklärung müssen Eltern mit einbezogen werden. Untersuchungen gehen davon aus, dass über ein Drittel der Eltern bereit ist, Schulschwierigkeiten ihrer Kinder mit

Medikamenten zu beheben⁹. Damit wird schon im Kindesalter ein Verhalten zur Problemlösung eingeübt, das verhängnisvoll werden kann.

Der Missbrauch von Arzneimitteln lässt sich bislang noch immer schwer erfassen. Die letzte Erhebung durch das Bundesgesundheitsministerium wurde 1992 veröffentlicht. Zur Zeit bereitet das Robert-Koch-Institut im Rahmen des sog. „**Kinder-Survey**“¹⁰ eine Bestandsaufnahme über die Gesundheit von Kindern vor, bei der auch die Verschreibung von Medikamenten an Kinder und Jugendliche untersucht werden soll. Wir wissen aber schon jetzt, dass Frauen fast doppelt so viele Medikamente verschrieben bekommen wie Männer und dass dabei am häufigsten Schmerz- und Beruhigungsmittel genommen werden. Nur eine recht kleine Zahl von Menschen wird in den Fachkliniken oder ambulant wegen einer Medikamentenabhängigkeit als Hauptdiagnose behandelt, d.h. aber nicht, dass diese „stille“ Form der Sucht – denn die Betroffenen werden sozial kaum auffällig – nicht verbreitet ist.

⁹ Broschüre aktiv & gesund: Drogen; Barmer Ersatzkasse; o.Jg; S.13.; vgl. auch: Glaeske, G./Feser, H. (1988): Arzneimittel; Ulm; vgl.: Glaeske, G. (2000): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial; In: Jahrbuch Sucht 2001; Geesthacht

¹⁰ Robert-Koch-Institut: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in der nach Krankheiten und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenten gefragt werden soll und nach gesundheitsrelevanten Lebensstilen, sozialen Bedingungen. Aufbauend auf den Ergebnissen der in diesem Jahr beginnenden Pilotphase soll die drei Jahre dauernde Hauptphase mit 20.000 Kindern und ihren Eltern an insgesamt 150 Studienorten im gesamten Bundesgebiet im August 2002 starten.

1.4 Begonnene Reformprojekte fortsetzen - Neue Modelle erproben

- **Rechtliche Absicherung der Einrichtung von Drogenkonsumräumen**

Die rechtliche Absicherung der Einrichtung von Drogenkonsumräumen wurde gesetzlich verankert. Hiernach wurde es den Ländern ermöglicht, Rechtsverordnungen zu erlassen, auf deren Grundlagen dann in den Kommunen, die dieses Angebot für notwendig erachten, solche Einrichtungen der Überlebenshilfen aufgebaut werden können. Es zeigt sich, dass in einigen Bundesländern offensichtlich aus ideologischen Gründen, den Kommunen diese Möglichkeit verweigert wird, indem keine Rechtsverordnungen erlassen werden (z.B. in Baden-Württemberg und Bayern).

- **Das Modellprojekt einer "heroingestützten Behandlung"**

Die bestehenden Hilfsangebote, so ausdifferenziert und qualifiziert sie auch sind, greifen für eine bestimmte Gruppe von langjährig Opiatabhängigen nicht. In enger Zusammenarbeit von Bund, Städten und Ländern und unter fachlicher Beteiligung der Bundesärztekammer wird daher ein Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung entwickelt. Es handelt sich dabei um die Durchführung einer multizentrischen klinischen Studie zur ambulanten heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, die langfristig abhängig sind, mehrere erfolglose Versuche mit abstinenzorientierter Therapie unternommen haben und auch nicht in der Substitution stabilisiert werden können.

Voraussichtlich Mitte 2001 wird die eigentliche Projektarbeit in den Städten Hamburg, Hannover, Köln, Bonn, Frankfurt, Karlsruhe und München beginnen. Die Zahl der teilnehmenden Patienten wird bei ca. 1100 liegen.

- **Die Einsatzmöglichkeit von Cannabis als Medikament**

Das Bundesministerium für Gesundheit befürwortet alle Anstrengungen, um wirksame Arzneimittel auf der Basis von Cannabis in den Verkehr bringen zu können. Dies kann jedoch im Interesse der Patienten, wie bei allen Arzneimitteln, nur auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes (AMG) und des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) erfolgen. Danach müssen insbesondere reproduzierbare Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der eingesetzten Arzneimittel *wissenschaftlich* nachgewiesen werden. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, können die entsprechenden Wirkstoffe in die Anlage III des BtMG (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) aufgenommen werden. Ebenso könnten natürliche Gemische (z. B. Cannabisextrakt) in die Anlage III aufgenommen werden, wenn dafür die Voraussetzungen erfüllt sind. Ferner können nunmehr auch Rezepturarmittel mit Dronabinol nach ärztlicher Verschreibung in Apotheken hergestellt werden und sind dort erhältlich.

- **„Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten“ (FreD)**

Wir haben im letzten Jahr ein **neues Bundesmodell** begonnen, bei dem es darum geht, Drogenkonsumenten, die bei der Polizei erstauffällig werden, durch ein frühzeitiges, freiwilliges, kurzes

und gezieltes Angebot zu erreichen, um ihnen fundierte Informationen über Drogenkonsum und dessen Risiken zu vermitteln, sie zu motivieren, ihren eigenen Umgang mit solchen Substanzen kritisch zu reflektieren, eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu lernen und auch Hilfen früher anzunehmen. Es soll erreicht werden, weitere Auffälligkeiten zu verhindern und vielleicht auch frühzeitige Ausstiege aus einem möglicherweise verhängnisvollen Kreislauf zu ermöglichen. Außerdem soll über das Projekt die Kooperation zwischen Polizei, Staatsanwaltschaft, Jugend- und Bewährungs-, sowie Drogenhilfe verbessert werden. Die „**Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten**“ (**FreD**) wird dazu beitragen können.

▪ **Kooperationsmodell für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 1995 in Zusammenarbeit mit den Ländern das Kooperationsmodell „Nachgehende Sozialarbeit“ aufgelegt, um die Hilfeerbringung für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige zu verbessern. Langjährig, gesundheitlich stark verelendete, drogen- und alkoholranke Menschen nutzen nämlich häufig nicht die bestehenden Hilfsangebote.

Im Modellprogramm wurden bundesweit im Zeitraum von 1996 bis 1999 15 Koordinatoren gefördert, die regional Hilfeangebote erfassen und eine Vernetzung von Versorgungssektoren, Trägern und Einrichtungen aufbauen und weiterentwickeln sollten. Außerdem wurden 31 „Case Manager“ zum überwiegenden Teil bis Ende 2000 gefördert, die ausgehend von bestehenden Einrichtungen einen personenzentrierten Hilfeansatz für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige umsetzen sollten, der neben nachgehender Arbeit und eigener Hilfeerbringung vor allem Hilfevermittlung und einzelfallbezogene Hilfeplanung und -koordination akzentuierte.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Modellprogramms, dass Case Management ein effektiver Hilfeansatz - insbesondere für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige - ist. Durch die niedrighschwellige personenzentrierte Gestaltung, die flexible, schwerpunktmäßig nachgehende und zeitintensive Betreuung (z.T. über 100 Stunden in einem Jahr), die umfassende Klientenbeteiligung, die intensive Kooperation sowie durch die strukturierte Hilfeplanung und -abstimmung konnten nachweislich deutliche Verbesserungen bei den Klienten erzielt werden.

In Anerkennung der vielfältig positiven Ergebnisse des Modellprogramms, worunter häufig auch Beiträge zur Verbesserung des regionalen Versorgungssystems zu zählen sind, entschlossen sich bisher über die Hälfte der Modellstandorte, nach Auslaufen der Bundesförderung Case Management künftig fortzusetzen.

▪ **Modell "Suchterkrankungen im Krankenhaus"**

Aufgrund früherer Studien ist die hohe Zahl von Suchtpatienten in der stationären Krankenversorgung bekannt. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Suchthilfe im Krankenhaus“ (1994 – 1998) wurden neue Formen der Kooperation zwischen ambulanter Drogen- und Suchtkrankenhilfe und dem stationären Gesundheitssystem entwickelt. Das Modellvorhaben hat sich nach der wissenschaftlichen Überprüfung als Erfolg erwiesen.

Durch die Etablierung eines Suchthilfedienstes zeigte sich bei den untersuchten Patienten eine hohe Quote erfolgreicher Vermittlungen sowie positive Veränderungen in den Bereichen körperliche und seelische Gesundheit und in Bezug auf den Suchtmittelkonsum. Das Bundesmodellprogramm war insbesondere auch deshalb so erfolgreich, weil durch die Vermittlung und suchtspezifische Intervention im Krankenhaus eine Patientengruppe erreicht werden konnte, die einen überproportional hohen Konsum aufweist und das spezialisierte Suchthilfesystem bislang nicht in Anspruch genommen hat.

Leider ist es bislang aber noch nicht gelungen, derartige Maßnahmen der Früherkennung und Behandlung von Suchterkrankungen im Krankenhaus oder auch in der niedergelassenen Praxis fest in das Regelsystem der medizinischen Versorgung zu verankern.

▪ **Suchtprävention bei Aussiedlern**

Die gestiegene Anzahl von Drogentodesfällen unter jungen Aussiedlern hat sich von 36 in 1999 auf 162 in 2000 mehr als vervierfacht (mit Schwerpunkten in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Rheinland Pfalz und Bayern). Drogenberatungsstellen haben darauf hingewiesen, dass die Anzahl von Aussiedlern unter den Klienten deutlich angestiegen, die Betroffenen aber sehr schwierig erreichbar sind. Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich entschlossen, verschiedene Expertisen in Auftrag zu geben, um über die Entwicklung dieser Problematik mehr Informationen zu erhalten. Zum anderen fanden Gespräche mit dem Aussiedlerbeauftragten der Bundesregierung statt, um hier gemeinsame Projekte zu erproben, damit die Aussiedler, die nach Deutschland kommen, schon frühzeitig über Angebote der Hilfe informiert werden. Außerdem sollen Mitarbeiter der Hilfeeinrichtungen für diese Zielgruppe in Fragen der Suchtprävention und -behandlung fortgebildet werden. Es ist zudem geplant, Material, das die kulturellen Erfahrungen dieser Gruppe berücksichtigt, z.B. in russischer Sprache, bereitzustellen.

1.5 Reintegration Suchtkranker in Arbeit und Beschäftigung - das neue Sozialgesetzbuch IX

Die soziodemographischen Daten¹¹, die aus dem Hilfesystem für Sucht- und Drogenkranke bekannt sind, weisen darauf hin, dass Suchtkranke eine erhebliche "Armutspopulation" aufweisen: überproportionaler Anteil an Beschäftigungslosen, Sozialhilfeempfängern, Verschuldungen, zusätzlichen chronischen Erkrankungen etc..

Noch schlechter ist die Situation in der Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholkranken. In der Gruppe der Drogenabhängigen sind all diese Faktoren noch zugespitzter, zumal diese Gruppe auch von der Altersstruktur deutlich jünger ist als die Gruppe der Alkoholkranken.

¹¹ Henkel, D./Vogt, I (Hrsg.)(1998): Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen; Opladen; vgl. auch: Spode, H. (1993): Die Macht der Trunkenheit; Opladen
Heggen (1988): Alkohol und bürgerliche Gesellschaft im 19. Jahrhundert; Berlin
Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen; Bonn

Die Betroffenen leben aber nicht nur am Rande des gesellschaftlichen Wohlstandes, sie leben in der Regel auch oft allein oder sind sozial isoliert (bis auf Kontakte in die Alkoholiker- und Drogenszene).

Lang anhaltende Arbeitslosigkeit mit ihren sozialen und psychischen Auswirkungen ist sowohl Folge von Suchterkrankung - als auch Motivgrund für eine verstärkte Neigung zum exzessiven Suchtmittelgebrauch.

Arbeit wirkt als präventiver Faktor im Sinne einer sozialen und psychologischen Unterstützung. Tatsächlich ist der Zugang der ehemaligen substituierten Drogenabhängigen, aber auch der Alkoholkranken zu Arbeit und Beschäftigung und damit auch zur gesellschaftlichen Teilhabe am "Reichtum" erschwert. Die Suchtkranken- und Drogenhilfe ist in der Praxis der Beratung und Betreuung mit erheblichen sozialen Defiziten der Klienten konfrontiert. Insofern sind alle Maßnahmen zur psychischen und sozialen Rehabilitation von Suchtkranken sowohl ein präventiver wie auch ein stabilisierender Faktor. Dabei sind in den letzten Jahren einige Fortschritte erzielt worden.

Zwischen 80 und 90 % der stationären Einrichtungen für Suchtkranke führen eine berufsbezogene Anamnese durch und bieten berufliche Förder- und Reintegrationsmaßnahmen und spezielle Bewerbungstrainings an. Diese Maßnahmen führen aber nicht unbedingt immer zum Erfolg.¹²

Das bestehende System der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist im internationalen Vergleich quantitativ und qualitativ hoch entwickelt sowie differenziert ausgebaut.

Die vorhandenen Hilfen verbindet mittlerweile eine Spannweite von niedrighwelligen Kontaktläden über die substitutionsgestützte Behandlung bis hin zu abstinenzorientierten stationären Therapie- und Nachsorgeangeboten.

Verbesserungen - gegen Diskriminierung und Ausgrenzung von Behinderung - können durch die Neuregelung des SGB IX erwartet werden, wo vorgesehen ist, das Recht der Rehabilitation zusammenfassend zu regeln und die Zusammenarbeit der verschiedenen Zuständigkeiten und Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe (Eingliederungshilfe), Jugendhilfe) verbindlich festzulegen. Die durchgehende Sicherung der sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation soll dabei gewährleistet sein und zuständigkeitsübergreifende Vorleistungen sollen verpflichtend gewährleistet werden, damit Zuständigkeitsstreitigkeiten nicht zu Lasten der Betroffenen gehen.

Zum Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) konnten die Abstimmungsgespräche mit den Beteiligten, insbesondere mit den Organisationen der Behinderten, mit einer Arbeitsgruppe "SGB IX" des Beirats für die Rehabilitation der Behinderten sowie mit den Verbänden der Leistungsträger, den

¹² Albrecht K.P./Friz, Th.(2000): Berufsförderung bei Alkoholabhängigen: Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe - Bericht über eine explorative Studie; In: Sucht Aktuell Nr. 2 September; Bonn

Ländern und den Bundesministerien abgeschlossen werden. Als deren Ergebnis liegt jetzt ein Entwurf vor, der in enger Zusammenarbeit und steter Rückkopplung mit der Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“ zustande gekommen ist. Dieser Regierungsentwurf wurde am 17. Januar 2001 vom Kabinett beschlossen. Er, sowie ein inhaltlich dem Regierungsentwurf entsprechender Fraktionsentwurf wurden im Deutschen Bundestag am 19. Januar 2001 beraten und am 6. April 2001 in zweiter und dritter Beratung beschlossen. Das Gesetz bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates und soll am 1. Juli 2001 in Kraft treten.

Das Gesetz setzt die von der Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“ unter Leitung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten, Karl-Heinz Haack, erarbeiteten und von den Koalitionsfraktionen einstimmig gebilligten „Eckpunkte“ um.

Mit dem Sozialgesetzbuch IX wird der seit langem bestehenden Forderung entsprochen, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und im Sozialgesetzbuch als weiteres Buch zusammenzufassen.

Umgesetzt werden mit dem Gesetz

- das Benachteiligungsverbot des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 GG ("Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.") für den Bereich der Sozialpolitik;
- die Koalitionsvereinbarung für die laufende Legislaturperiode, die vorsieht, dass die Bundesregierung "alle Anstrengungen unternimmt, um die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu fördern und dem im Grundgesetz verankerten Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen Geltung zu verschaffen". Als einen behindertenpolitischen Schwerpunkt nennt die Koalitionsvereinbarung: "Das Recht der Rehabilitation wird in einem Sozialgesetzbuch IX zusammengefasst und weiterentwickelt.";
- die einstimmige Entschließung des Deutschen Bundestages vom 19. Mai 2000 (zu Drucksache 14/2913), das Recht der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen möglichst umgehend in einem Sozialgesetzbuch IX zusammenzufassen und weiterzuentwickeln.

Schwerpunkte des Gesetzes, die auch behinderten und von Behinderung bedrohten bzw. schwerbehinderten suchtkranken Menschen zugute kommen, sind:

- Die **Teilhabe an der Gesellschaft** durch die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Dieses Ziel soll mit medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und auf Dauer erreicht werden.
- **Unmittelbar geltendes Recht:** Durch die Zusammenfassung der Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich gelten, sowie des Schwerbehindertenrechts wird das neunte Buch des Sozialgesetzbuchs

in ähnlicher Weise bereichsübergreifend wirksam wie bereits bisher die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs. Im Unterschied zum bisherigen geltenden Reha - Angleichungsgesetz finden die Vorschriften des SGB IX unmittelbar für die Rehaträger Anwendung, soweit nicht in den für die Träger jeweils geltenden Leistungsgesetzen Abweichendes bestimmt ist.

- **Einbeziehung der Träger der Sozialhilfe und der Träger der Jugendhilfe:** Unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Leistungen der Sozialhilfe und den Leistungen der übrigen Leistungsträger sowie der trägerspezifischen Besonderheiten werden neben den Trägern der Jugendhilfe die Träger der Sozialhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen.

Ob Hilfe für Suchtkranke (vorbeugende Hilfe für Suchtkranke, Drogensubstitution) im Bedarfsfall den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 39 ff. BSHG, der Hilfe bei Krankheit, vorbeugenden und sonstigen Hilfen nach den §§ 36 ff. BSHG oder einer anderen Hilfeart zuzuordnen ist, ist in jedem Einzelfall zu prüfen. Voraussetzung für Leistungen der Sozialhilfe ist in jedem Fall, dass kein vorrangiger Leistungsträger vorhanden ist.

Bei Leistungen der Sozialhilfeträger zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, einschließlich der Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen, entfällt die Bedürftigkeitsprüfung.

Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten, persönliches Budget: Um die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen zu stärken und ihnen bei der Ausführung der Leistungen möglichst weitgehenden Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu belassen, erhalten die Betroffenen erweiterte Wunsch- und Wahlrechte. Aus dem gleichen Grund sollen die Rehabilitationsträger ihre Leistungen in geeigneten Fällen auch in Form eines persönlichen Budgets erbringen können. Aufgrund der geringen Erfahrung mit dieser Leistungsform in Deutschland ist vorgesehen, dass die Rehabilitationsträger sie in Modellvorhaben erproben.

Rasche Zuständigkeitsklärung: Streitigkeiten über die Zuständigkeit sollen nicht mehr zu Lasten der behinderten Menschen sowie der Schnelligkeit und Qualität der Leistungserbringung gehen. Dem dient ein neues Zuständigkeitsklärungsverfahren.

Koordination der Leistungen und Kooperation der Leistungsträger sollen durch wirksame Instrumente sichergestellt werden. Zum einem wird dies durch die Einordnung des gesamten einschlägigen Rechts entsprechend den Einordnungsgrundsätzen des Sozialgesetzbuchs erleichtert und verbessert.

Darüber hinaus dienen diesem Zweck eine Reihe von weiteren Regelungen, insbesondere über

- die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen auf Kreisebene mit umfassenden Beratungs- und Unterstützungsaufgaben bis hin zur umfassenden Vorbereitung einer unverzüglichen Entscheidung des jeweiligen Rehabilitationsträgers,
 - Beteiligung von Behindertenorganisationen und Selbsthilfegruppen, einschließlich von Interessenvertretungen behinderter Frauen, an den Servicestellen und an der Beratung sowie
 - die Möglichkeit, auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und auf Grundlage von Vorschlägen der BAR Empfehlungen zu erarbeiten.
-
- **Besondere Bedürfnisse und Probleme behinderter Frauen und Kinder:** In dem Gesetzentwurf werden geschlechtstypische Belastungssituationen für behinderte und von Behinderung bedrohter Frauen abgefangen, indem ihre besonderen Bedürfnisse und Probleme Berücksichtigung finden. Das gilt auch für die besonderen Bedürfnisse und Probleme behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.
 - **Trägerübergreifende Qualitätssicherung:** Um ein effizientes und effektives gemeinsames Handeln der Rehabilitationsträger zu gewährleisten und um die erforderlichen Leistungen in der gebotenen Qualität sicherzustellen, vereinbaren die Rehabilitationsträger ein gemeinsames Qualitätssicherungssystem.
 - **Vorrang von Leistungen zur Teilhabe, psychologische und pädagogische Hilfen, stufenweise Wiedereingliederung:** In Fortentwicklung des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes wird klargestellt, dass Prävention absoluten Vorrang hat nicht nur bei Renten- und Pflegeleistungen, sondern bei allen Sozialleistungen wegen einer Behinderung alle Möglichkeiten zu positiven Entwicklungsprozessen zu nutzen sind. Dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben auch psychologische und pädagogische Hilfen umfassen, sowie diese Leistungen im Einzelfall zum Erreichen oder zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe erforderlich sind, wird klargestellt.
 - **Ambulant vor stationär:** Der Entwurf kommt der immer stärker werdenden Bedeutung einer Flexibilisierung der Rehabilitation nach, indem – unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände und der Wirksamkeit - ambulante und teilstationäre Leistungen zu bevorzugen sind.
 - **Arbeitsassistenz:** Als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes wird für schwerbehinderte Menschen ein Anspruch – und zwar ergänzend zu dem mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter gegenüber der Hauptfürsorgestelle aus Mitteln der Ausgleichsabgabe bereits eingeführten Anspruch – auf eine notwendige Arbeitsassistenz gegenüber den Rehabilitationsträgern begründet.

- **Gebärdensprache:** Hörbehinderte Menschen wird ermöglicht, im Sozialbereich, und zwar nicht nur im Verwaltungsverfahren, sondern auch bei der Ausführung aller Sozialleistungen, die Gebärdensprache zu verwenden.

Einbeziehung des Schwerbehindertenrechts: Das Schwerbehindertengesetz wird als Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch eingeordnet. Die Regelungen entsprechen dem bisherigen Schwerbehindertengesetz in der Ausgestaltung durch das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29. September 2000, enthalten jedoch neben sprachlichen Anpassungen auch einige notwendige Änderungen.

2. Der Umfang des Sucht- und Drogenproblems

2.1 Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit

Tabakkonsum bei Jugendlichen

Von den 12- bis 25jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen rauchen derzeit 38 % - entweder als ständige Raucher oder als Gelegenheitsraucher. Von den männlichen Jugendlichen rauchen 38 %, von den weiblichen Jugendlichen 37 %. Hier hat es in den letzten Jahren eine Angleichung gegeben, d.h. vor allem junge Mädchen steigen früher in den Tabakkonsum ein und der Anteil von Mädchen und jungen Frauen, die rauchen, steigt stetig an. In den neuen Bundesländern ist die Raucherquote mit 40 % etwas höher als in den alten Bundesländern (36 %).

Die derzeitige Raucherquote ist niedriger als die der vorangegangenen Wiederholungsbefragung der Drogenaffinitätsstudie im Jahr 1997. Damals rauchten 41 % der 12- bis 25jährigen. Überdurchschnittlich stark zurück gingen die Raucheranteile bei zwei Gruppen in den neuen Bundesländern, bei denen der Tabakkonsum in den Jahren vor 1997 ganz besonders stark zugenommen hatte. Die erste Gruppe ist die der weiblichen Jugendlichen. Deren Raucherquote war 1997 auf 46 % angestiegen und ist 2000 auf 39 % zurückgegangen. Eine ähnliche Entwicklung ist bei den älteren, 18- bis 25jährigen Jungerwachsenen in den neuen Bundesländern festzustellen: Nach einem Anstieg auf 56 % im Jahr 1997 folgte jetzt wieder ein Rückgang auf 47 % im Jahr 2000.

Bei den 12- bis 17jährigen - sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern - war der Tabakkonsum zwischen 1993 und 1997 ebenfalls deutlich von 20 auf 28 % angestiegen. Bei dieser Gruppe blieb die Raucherquote im Jahr 2000 jedoch unverändert hoch.

Es ist festzustellen, dass Jugendliche auffallend früh anfangen zu rauchen. Das Durchschnittsalter, in dem die 12- bis 25jährigen ihre erste Zigarette probieren, ist 13,6 Jahre, ein ähnlicher Wert wie in den vorangegangenen Wiederholungsbefragungen.

In den jüngeren Altersgruppen raucht ein vergleichsweise hoher Anteil fünf Zigaretten oder weniger am Tag: Von den 12- bis 13jährigen Rauchern 85 %, von den 14 bis 15jährigen 66 % und von den 16- bis 17jährigen Rauchern 43 %. Mit steigendem Alter sinkt dieser Anteil dann stetig weiter ab. Ähnlich entwickelt sich der Anteil der Gelegenheitsraucher. Der Anteil der starken Raucher (20 Zigaretten pro Tag und mehr) steigt dagegen von 0 bei den 12- bis 13jährigen auf 29 % bei den 24- bis 25jährigen Rauchern. Andererseits nimmt bei den Jugendlichen aber auch mit steigendem Alter der Anteil derer zu, die bereits wieder aufgehört haben zu rauchen.

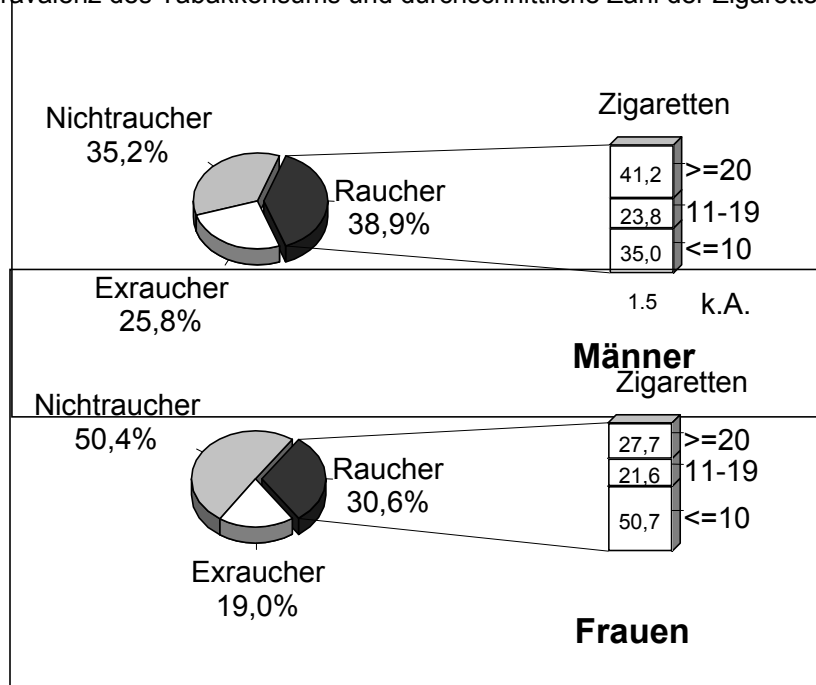
Generell rauchen Jugendliche derzeit deutlich weniger als noch Mitte der 90er Jahre. Dies drückt sich unter anderem darin aus, dass die starken Raucher (mit 20 Zigaretten oder mehr am Tag) immer weniger werden. 2000 sind 19 % der 12- bis 25jährigen Raucher starke Raucher, bei den beiden vorangegangenen Wiederholungsbefragungen der Drogenaffinitätsstudie waren es noch erheblich mehr: 1997 28 % und 1993 34 %. Dieser deutliche Rückgang im Anteil der starken Raucher ist auch bei den 12- bis 17jährigen festzustellen: von 14 % 1993 auf 7 % 2000.

Darüber hinaus hat sich der Anteil derjenigen Jugendlichen weiter erhöht, die nie richtig angefangen haben zu rauchen. Die Hälfte (49 %) der 12- bis 25jährigen sagt, sie hätten nie geraucht oder nur wenige Zigaretten probiert; 1997 waren es 42 %. Dieser Anstieg des Nieraucher-Anteils setzt einen etwa seit 1986 ununterbrochen beobachtbaren Trend zum Nierauchen fort. Die damalige Drogenaffinitätsstudie ergab, dass 31 % der Jugendlichen nie richtig angefangen haben zu rauchen.

Tabakkonsum bei Erwachsenen

In der Bundesrepublik rauchen nach der letzten Erhebung 39 % der Männer und 31 % der Frauen; hochgerechnet auf die 18- bis 59jährige Bevölkerung (34,8 %) sind das 16,6 Mio. Raucher und damit entsprechend weniger als 1997 (17,8 Mio.). Die wenigsten Raucher finden sich bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe 50–59 Jahre, die höchsten Raucherquoten weisen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die 18- bis 24jährigen auf.

Abbildung: Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag



Als starke Raucher sind von den 18- bis 59jährigen männlichen Zigarettenrauchern 41 % und von den Frauen 28 % einzuschätzen. Hochgerechnet auf die 18- bis 59jährige Bevölkerung sind dies 5,4 Mio., was seit 1997 (6,7 Mio.) ebenfalls eine Reduktion bedeutet.

Über einen Zeitraum seit 1980 betrachtet, ist die Attraktivität des Rauchens bei jungen Erwachsenen stark zurückgegangen. Bis 2000 ist die Raucherquote bei Männern von 61 % auf 45 % gefallen, bei den Frauen von 54 % auf 39 %, wobei bei den Frauen der Anteil seit 1997 (34 %) wieder gestiegen ist.

Nach den diagnostischen Kriterien DSM-IV¹³ wurde bei 8,2 % der 18- bis 59jährigen, also rund 4 Mio. Menschen, eine aktuelle Nikotinabhängigkeit diagnostiziert (Männer: 9 %, Frauen: 7,4 %).

2.2 Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit

Alkoholkonsum bei Jugendlichen

92 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren haben schon einmal Alkohol getrunken (Lebenszeit-Prävalenz). In den letzten 12 Monaten hat jedoch ein Drittel (34 %) selten (weniger als einmal im Monat) oder nie Alkohol getrunken, ein weiteres Drittel (35 %) ein- bis dreimal im Monat. Regelmäßig, d.h. mindestens einmal in der Woche, trinken 30 % der Jugendlichen, darunter 1 % täglich.

Westdeutschland (30 %) und Ostdeutschland (31 %) unterscheiden sich kaum im Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten. Regelmäßiger Alkoholkonsum ist bei männlichen Jugendlichen weiter verbreitet (38 %) als bei weiblichen Jugendlichen (20 %). Nicht ganz so stark unterscheiden sich männliche und weibliche Jugendliche im Anteil derer, die selten oder nie Alkohol zu sich nehmen: Er beträgt bei den Jungen und jungen Männern 30 %, bei den Mädchen und jungen Frauen 39 %.

Bier ist das beliebteste alkoholische Getränk der Jugendlichen. Ein Viertel (23 %) trinkt regelmäßig (mindestens einmal in der Woche) Bier. Bei den männlichen Jugendlichen sind es mit 34 % deutlich mehr als bei den weiblichen (10 %). 9 % trinken Wein (männlich: 8 %, weiblich: 10 %). Ein ähnlicher Anteil (8 %) trinkt regelmäßig alkoholhaltige Mixgetränke, bei den männlichen Jugendlichen beträgt dieser Anteil 10 %, bei den weiblichen ist er etwas niedriger (6 %). Vergleichsweise wenige trinken regelmäßig Spirituosen: insgesamt 4 %, männliche Jugendliche 6 %, weibliche Jugendliche 2 %. Die Präferenzen in den alten und neuen Bundesländern unterscheiden sich nicht, auch nicht mehr im Spirituosenkonsum, der Anfang der 90er Jahre in den neuen Bundesländern größer war, so vor allem bei den männlichen Jugendlichen, von denen 1993 noch 16 % mindestens einmal in der Woche Spirituosen tranken, 2000 sind es 6 %.

¹³ Diagnostic Stastic Manual, vierte Revision der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung; ein international anerkanntes Diagnoseinstrument zur Feststellung eines Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen

Seit mehr als 20 Jahren geht der Alkoholkonsum der Jugendlichen zurück. Dieser Trend hat sich auch 2000 fortgesetzt. Am stärksten ist er beim regelmäßigen Bierkonsum und beim regelmäßigen Weinkonsum zu beobachten, weniger stark beim regelmäßigen Spirituosenkonsum.

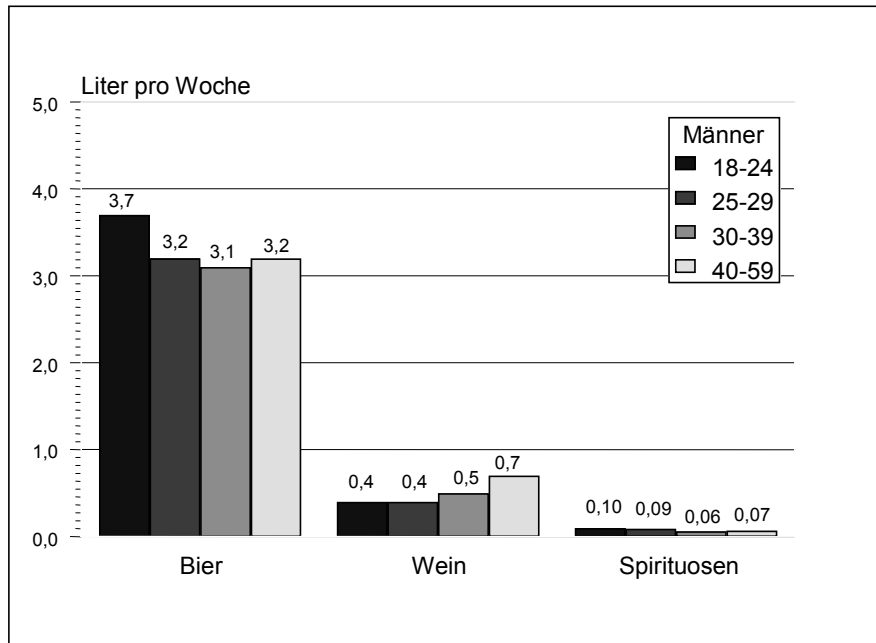


Abbildung: Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche (Mittelwerte der jeweiligen Konsumenten) 18- bis 59jähriger Männer

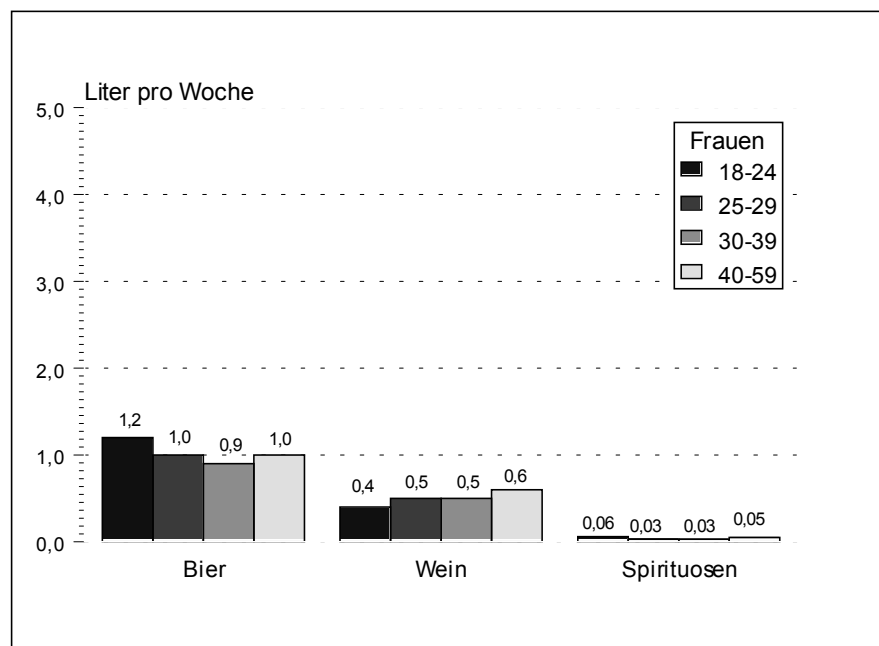


Abbildung: Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche (Mittelwerte der jeweiligen Konsumenten) 18 bis 19jähriger Frauen

Alkoholkonsum bei Erwachsenen

Insgesamt weisen knapp 78 % der Befragten risikoarmen Konsum auf, etwa 12 % riskanten Konsum, etwa 4 % gefährlichen Konsum sowie 0,7 % "Hochkonsum".¹⁴ Abstinenz in den letzten 12 Monaten waren 5,5 %. Männer trinken deutlich mehr Alkohol als Frauen. Trotz der höheren Klassengrenzen für Männer ist der Anteil der Männer in den Klassen "riskanter Konsum", "gefährlicher Konsum" und "Hochkonsum" mit 21,5 % deutlich höher als bei den Frauen mit 10,9 %. "Riskanter Konsum", "gefährlicher Konsum" und "Hochkonsum" nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu. Während Männer gerne Bier und Spirituosen trinken, werden von Frauen Wein und Sekt bevorzugt.

Ein Vergleich mit der Erhebung von 1997 zeigt folgendes Bild: Bei den Männern ist der Anteil mit einem durchschnittlichen Konsum von mehr als 30 g pro Tag in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (18- bis 29jährige) gestiegen, bei den 30- bis 39jährigen ist er in etwa konstant geblieben und bei den 40- bis 59jährigen leicht gefallen. Bei den Frauen sind die Prävalenzwerte des Konsums von durchschnittlich mehr als 20 g pro Tag in allen Altersgruppen gestiegen. Insgesamt hat sich bei abnehmender Abstinenzrate der Anteil der 18- bis 59jährigen Männer mit durchschnittlich mehr als 30 g pro Tag (23,6%) seit 1997 nicht verändert, der Anteil der 18- bis 59jährigen Frauen mit durchschnittlich mehr als 20 g pro Tag hat dagegen von 8,1% auf 11,7% zugenommen. Die Abstinenzrate der Frauen ist in diesem Zeitraum ebenfalls zurückgegangen.

Auffällig sind die im Vergleich zu Frauen über alle Gruppen deutlich höheren Prävalenzwerte bei Männern. Konsequenzen des Alkoholkonsums können neben gesundheitlichen Folgen z.B. Unfälle unter Alkoholeinfluss, Verletzungen, Familienstreit wegen Alkohol etc. sein.

Nach den diagnostischen Kriterien DSM-IV¹⁵ wurde bei 3,1 % der 18- bis 59jährigen eine aktuelle Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (Männer: 4,8 %, Frauen: 1,3 %). Hochgerechnet auf die 18- bis 59jährige Bevölkerung ergeben sich insgesamt 1,5 Mio. Personen mit einer Diagnose Alkoholabhängigkeit (1,2 Mio. Männer und 300.000 Frauen).

Der Alkoholverbrauch in Deutschland liegt im europäischen Vergleich auf einem sehr hohen Niveau.

Es ist davon auszugehen, dass zwischen 10 bis 15 % der Krankenhausaufenthalte alkoholbedingte Folgeerkrankungen zur Grundlage haben. Nur ein Teil wird auch als alkoholbedingt diagnostiziert. So sind 1997 rund 177.500 Patienten wegen einer Alkoholabhängigkeit behandelt worden, 36.000 wegen einer Alkoholpsychose und 8.000 wegen einer Alkoholvergiftung. Rund 42.000 Menschen sterben jährlich an einer alkoholbedingten Erkrankung oder alkoholbedingten Unfällen. So starben 1999 1.000 Menschen an Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss, es gab 37.000 Verletzte, davon 12.000 Schwerverletzte. Unter Alkoholeinfluss gab es 96.000 Straftaten mit gefährlicher oder schwerer

¹⁴Zur Analyse der in Gramm Reinalkohol pro Tag umgerechneten Angaben zum Alkohol wird die Klassifikation der Arbeitsgruppe "Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen" (Bühner et al., 2000) übernommen, die den Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten einteilt in "Abstinenz", "risikoarmer Konsum" (Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g), "riskanter Konsum" (Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g), "gefährlicher Konsum" (Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g) sowie Hochkonsum (Männer: >120g, Frauen: >80g).

Körperverletzung, und 6.000 Vergewaltigungen und sexuelle Nötigungen, sowie rund 2.000 Tötungsdelikte.

¹⁵ vgl. Fußnote 13

Tabelle: Rangfolge der EU-Mitgliedsländer beim Pro-Kopf-Konsum an Alkohol 1997 und bei dessen Änderung 1980 - 1997 sowie 1991 – 1997 (Bühringer et al., 2000)

Land		Liter	Land	1980 - 1997 [%]	Land	1991 - 1997 [%]
Portugal	++ ²⁾	11,3	Irland	+22,9	Irland	+15,4
Luxemburg	++	11,2	Finnland	+11,1	Großbritannien	+4,1
Frankreich	+++	10,9	Dänemark	+8,9	Dänemark	+3,1
<i>Deutschland¹⁾ „neu“</i>	+++	10,8	Großbritannien	+5,3	Griechenland	+2,3
Spanien	+++	10,1	Luxemburg	+2,4	Niederlande	+0
Dänemark	+++	9,9	Portugal	+1,9	Portugal	-2,6
<i>Deutschland¹⁾ „alt“</i>	+++	9,5	Niederlande	-7,7	Belgien	-5,3
Österreich	+++	9,5	Schweden	-11,5	Spanien	-5,6
Irland	++	9,0	Griechenland	-13,4	Finnland	-6,7
Belgien	++	8,9	Österreich	-13,7	Schweden	-7,3
Griechenland	+	8,8	<i>Deutschland⁴⁾ „alt“</i>	-14,4	Frankreich	-8,4
Niederlande	+++	8,2	<i>Deutschland⁴⁾ „neu“</i>	-15,6	Luxemburg	-9,7
Italien	+++	7,9	Belgien	-17,6	Österreich	-10,4
Großbritannien	+++	7,7	Spanien	-26,2	<i>Deutschland „alt“</i>	-12,0
Finnland	++	7,0	Frankreich	-26,3	Italien	-12,2
Schweden	+	5,1	Italien	-39,4	<i>Deutschland „neu“</i>	-12,9
EU-Durchschnitt ³⁾		9,1		-7,9		-4,8

- 1) In der Originalveröffentlichung sind auf der Basis alter BSI-Werte noch 9,5 Liter angegeben. Der Wert von 10,8 Litern errechnet sich aus den neuen empfohlenen durchschnittlichen Alkoholgehalten für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen
- 2) sehr zuverlässig = +++, zuverlässig = ++, weniger zuverlässig = + (Bewertung durch Produktschap)
- 3) ohne Deutschland „alt“
- 4) Der Vergleichswert für 1980 ist der mit den Bevölkerungszahlen gewichtete Mittelwert der früheren BRD und DDR

Quelle: Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (1998); eigene Berechnungen

2.3 Medikamentenkonsum und Medikamentenabhängigkeit

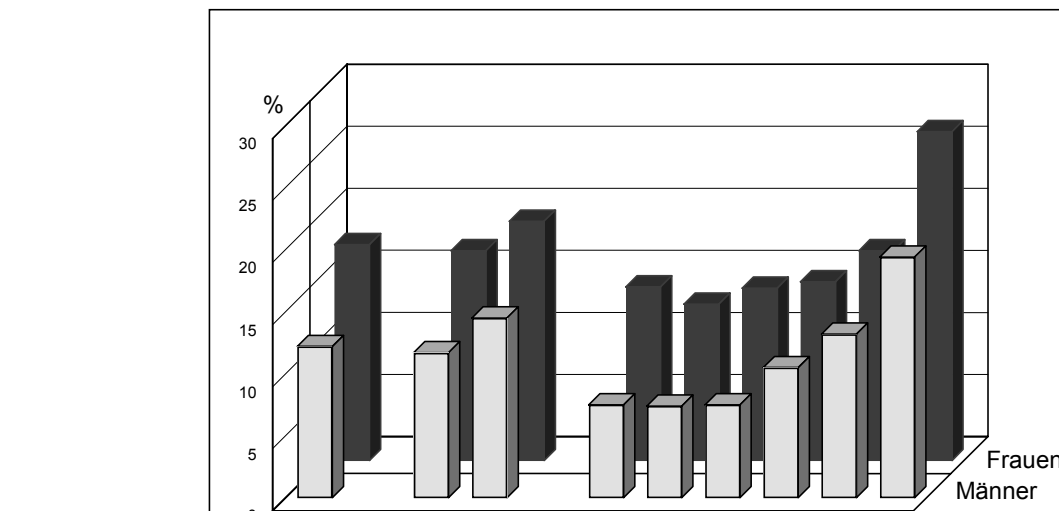
Der Missbrauch von Arzneimitteln lässt sich in schriftlichen Bevölkerungsumfragen nur in begrenztem Maße feststellen. Erfragt werden können Konsumfrequenzen von Arzneimitteln; valide Aussagen zu Tagesdosen oder Indikationen sind jedoch nicht möglich. In der Repräsentativerhebung 2000 geben 17 % der Frauen und 12 % der Männer an, in den letzten 30 Tagen zumindest einmal pro Woche Medikamente mit psychoaktiver Wirkung (z.B. Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben. Schmerzmittel werden dabei mit Abstand am häufigsten genommen (Frauen: ca. 13 %; Männer: 9 %), gefolgt von Beruhigungsmitteln (Frauen: 3 %, Männer: 2 %) und Antidepressiva (Frauen: ca. 3 %; Männer: ca. 2 %).

Nach den diagnostischen Kriterien DSM-IV wurde bei 3,1 % der 18- bis 59jährigen eine aktuelle Medikamentenabhängigkeit diagnostiziert (Männer: 2,7 %, Frauen: 3,5 %). Hochgerechnet auf die 18- bis 59jährige Bevölkerung ergeben sich insgesamt 1,48 Mio. Personen mit einer Diagnose

Medikamentenabhängigkeit, das sind rund 660.000 Männer und 820.000 Frauen. In der Altersgruppe von Frauen ab 60 Jahren steigt der Medikamentengebrauch deutlich an, sodass in der vorliegenden Erhebung noch eine große Gruppe von Frauen unterrepräsentiert ist.

EBIS¹⁶ erfasst die Anzahl der Personen, die sich primär wegen Sedativa und Hypnotika in ambulante Beratung oder Behandlung begeben. 1999 haben 621 Personen eine solche Hauptdiagnose erhalten¹⁷. Als Einzeldiagnosen tauchen die Medikamente mit etwa 4.237 Nennungen jedoch deutlich häufiger auf. Dies untermauert, dass Medikamentengebrauch bzw. -abhängigkeit zwar leicht steigend ist, die Substanzen jedoch in der Regel sekundär neben anderen Stoffen in abhängiger oder schädlicher Weise gebraucht werden. Dies passt auch zur Beobachtung, dass Polytoxikomanie bzw. der süchtige Gebrauch von mehreren Stoffen immer häufiger auftritt. In einer im Rahmen des einrichtungsbezogenen Dokumentationssystems durchgeführten Referenzerhebung zu problematisch gebrauchten Medikamenten (EBIS-R)¹⁸ stellten 1999 sowohl bei Frauen als auch bei Männern Abhängigkeit/schädlicher Gebrauch von Alkohol und Opiaten die häufigsten Hauptdiagnosen dar¹⁹ (Pfeiffer & Simon 2001). Wie bereits in den Vorjahren entstammen die meisten gebrauchten Medikamente der Gruppe der Benzodiazepine, deren Anteil sich auf etwa die Hälfte aller Nennungen erhöht hat. Die häufigsten Vertreter aus dieser Gruppe sind Medikamente mit den Wirkstoffen Diazepam und Flunitrazepam, deren Anteile sich 1999 im Vergleich zu 1998 nochmals erhöht haben.

Am häufigsten gebrauchten Klienten mit einer primären Alkoholproblematik Präparate aus den Medikamentengruppen Benzodiazepine, Antidepressiva, Entwöhnungsmittel und Antiepileptika. Bei den Opiatabhängigen gehören zu den präferierten Substanzen Benzodiazepine, Opiate und - deutlich seltener - Sedativa/ Hypnotika. Benzodiazepine machen in beiden Klientengruppen einen erheblichen Anteil der Nennungen aus. Ihr Anteil an den am häufigsten missbrauchten Präparaten liegt bei etwa 20 % für Klienten mit einer primären Alkoholproblematik, bei 70 % unter den Opiatkonsumenten.



¹⁶Einrichtungbezogenes Informationssystem der ambulanten Suchtkrankenhilfe
¹⁷Türk und Welsch, 2000a
¹⁸eine seit 1998 im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) vom IFT durchgeführte Erhebung von Medikamentendaten zur Früherkennung von Medikamentenmissbrauch
¹⁹Pfeiffer und Simon, 20001

Abbildung: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens ein Medikament pro Woche) 18- bis 59jähriger nach Geschlecht und Altersgruppen: West- und Ostdeutschland

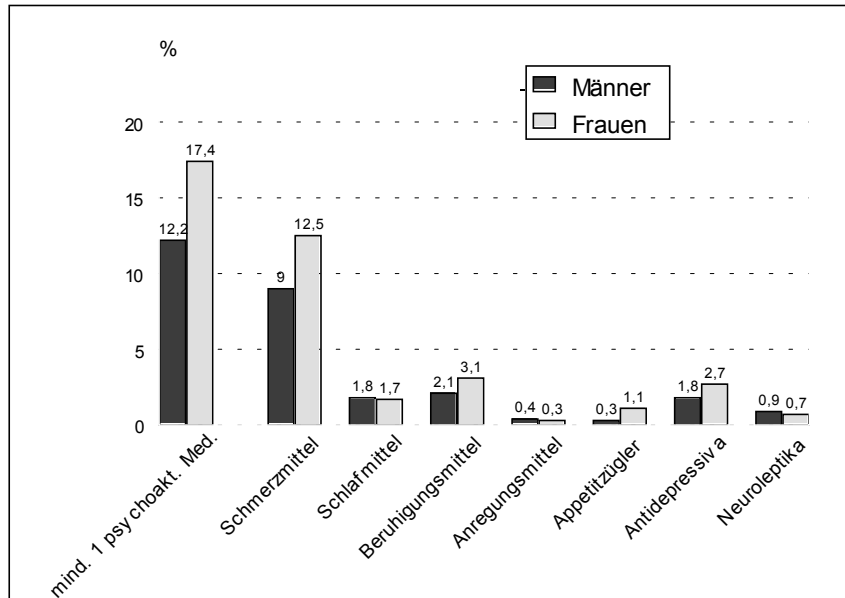


Abbildung: Prävalenz der häufigen Einnahme verschiedener psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) 18- bis 59jähriger Männer und Frauen

2.4 Konsum von illegalen Drogen bei Jugendlichen

Die überwiegende Anzahl der Jugendlichen - nämlich über drei Viertel - haben keine Erfahrungen mit illegalen Drogen.

27 % der Jugendlichen haben Erfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeit-Prävalenz). Größtenteils sind es Erfahrungen mit Cannabis: 26 % der Jugendlichen sagen, sie hätten Cannabis (Haschisch, Marihuana) irgendwann schon einmal genommen.

Die Lebenszeit-Prävalenz anderer illegaler Drogen ist wesentlich niedriger: 4 % haben Ecstasy genommen, 3 % Amphetamine (Aufputschmittel, Speed), 2 % LSD, 2 % Kokain und 1 % Schnüffelstoffe. Heroin- und Crack-Konsum geben weniger als 0,5 % an. 3 % nennen andere Drogen oder Rauschmittel.

Die meisten Konsumenten illegaler Drogen (84 %) machen erste Erfahrungen damit im Alter von 14 bis 19 Jahren. Das Durchschnittsalter für den ersten Drogenkonsum beträgt 16,4 Jahre. Für viele findet der erste Konsum erst nach mehrmaligen Angeboten und Gelegenheiten zum Konsum statt. Die Hälfte (48 %) der 12- bis 25jährigen hat schon einmal illegale Drogen angeboten bekommen. Von diesen haben es 81 % beim ersten Angebot abgelehnt, Drogen zu nehmen, und 56 % haben nie ein Angebot angenommen. Wenn illegale Drogen genommen werden, so besteht der Drogenkonsum bei ungefähr der Hälfte (45 %) im ein- oder zweimaligen Probieren.

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz bei den 12- bis 25jährigen Jugendlichen zu verzeichnen: 1993 betrug der Anteil der Drogenerfahrenen noch 18 %, 1997 23 %, um dann 2000 auf 27 % zu steigen. Dieser Anstieg kann auf drei Entwicklungen zurückgeführt werden.

Zunächst einmal lässt sich seit einigen Jahren eine Vergrößerung des Angebots beobachten. Der Anteil der Jugendlichen, denen schon einmal illegale Drogen angeboten wurden, ist von 1993 bis 2000 kontinuierlich gestiegen. Das gilt in besonderem Maße in den neuen Bundesländern: 1993 sagten dort 17 %, sie hätten ein Drogenangebot erhalten, 2000 sind es 43 %. Aber auch in den alten Bundesländern stieg dieser Anteil von 40 % in 1993 über 43 % 1997 auf 49 % im Jahr 2000.

Die zweite Entwicklung ist der Angleichungsprozess im Drogenkonsum bei den Jugendlichen der neuen Bundesländer. Dort hatten 1993 6 % der 12- bis 25jährigen Drogenerfahrungen, 1997 waren es 18 %, 2000 haben 24 % der Jugendlichen in den neuen Bundesländern Drogenerfahrungen im Vergleich zu 28 % in den alten Bundesländern.

Und drittens gibt es eine demografische Entwicklung, die den Anteil der Drogenerfahrenen bei den 12- bis 25jährigen ansteigen lässt. In dieser Bevölkerungsgruppe machen derzeit die jüngeren Altersgruppen mit gesteigener Drogenerfahrung einen größeren Anteil aus als in der Vergangenheit, während ältere Altersgruppen mit geringerer Drogenerfahrung aus der Gruppe der 12- bis 25jährigen herauswachsen.

Der geeignetere Indikator zur Beschreibung des Drogenkonsums ist deshalb die 12-Monats-Prävalenz: 13 % der 12- bis 25jährigen haben in den letzten 12 Monaten illegale Drogen konsumiert. Gegenüber 1997 hat sich dieser Anteil nicht wesentlich geändert. Er sank leicht um 2 Prozentpunkte, nachdem er 1993 bis 1997 von 11 % auf 15 % gestiegen war. Dieser Anstieg war besonders deutlich bei den jüngeren Altersgruppen, den 12- bis 17jährigen, bei denen sich die 12-Monats-Prävalenz 1997 von 5 auf 10 % erhöhte, 2000 jedoch nicht weiter anstieg. Ähnlich entwickelte sich der Drogenkonsum bei den Jugendlichen in den neuen Bundesländern: Von 1993 bis 1997 erfolgte ebenfalls ein starker Anstieg, der sich 2000 auch nicht weiter fortsetzte. Zur Zeit unterscheidet sich die 12-Monats-Prävalenz der Jugendlichen in den neuen Bundesländern mit 12 % nicht mehr von der in den alten Bundesländern (13 %).

Bundespolitische Trends und Besonderheiten und Auffälligkeiten in Untergruppen

In einigen Städten in den neuen Bundesländern, u.a. in Halle/Saale und in Leipzig, zeigte sich, dass eine schnell wachsende Zahl von sehr jungen Opiatkonsumenten (12- bis 16 Jahre) in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen erschien oder über Streetwork erreicht wurde. Die vorliegenden epidemiologischen Daten auf Bundesebene spiegeln diese Entwicklung, die auch noch aus Leipzig bekannt ist, nicht wider. Heroinkonsum zeigt sich nämlich in den letzten Jahren unter jungen Menschen als zunehmend „out“, die Zahl der erstauffälligen Konsumenten nahezu unverändert, und die Gruppe der behandelten Klienten ist in der Regel eine Gruppe von langjährigen, verelendeten Heroinabhängigen. Auch eine Nachfrage bei den Drogenbeauftragten der Länder konnte keine auffälligen Hinweise geben, dass ein neuer Trend zu Opiaten zu verzeichnen wäre.

Das frühzeitige Erkennen solcher Trends ist aber wichtig, um auch frühzeitig angemessene Hilfen zur Verfügung stellen zu können und das Problem nicht erst weiter anwachsen zu lassen.

Dabei ergibt sich ohnehin die Schwierigkeit, dass wir es mit einer Schere zu tun haben zwischen „subjektiven“ Wahrnehmungen von Problemsituationen vor Ort und der „objektiven“ Datenlage, die derartige Wahrnehmungen relativiert oder in einen größeren Zusammenhang stellt. Zum anderen müssen wir auch feststellen, dass unsere Daten, wenn sie auf Bundesebene erhoben werden, regionale Besonderheiten oft nicht erfassen können. Es besteht ein „Dunkelfeld“ bei Gruppen, die sich nur schwer in solchen Erhebungen widerspiegeln. Das sind häufig die Problemgruppen, etwa von jungen Aussiedlern oder von Jugendlichen mit exzessiven Konsummustern von psychoaktiven Substanzen aller Art. Sie sind in epidemiologischen Studien in der Regel unterrepräsentiert.

Das zeigen auch die aktuellen Trends der neuen Erhebungen aus dem Jahr 2000, der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über Konsumtrends bei Jugendlichen in der Altersgruppe der 12- bis 25jährigen und der Repräsentativerhebung des Instituts für Therapieforschung (IFT) über Trends bei der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 59 Jahren. Denn beide Studien berichten, dass im langfristigen Trend sowohl das Rauchen als auch der Alkoholkonsum bei Jugendlichen zurückgehen, dass der Cannabiskonsum ansteigt und es hier Angleichungsprozesse

zwischen Ost und West gibt, dass der Konsum von Ecstasy und Amphetaminen auf niedrigem Niveau stabil bleibt, dass der aktuelle Kokainkonsum noch immer unter 2 % der Bevölkerung liegt und dass der Opiatkonsum eine Prävalenz aufweist, die deutlich unter 1 % liegt. Alles in allem könnten wir also sagen, dass es – bis auf den Cannabiskonsum – eine eher positive Entwicklung ist, gleichwohl wir nicht die genauen Einflussfaktoren dafür benennen können. Allerdings zeigen diese Untersuchungen nicht genau genug auf, ob es möglicherweise unter diesem Trend einen gegenläufigen in bestimmten Untergruppen gibt, in denen exzessiver und risikoreicher konsumiert wird. Darauf deuten andere Daten hin, wie die erneut gestiegene Zahl der drogenbedingten Todesfälle oder die gestiegene Zahl der erstauffälligen Konsumenten, insbesondere von Ecstasy.

Im europäischen Vergleich gibt es auch Studien, die einen erhöhten riskanten Alkoholkonsum zeigen, das sog. „binge-drinking“, das Rauschtrinken. Hier haben wir kaum Daten in Deutschland, jedenfalls nicht aus den großen epidemiologischen Erhebungen. Zudem sind bislang die Daten aus der Jugendhilfe, die solche Entwicklungen ja auch registriert, und der Drogenhilfe in der Regel noch nicht vernetzt. Auch die Informationen aus dem medizinischen Bereich, etwa der Kinder- und Jugendärzte, gehen nicht in ein Gesamtbild ein, sodass wir keinen Grund haben, uns keine Sorgen machen zu müssen. Denn selbst wenn die Trends zurückgehen, handelt es sich um mehrere hunderttausende von Jugendlichen, die ihr junges Leben durch sehr riskante Konsummuster von psychoaktiven Substanzen aufs Spiel setzen.

2.5 Konsum von illegalen Drogen bei Erwachsenen

2.5.1 Cannabis

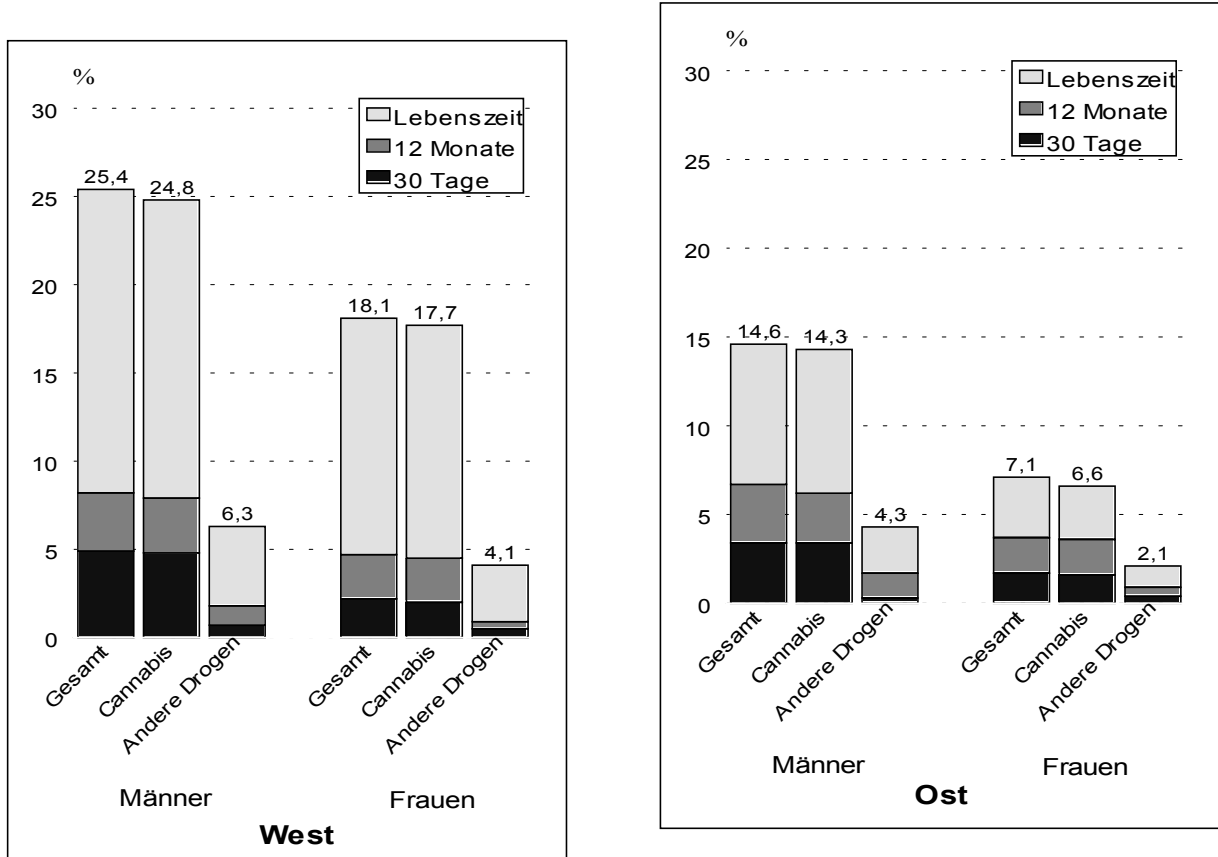
Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Im Rahmen der Bundesstudie 2000 geben 21 % der befragten 18- bis 59jährigen Westdeutschen (18- bis 34 Jahre: 32,2 %) und 11 % der Ostdeutschen (18-34 Jahre: 24,5 %) an, in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben²⁰. 6 % der 18- bis 59jährigen in den alten (18-34 Jahre: 13 %) bzw. 5 % in den neuen Bundesländern (18-34 Jahre: 12,6 %) geben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis vor der Befragung gebraucht zu haben. Am weitesten verbreitet ist Cannabis in der Gruppe der jungen Erwachsenen. Jeder Dritte (36 %) der 18- bis 24jährigen in West- und Ostdeutschland hat die Substanz schon mindestens einmal konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenzraten sind in beiden Teilen Deutschlands in den letzten drei Jahren deutlich angestiegen, sie haben sich in den neuen Bundesländern bei den 18- bis 24jährigen²¹ mittlerweile mit 17 % weiter dem Niveau in der entsprechenden Altersgruppe in Westdeutschland (22 %) angenähert.

Bei 22 % der Personen, die 1999 wegen illegaler Drogen eine Behandlung aufnahmen, war Cannabis

²⁰Kraus und Augustin, 2001, in Vorbereitung

die Hauptproblemdroge (Vorjahr: 18 %) ²². Als Behandlungsanlass steht Cannabis damit an zweiter Stelle nach Opiaten. Im stationären Behandlungsbereich liegt der Anteil der wegen Cannabis Behandelten unter den Klienten mit illegalen Drogen bei 5 % (Vorjahr: 3 %) ²³. Der "typische" Klient mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose ist relativ jung und das erste Mal in Behandlung. Er lebt in vergleichsweise stabilen Lebensverhältnissen und befindet sich noch in einer verlängerten Ausbildungsphase, die ihm einen gewissen "geschützten Raum" gewähren.

Abbildung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz 18- bis 59jähriger für illegale Drogen insgesamt, Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (andere Drogen): West- und Ostdeutschland



21

²²Türk und Welsch, 2000a

²³Türk und Welsch, 2000b

In Deutschland bezieht sich der größte Anteil der Drogendelikte auf Cannabis (1999: 54). Seit Beginn der neunziger Jahre ist eine kontinuierlich steigende Anzahl an Festnahmen wegen Cannabis zu beobachten, der sich auch im Berichtsjahr fortgesetzt hat. Im Zusammenhang mit illegalem Handel und Schmuggel sowie Einfuhr nicht geringer Mengen von Cannabis wurden 1999 33.300 Delikte registriert. Bei Betrachtung der vorwiegenden Art der Verstöße lässt sich feststellen, dass im Jahr 1999 sogenannte "Konsumdelikte" mehr als 70 % aller einschlägigen Drogendelikte ausmachen²⁴.

²⁴Bundeskriminalamt 2000

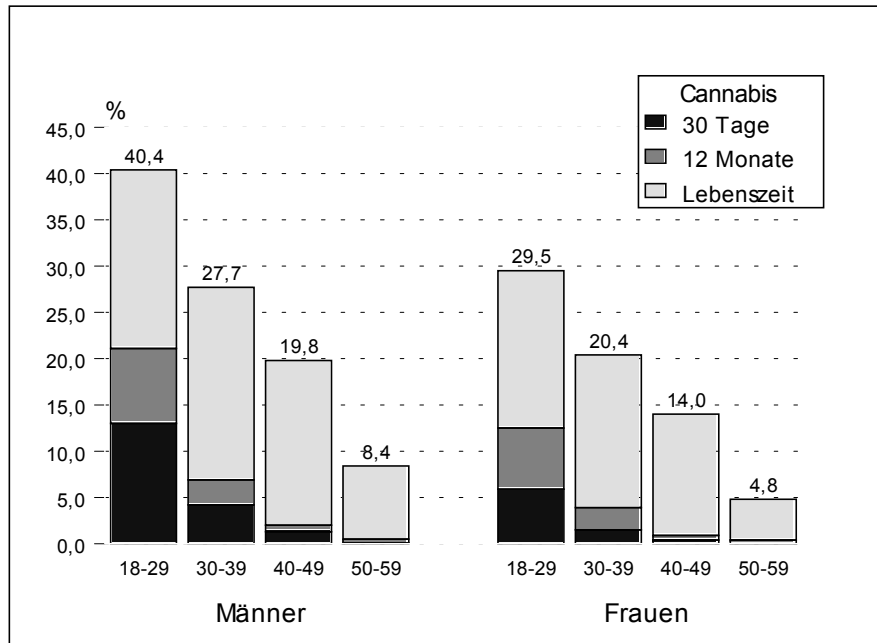


Abbildung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Altersgruppen: Westdeutschland

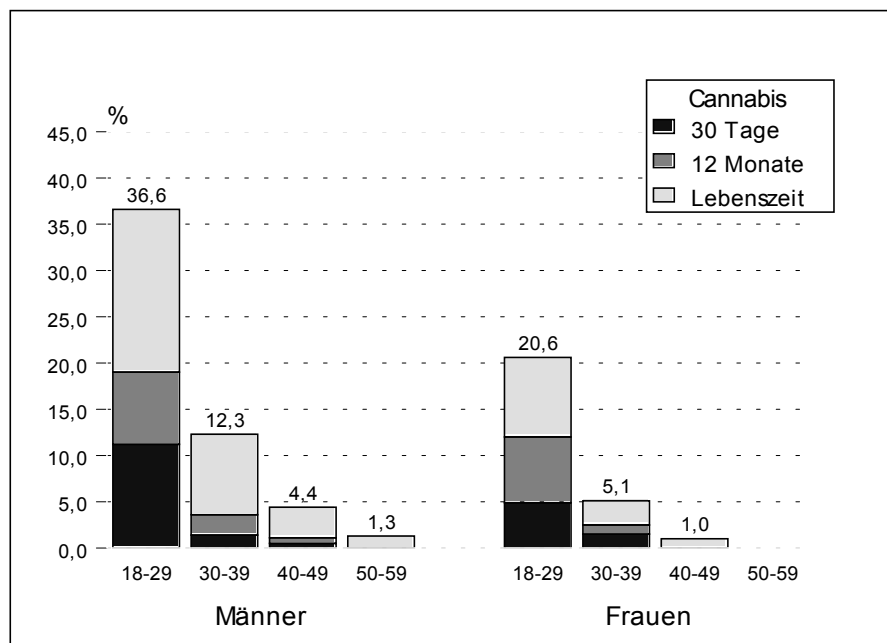


Abbildung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Altersgruppen: Ostdeutschland

2.5.2 Heroin

Der Konsum von Opiaten wie Heroin, Methadon, Codein, Opium und Morphin ist in der allgemeinen Bevölkerung wenig verbreitet. Etwa 0,9 % der Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren (18-34 Jahre: 1,4 %) haben im Laufe ihres Lebens Erfahrung mit Opiaten gemacht²⁵. Die Werte bezüglich des Konsums während der letzten 12 Monate sind deutlich kleiner. Die statistischen Angaben aus den Bevölkerungsumfragen dürfen aufgrund der schweren Erreichbarkeit dieser Konsumentengruppe jedoch nur als grobe Anhaltspunkte verstanden werden. Obwohl Opiatkonsum in der Bevölkerung sehr wenig verbreitet ist, verursacht er nach wie vor die meisten gesundheitlichen und sozialen Probleme.

Im Behandlungsbereich sind Opiate nach Alkohol die Hauptproblemdroge. Rund 9.700 Hauptdiagnosen wurden 1999 für diese Substanzgruppe im Bereich ambulanter Einrichtungen gestellt, das sind fast 4 % mehr als im Vorjahr. Der Anstieg der Behandelten erklärt sich zumindest zum Teil durch das bessere Erreichen der Klientel, insbesondere aufgrund des Ausbaus von Substitutionsprogrammen. Bei den Einzeldiagnosen fällt die Verdoppelung der Zahlen in den neuen Bundesländern auf, allerdings auf einem niedrigen Ausgangsniveau. Ein großes Risiko für Folgekrankheiten von Opiaten liegt in den risikoreichen Konsumformen. Um eine stärkere Wirkung der Substanz zu erlangen, werden Opiate häufig intravenös appliziert. Die Hälfte der behandelten Heroinkonsumenten (50 %) injiziert die Droge aktuell²⁶, während andere Opiate weniger häufig intravenös appliziert werden (Methadon 9 %; Codein 5 %; sonstige Opiate 22 %). Insbesondere der gemeinsame Gebrauch von Injektionsutensilien ("Needle-sharing") birgt ein erhebliches Risiko, Krankheiten über Blutreste an der Nadel zu übertragen. 62 % der 1999 behandelten Klienten mit intravenösem Heroinkonsum gaben an, die Injektionsgeräte wenigstens einmal mit anderen Drogenkonsumenten gemeinsam benutzt zu haben. Weibliche Konsumenten sind tendenziell eher als männliche Konsumenten (60 %) bereit, die Spritzen mit anderen Konsumenten gemeinsam zu benutzen (69 %). Die Gruppe der i.v. Drogenkonsumenten ist, nach den Homosexuellen, die zweitgrößte Risikogruppe für HIV und AIDS. Die Anzahl der AIDS-Fälle variiert dabei in den einzelnen Bundesländern beträchtlich. Während in den neuen Bundesländern immer noch wenige Menschen an AIDS erkrankt sind, ist deren Zahl in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg am höchsten. Nach Angaben des AIDS-Zentrums im Robert Koch Institut beträgt Mitte des Jahres 2000 der Anteil der Drogenabhängigen an der Zahl der neu gemeldeten AIDS-Fälle in Deutschland rund 12 %, in Bremen und Baden-Württemberg ist der Anteil mit 35 % bzw. 26 % bundesweit am höchsten (RKI 2000). Bezogen auf die kumulierte Gesamtzahl von 18.524 Aidsfällen im Register beträgt der Anteil 15 %. Die Verbreitung des HI-Virus in der Gruppe der Drogenkonsumenten konnte in den letzten Jahren in Deutschland insgesamt verlangsamt werden. Präventionsmaßnahmen, Kampagnen gegen den gemeinsamen Spritzengebrauch und neue Angebote, wie Substitution und Spritzentauschprogramme, haben hier offensichtlich gewirkt.

²⁵Kraus und Augustin, 20001

²⁶Türk und Welsch, 2000a

Insgesamt ist der Gesundheitszustand von Opiatabhängigen, insbesondere von Heroinabhängigen, relativ schlecht. Dies gilt für Mundhygiene, Infektionen, Parasitenbefall und andere Problembereiche. Ursachen sind Mangelernährung, riskante Lebensweise und unzureichende eigene Gesundheitsvorsorge. Immer mehr Fälle von TBC, Hepatitis B und vor allem von Hepatitis C treten in dieser Gruppe auf. Repräsentative Zahlen liegen zur Zeit jedoch nicht vor. Bei den 1999 polizeilich registrierten Todesfällen stellt in ca. 38 % der Nennungen Überdosierung mit Heroin und in weiteren ca. 14 % der Fälle Heroin in Verbindung mit anderen Drogen die Todesursache dar²⁷.

Die Zahl der polizeilichen Sicherstellungen von Heroin ist in Deutschland leicht gestiegen (Fälle 2000: 8.014; 1999: 7.748; 1998: 8.387; 1997: 9.509). Heroinkonsumenten stellten 2000 mit 7.914 Personen nach wie vor den größten prozentualen Anteil aller Konsumenten harter Drogen dar, die der Polizei oder dem Zoll erstmalig in Verbindung mit dem Missbrauch harter Drogen bekannt wurden.

²⁷ Bundeskriminalamt, 2000

2.5.3 Kokain

Die Anzahl der Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert haben, liegt in den alten Bundesländern in der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre bei 2,5 % (18 bis 34 Jahre: 4 %).²⁸ Die Prävalenzen sind bei den 18- bis 24jährigen in Westdeutschland seit 1980 deutlich angestiegen. Sie nahmen von 0,8 % in 1980 über 1,5 % in 1990 auf 3,9 % in 2000 zu. In den neuen Bundesländern hat die Konsumerfahrung mit Kokain im Lebenszeitraum in der Altersgruppe der 18- bis 29jährigen seit 1990 ebenfalls deutlich zugenommen und liegt mit 5 % auf westdeutschem Niveau. Der aktuelle Konsum in den letzten 12 Monaten vor der Befragung stieg in der Altersgruppe der 18- bis 39jährigen in Westdeutschland seit 1990 von 0,4 % auf 1,5 % und in Ostdeutschland von 0 % auf 1,4 %.

Anders als bei Ecstasy oder halluzinogenen Drogen, deren Konsum erst Anfang der neunziger Jahre sprunghaft angestiegen ist, weist die Gruppe der Kokainkonsumenten in Deutschland bereits seit mehr als 10 Jahren eine sehr stabile Zunahme auf. Der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Kokain ist als Hauptdiagnose in ambulanter Betreuung am dritthäufigsten vorzufinden. Hier liegt der Anteil von Kokainhauptdiagnosen bei ca. 8 %²⁹, in stationärer Suchtbehandlung mit ca. 7 % im gleichen Größenbereich³⁰. Die Anzahl der Hauptdiagnosen hat sich seit 1994 mehr als verdoppelt. Es liegen etwa fünfmal so viele Nennungen bei den Einzeldiagnosen vor. Dies bedeutet, dass Kokain von den Klienten, die in die Einrichtungen kommen, meist im Beikonsum verwendet wird. Es wird häufig neben Opiaten, allerdings zunehmend auch in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert.

Bei der Zahl der Sicherstellungen von Kokain ist in 2000 im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang um 12,3 % zu beobachten (Fälle 2000: 4.814; 1999: 5.491; 1998: 5.532; 1997: 5.482), die sichergestellte Menge ist sogar um 53,8 % zurückgegangen.

²⁸Kraus und Augustin 2001, in Vorbereitung

²⁹Türk und Welsch, 2000a

³⁰Türk und Welsch, 2000b

Die Anzahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten von Kokain nahm 2000 ebenfalls geringfügig ab (2000: 5.327; 1999: 5.662; 1998: 5.691; 1997: 5.144). Insgesamt weisen die Konsum-, Behandlungs- und Polizeizahlen aber auf eine eher zunehmende Bedeutung von Kokain hin.

Zur crack-Problematik

Nach Untersuchungen des Instituts für Therapieforschung, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die epidemiologischen Trends im Konsum von psychotropen Substanzen regelmäßig erforscht, gibt es bislang nur eine sehr kleine Gruppe, die den Konsum von Crack angibt oder wegen einer Crack-Problematik stationär oder ambulant behandelt wird. In den Drogenberatungsstellen oder Therapieeinrichtungen werden rund 5 bis 6 % der Klienten hauptsächlich wegen eines Kokainproblems beraten oder behandelt, das sind rund 11.000 Personen pro Jahr.

Crackkonsum - der einen intensiven und raschen Rausch erzeugt, der allerdings nur sehr kurz anhält - geben 2,4 % dieser Personen an (etwa 250 bis 300).

Aus den Informationen des Bundeskriminalamtes geht hervor, dass im Jahr 1998 23.391 Fällen wegen eines Kokaindelikts ermittelt wurde, mit einem hohen Zuwachs in Hamburg. Im Jahre 1999 erhöhte sich diese Zahl auf 25.499 Delikte, mit auffälligen Zuwachsraten in Nordrhein-Westfalen und Hamburg (wobei hier auf die Funktion des Hamburger Hafens für die Einfuhr hingewiesen wird). In rund 5.500 Fällen wurden sowohl 1998 als auch 1999 kleinere und größere Mengen Kokain sichergestellt. 1998 war das in 220 Fällen crack/Freebase, 1999 in 460 Fällen. 1999 wurde ein illegales Labor, in dem crack hergestellt wurde, ermittelt. Bei den rund 21.000 erstauffälligen Konsumenten harter Drogen wurde gegen ein Viertel wegen Kokaindelikten ermittelt (rund 5.700). (Die Daten für 1998 und 1999 sind hier nahezu gleich.)

Es gibt eine Gruppe von langjährigen, psychisch und sozial verelendeten Opiatkonsumenten (die vorwiegend Heroin konsumieren oder auch mit Methadon substituiert werden), die auch zusätzlich Kokain konsumieren. Ein kleiner Teil dieser Gruppe wiederum scheint crack zu konsumieren.

So ist aus Frankfurt am Main bekannt, dass diese Gruppe bis 1999 rund 150 bis 300 der etwa 6.000 bis 8.000 Heroinkonsumenten ausmacht. Neuerdings ist hier aber die Rede von einer Steigerung auf 500 bis 1.000. Der Trend zum crack-Rauchen wird dort seit 1995 beobachtet. In Hamburg wird dieser Trend seit ein bis zwei Jahren ebenfalls beobachtet. Bis zu 50 % der Besucher der Drogenkonsumräume konsumieren auch crack. Der Hamburger Senat spricht in der Beantwortung einer kleinen Anfrage vom 08.08.2000 von einer Zahl von vermutlich 100 bis 200 crack-Konsumenten. In Berlin ist das „free basen“ verbreitet in der Kokain-gebrauchenden Szene. Aber ein Konsum (und Verkauf) von crack ist nicht mitgeteilt worden.

Die Gruppe der crack-Konsumenten fällt durch Aggressivität und sehr exzessive Konsummuster, durch Hektik, Ungeduld, Paranoia, starke innere Unruhe bis hin zu psychotischen Zuständen auf. Heroin wird hier konsumiert, um sich „runterzubringen“ und den täglichen Opiathunger zu stillen, crack hingegen für den intensiven „Kick“. Der Konsum wird als schwer kontrollierbar geschildert. Die Konsumenten sind besonderen Risiken ausgesetzt, weil der kurzen Euphorie durch das crack-Rauchen oft tiefe Depressionen folgen. Außerdem werden die Lungen geschädigt, und es kommt auch immer wieder zu Überdosierungen, weil der Reinheitsgrad der Substanzen auf dem Schwarzmarkt nicht bekannt ist.

Die Gruppe der crack-Konsumenten ist schwierig zu erreichen, weil anders als in klassischen Drogenszenen größere Ansammlungen der Konsumenten selten sind, sondern die Szene durch eine hohe Mobilität gekennzeichnet ist.

In Frankfurt am Main gibt es seit 1997 ein spezielles Hilfsprojekt, ein Kooperationsprojekt von Trägern der Drogen- und AIDS-Hilfe. Hier wird versucht, zunächst einmal Vertrauen zu den betroffenen Klienten herzustellen, die zum größten Teil noch jung sind und ohne feste soziale Kontakte leben. Es werden unbürokratisch Hilfen in Abstimmung mit der Jugendhilfe zur Verfügung gestellt und Entzugsbehandlungen angeboten. Gute Erfahrungen wurden dabei auch mit Akupunkturbehandlungen gemacht, die zu einer Verringerung des Verlangens nach crack geführt haben. Die Hilfe ist stark einzelfallorientiert und sehr aufwendig. Dennoch konnte in 40 bis 50 Fällen ein Kontakt mit einer intensiven Betreuung hergestellt werden. In Berlin gibt es ein spezielles Projekt zur Beratung und therapeutischen Hilfe für Kokainkonsumenten. Auch in Hamburg wird in den niedrighschwelligen Einrichtungen auf diese Gruppe eingegangen. Es wird versucht, ein setting zu schaffen, das beruhigend wirkt (Ruhe, wenig Licht), und eine Trennung von den anderen Heroinkonsumenten. Es wird eine spezielle Schulung von Mitarbeitern der Drogenhilfe für notwendig gehalten. Außerdem gibt es eine ambulante Beratungseinrichtung, die spezielle Angebote für Kokainkonsumenten vorhält.

Um genauere Kenntnisse zu erhalten über die Verbreitung des crackkonsums, über Konsummuster und -verläufe, Motive und Effekte, psychische und gesundheitliche Risiken und mögliche Maßnahmen der Hilfe hat das Bundesministerium für Gesundheit eine aktuelle Bestandsaufnahme, insbesondere in Hamburg und Frankfurt, in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse im Mai 2001 vorliegen werden.

2.5.4 Designerdrogen (Ecstasy etc.)

Ecstasy ist auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt erst seit Anfang der 90er Jahre von Bedeutung. Die Lebenszeitprävalenz von 5,5 % bei den 18- bis 24jährigen jungen Erwachsenen in Westdeutschland (18-34 Jahre: 3,3 %) zeigt, dass Ecstasy - obwohl im Vergleich zu anderen Drogen noch nicht so lange auf dem Markt - von einer kleinen Gruppe von hauptsächlich jungen Konsumenten in erheblichem Umfang konsumiert wird. Die Entwicklung in Westdeutschland zeigt aber, dass die Lebenszeitprävalenzen seit 1995 stabil geblieben sind, in Ostdeutschland dagegen in der Gruppe der 18- bis 24jährigen seit 1997 (2,4 %) eine weitere Zunahme der Konsumerfahrung (2000: 4,1 %; 18-34 Jahre: 5,1 %). Diese Entwicklung findet sich auf niedrigerem Niveau (1-2 %) auch bei der 12-Monats-Prävalenz, Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind kaum mehr festzustellen.

Die Fallzahlen im polizeilichen Bereich weisen eine Zunahme im Jahr 2000 für Ecstasy auf: Die Anzahl der Sicherstellungen ist 2000 deutlich angestiegen (Fälle: 2000: 4.681; 1999: 2.883; 1998: 1.986; 1997: 2.368), wie auch die Zahl der Ecstasykonsumenten, die wegen ihres Drogenkonsums erstmals polizeilich auffällig wurden (2000: 5.495; 1999: 3.170; 1998: 2.830; 1997: 3.799). Die Anzahl an Klienten, die sich hauptsächlich wegen Ecstasy und ähnlichen Substanzen in ambulante Beratung oder Behandlung begeben haben, hat sich 1999 um 16 % auf 917 Personen vergrößert³¹. Die Substanzen werden häufig im Zusammenhang mit anderen Drogen gebraucht, was die sechsfache Anzahl an Einzeldiagnosen andeutet.

2.5.5 Amphetamine, LSD u.a.

Im Lebenszeitraum haben 4,7 % der Personen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren in den alten (18-34 Jahre: 4,7 %) und 3,9 % der 18- bis 24jährigen in den neuen Bundesländern (18-34 Jahre: 3,8 %) mindestens einmal Amphetamine konsumiert³². Die Prävalenzwerte für die letzten 12 Monate liegen in der Altersgruppe der 18- bis 24jährigen in Westdeutschland bei 2,8 % (18-34 Jahre: 1,4 %) und in Ostdeutschland bei 2,0 % (18-34 Jahre 1,2 %). Im Vergleich zum Jahr 1990 weisen die Zahlen zum aktuellen Konsum eine leichte Steigerung auf.

Die aktuellen Sicherstellungsfälle für Amphetamin und Methamphetamin sind 2000 leicht zurückgegangen (Fälle: 2000: 3.726; 1999: 3.811; 1998: 4.079; 1997: 3.571) und die Beschlagnahmungsmengen haben sich (2000: 271 kg; 1999: 360 kg; 1998: 310 kg; 1997: 234 kg) verringert. Andererseits hat sich die Anzahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen im letzten Jahr etwas erhöht (2000: 6.288; 1999: 6.143; 1998: 6.654; 1997: 5.535). Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

³¹Türk und Welsch, 2000a

³²Kraus und Augustin, 2001, in Vorbereitung

Als halluzinogene Droge wird in Deutschland fast ausschließlich LSD konsumiert³³. Andere Drogen, wie z.B. Meskalin, fallen zahlenmäßig kaum ins Gewicht. Im Jahr 2000 lag die Anzahl der Personen (Altersgruppe 18-34 Jahre), die mindestens einmal im Leben Erfahrung mit LSD gemacht haben, bei 2,3 % (alte Bundesländer) bzw. 2,4 % (neue Bundesländer).

Die Fallzahl der polizeilichen Sicherstellungen von LSD ist seit einigen Jahren rückläufig, hat aber in 2000 wieder zugenommen (2000: 510; 1999: 434; 1998: 561; 1997: 727).

³³Kraus und Augustin, 2001, in Vorbereitung

2.5.6 „Naturdrogen“ - Biogene Drogen

In den letzten Jahren hat der Missbrauch sogenannter biogener Drogen v. a. durch Jugendliche zugenommen. Wenngleich das Ausmaß mit dem Missbrauch anderer illegaler Drogen nicht vergleichbar ist - die Sicherstellungsfälle betragen 1999 etwa 3 % verglichen mit denen von Cannabisprodukten - so bedarf diese Entwicklung wegen der gesundheitsschädlichen Wirkungen doch besonderer Aufmerksamkeit.

Bei biogenen Drogen handelt es sich insbesondere um Nachtschattengewächse (Tollkirsche, Bilsenkraut, Engelstropfen) sowie um Pilze und Kakteen, deren Wirkung auf die Alkaloide Atropin, Hyoscyamin, Meskalin, Psilocybin, Psilocin und Scopolamin zurückzuführen ist. Diese haben ausgeprägte erregende und hemmende Wirkungen, die sich in Halluzinationen und Verwirrheitszuständen bis zu schizophrenieähnlichen Psychosen äußern, die u. U. Tage andauern können.

Darüber hinaus können wichtige Körperfunktionen beeinträchtigt werden, was sich in

- Beschleunigung der Herzfrequenz,
- Erweiterung der peripheren Blutgefäße,
- verminderte Sekretion von Tränen, Speichel und Schweiß,
- Erschlaffung der glatten Muskulatur,
- Erweiterung der Pupillen

ausdrücken kann. Bei Überdosierung kann die Herzaktivität spürbar eingeschränkt werden, durch Atemlähmung kann der Tod eintreten, wie einige Fälle in 2000 zeigten.

Der Konsum biogener Drogen ist nach wie vor eng mit der Jugend- und Freizeitkultur verbunden. Diese Mittel werden in der Regel nur gelegentlich oder nur in einem bestimmten Lebensabschnitt benutzt. Die Erfahrungen mit Ecstasy zeigen jedoch, dass die schnelle Ausbreitung des missbräuchlichen Konsums neuer Stoffe besondere Risiken mit sich bringen kann. Es ist deshalb unverzichtbar, dass in die Prävention auch biogene Drogen einbezogen werden.

Darüber hinaus sind auch ergänzende rechtliche Regelungen in Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung zu prüfen. Die vorgenannten Alkaloide haben kein Suchtpotential. Sie könnten trotzdem dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstellt werden, weil dies nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 auch „wegen des Ausmaßes der missbräuchlichen Verwendung und wegen der unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit“ möglich ist. Bislang unterliegen Meskalin, Psilocybin und Psilocin als isolierte Substanzen und seit 01. Februar 1998 auch als natürliche Gemische in Pflanzen und Pflanzenteilen den Verboten des BtMG.

2.6 Drogenbedingte Todesfälle bei illegalen Drogen

Vor dem Hintergrund der in 2000 erneut angestiegenen drogenbedingten Todesfälle auf bundesweit 2030 ist die Untersuchung des Ursachengeflechtes der Mortalität dringlich. Eine wissenschaftliche Analyse der Trends und Charakteristika dieser Todesfälle ist wichtig, um wirksamere Überlebenshilfe-Angebote zur Senkung dieser Todesfälle zu prüfen und zu erproben. Neben den substanzbezogenen Risiken ergeben sich auch zusätzliche Risikofaktoren, wie Infektionserkrankungen (HIV/AIDS, Hepatitis, Abszesse etc.), neurologische Krankheitsbilder, internistische Erkrankungen und psychiatrische Komorbidität.

Todesursachen

Überdosierungen machen rund 80 % der Todesfälle aus, wobei es keine absolute toxische Dosis gibt, sondern Todesfälle nach vorübergehender Abstinenz auftreten (reduzierte Toleranz) z.B. nach Entgiftung, Therapie, Strafvollzug etc..

Ein weiterer Risikofaktor ist die gleichzeitige Einnahme mehrerer Substanzen (Mischintoxikationen inkl. Methadon). Hierbei spielen vor allem Benzodiazepine eine große Rolle, ferner Alkohol, in geringerem Umfang Kokain und zunehmend auch Methadon. Mit einer Ausweitung der Substitutionsbehandlungen insgesamt war auch zu erwarten, dass der Anteil von drogenbedingten Todesfällen, bei denen auch Methadon gefunden wurde, steigt. Bundesweit liegt der Anteil bei rund 20%.

Ein zunehmend wichtiger Faktor ist eine möglicherweise unzureichende/unqualifizierte Methadonbehandlung bzw. eine "Selbstmedikation" mit Methadon aus dem „grauen Markt“ (d.h. durch Erwerb von Methadon, das vermutlich aus take-home-Dosen durch Drogenabhängige abgezweigt und verkauft wird).

Obwohl also bei einer steigenden Anzahl von Drogentodesfällen u.a. auch Methadon/ bzw. Codein gefunden wurde, wurden bisher keine Todesfälle aus einer regulären Substitutionsbehandlung berichtet. Die Forscher kommen viel mehr zum Ergebnis, dass Substituierte gegenüber Nicht-Substituierten ein deutlich reduziertes Sterberisiko aufweisen.

Ebenfalls problematisch ist der wechselnde Reinheitsgehalt der Substanzen, wobei es hier keine kontinuierlichen Untersuchungen des Drogenhilfesystems gibt, sondern nur die Analysen der Polizei und des BKA.

Rund 8-10 % der Todesfälle sind Todesfälle in suizidaler Absicht, etwa aus Verzweiflung über die Abhängigkeit oder über die privaten schlechten Umstände.

Zwischen 70 % und 80 % der Todesfälle ereignen sich im privaten Raum, in der eigenen Wohnung oder

der von Bekannten aus der Drogenszene. Hier gilt es, neue Möglichkeiten zu erproben, wie diese Gruppe erreicht werden kann, zumal ein nicht unerheblicher Teil nicht im Drogenhilfesystem bekannt ist. Denn bei Überdosierungen sterben die meisten Opiatkonsumenten nicht plötzlich, sondern fallen in einen tiefen Schlaf. Die Symptome des in Folge von Atemdepression und Sauerstoffmangel Sterbenden werden von den Anwesenden verkannt und eine umgehende erforderliche Hilfe nicht eingeleitet. Außerdem spielt die Angst vor einer Strafverfolgung hierbei eine Rolle.

Die überwiegende Anzahl der Todesfälle befindet sich in der Altersstufe zwischen 30 und 40 Jahren. Es handelt sich also vorwiegend um langjährige Konsumenten.

1999 waren bei 21 % der bayerischen Todesfälle depressive Störungen bekannt.

In Bremen lag die Anzahl der psychischen Störungen bei den Drogentoten 1999 sogar bei 60 % der Männer und 88 % der Frauen. Dies deckt sich mit den Untersuchungen aus Hamburg, die als wesentliche Ursache für spätere Mortalität bei Substituierten (während oder nach der Substitution) eine vorbestehende Suizidalität ergeben haben. Bei 29 % der Drogentoten, die sich in den letzten drei Monaten vor dem Tod in einer Substitutionsbehandlung befanden, liegt ein Suizid vor.

Eine kritische Veränderung der Lebenssituation (z.B. ein Rückfall, eine bevorstehende oder gerade abgeschlossene Entgiftung, Haft, Abstinenztherapie oder Substitutionsbehandlung) führt häufig auch zu riskanten Situationen.

Von den Drogentoten hatte jeder Dritte bereits einen Drogennotfall erlebt, bei den Suizidfällen war es sogar fast jeder Zweite.

Die Anzahl der chronischen Erkrankungen ist bei den aktuell untersuchten bayerischen Drogentodesfällen zwischen 1994 und 1998 geringer als eigentlich erwartet:

Die Anzahl der HIV-positiven Befunde liegt nur zwischen 3-4 %, 1999 dagegen bei rund 6%. In Bremen hingegen lag dieser Anteil in 1999 bei 17 % der männlichen und 66 % der weiblichen Drogentoten. Signifikante Steigerungen gibt es bei Hepatitis. Fast jeder Zweite ist mit Hepatitis infiziert, in Bremen rund 80%.

Mögliche Maßnahmen zur Reduzierung der Todesfälle

- Die Qualifizierung der Mitarbeiter von Einrichtungen der Drogenhilfe und der Selbsthilfe zum Erkennen kritischer Lebensereignisse ist ebenso notwendig wie eine bessere Differentialdiagnostik in niedrighschwelligen Einrichtungen. Die Aufklärung über riskante Konsummuster ist dringend erforderlich.
- Die in Berlin bereits erprobte Naloxon (Narcanti)-Mitgabe an erfahrene Drogenkonsumenten in der Szene sollte auch in anderen Städten erprobt werden, um Todesfälle im privaten Raum zu verringern.
- Verkürzungen der Wartezeiten bzw. übergangslose Weitervermittlungen in Therapien (Abstinenztherapien oder Substitutionsbehandlungen) können Krisensituationen reduzieren.
- Einrichtungen sollten sich spezialisieren im Hinblick auf die Behandlung von psychiatrischen Krankheitsbildern.

- In qualifizierten Substitutionsbehandlungen mit guter psychosozialer Betreuung sinkt das Mortalitätsrisiko signifikant. Die 15. BtMÄndV (Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung) soll hier Verbesserungen erbringen (Verpflichtung zur Qualifizierung von Ärzten, die substituieren; Einführung eines zentralen Substitutionsregisters; Verknüpfung der Verordnung mit den Leitsätzen der Bundesärztekammer zur Substitutionsbehandlung).

- Informationen über Notfalltelefonnummern zu Rettungsmaßnahmen sollten erneut verbreitet werden, um unterlassene Hilfe aus Angst vor eventueller Strafverfolgung im Drogennotfall zu vermeiden.

- Es sollte untersucht werden, wie insbesondere junge Aussiedler über riskante Konsumformen aufgeklärt werden können, weil es in einigen Städten einen hohen Anteil von Todesfällen gab (z.B. in Nürnberg oder Saarbrücken).

- Es ist auffällig, dass in den Städten, in denen neben niedrighschwelligen Kontaktläden auch Drogenkonsumräume angeboten werden (Hamburg, Hannover, Frankfurt am Main und Saarbrücken), die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumenten gegen den Bundestrend entweder weiter zurückgegangen ist (Hamburg, Saarbrücken) bzw. sich auf niedrigem Niveau stabilisiert (Hannover, Frankfurt am Main). Es ist sicher eine sinnvolle Maßnahme, dass noch weitere Drogenkonsumräume entstehen (in NRW sind sechs weitere geplant).

Drogentodesfälle nach Bundesländern

Bundesland	Drogentote 1999	Drogentote 2000	Entwicklung in %
Schleswig-Holstein	80	71	- 11,3
Hamburg	115	102	- 11,3
Niedersachsen	116	145	+ 25
Bremen	76	76	+ - 0
Nordrhein-Westfalen	422	506	+19,9
Hessen	138	138	+ - 0
Rheinland-Pfalz	71	88	+ 23,9
Baden-Württemberg	278	286	+ 2,9
Bayern	268	340	+ 26,9
Saarland	20	19	- 5,0
Berlin	205	225	+ 9,8
Brandenburg	4	3	- 25,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	7	+ 75,0
Sachsen	5	9	+ 80,0
Sachsen-Anhalt	3	6	+ 100,0
Thüringen	7	9	+ 28,6
Gesamt	1 812	2 030	+ 12

3. Zielsetzungen der Sucht- und Drogenpolitik

3.1 Prävention: Stärkung der sozialen Kompetenzen und Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen

Als Kernstück einer modernen Primärprävention des Substanzmissbrauchs gilt in der Fachwelt die Strategie, über eine Förderung und Stärkung von individuellen Handlungskompetenzen dazu beizutragen, dass altersangemessen spezifische entwicklungspsychologische Anforderungen (Entwicklungsaufgaben) bewältigt werden können und damit problematische Copingstrategien wie Suchtmittelkonsum vermieden werden bzw. nur vorübergehend in Erscheinung treten. Die Ausprägung und Entwicklung individueller Kompetenzen werden dabei auch als abhängig von entwicklungsfördernden Umweltbedingungen (z.B. verlässliche, soziale Beziehungen, gesicherte ökonomische Bedingungen, altersadäquate Freiräume und Erfahrungsfelder, Aufmerksamkeit und Zuwendung, positive Vorbilder) verstanden, die wesentlich zum Gelingen eines suchtfreien Lebensstils beitragen.

Eine so verstandene Prävention kann daher nur als Gemeinschaftsaufgabe definiert und bewältigt werden. Sie muss weiterhin im alltäglichen Handeln verankert sein, um entsprechend nachhaltig auf die

Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einwirken zu können. Im suchtmittelspezifischen Teil von Aufklärungsmaßnahmen ist dabei zuerst die Aufmerksamkeit auf die sogenannten Alltagsdrogen (Alkohol, Nikotin) aber auch Arzneimittel zu richten, weil sie in der Regel dem Gebrauch illegaler Drogen vorausgehen. Neben den zentralen Sozialisationsagenturen wie Familie, Kindergarten, Schule und Jugendarbeit kann auch der Sportverein als soziales Milieu an dieser Aufgabe sinnvoll mitwirken.

Dieses Verständnis von Suchtvorbeugung bildet die konzeptionelle Grundlage für die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)³⁴, deren Schwerpunkt in der Durchführung von Maßnahmen zur Primärprävention liegt. Neben der Bereitstellung und Verbreitung spezifischer Informationsmaterialien (Print) und audiovisuellen Medien (TV-Spots/Video) für unterschiedliche Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Eltern, Pädagogen, Ärzte) führt die BZgA unter dem Slogan "Kinder stark machen" eine öffentlichkeitswirksame Kampagne durch. Im Rahmen dieser Kampagne, die seit 1995 in enger Kooperation mit fünf großen Sportverbänden (DFB, DHB, DTB, DLV, DSB) durchgeführt wird, werden in Fortbildungen Übungsleiter und Trainer für das Thema Suchtvorbeugung auch im Sportverein sensibilisiert. Im Jahr 2000 wurden erneut insgesamt ca. 1500 Übungsleiter und Trainer fortgebildet sowie 25 Events (z.B. Familiensporttage, Trimmfestivals) gemeinsam mit den Verbänden ausgerichtet. Die damit verbundene Presseberichterstattung erreichte dabei eine Gesamtauflage von mehr als 50 Millionen. Um diesen erfolgreichen Ansatz weiterzuentwickeln, führte die Bundeszentrale im März des Jahres 2000 eine dreitägige Konferenz mit mehr als 200 Teilnehmern aus Wissenschaft, Politik, Sport- und Präventionspraxis und Vereinen durch.

Ergänzend zu dieser Kampagne hält die BZgA für Multiplikatoren in unterschiedlichen Arbeitsfeldern wie Schule, Jugendarbeit und Kindergarten ständig eine Sammlung von Unterrichtsmaterialien bzw. Arbeitshilfen bereit. Zur Unterstützung von Suchtpräventionsaktivitäten auf Gemeindeebene verfügt die BZgA mit der Wanderausstellung „Sehnsucht“ über ein Instrument, das vor allem als personalkommunikative Initiative in einer Region eine Impulsfunktion für die Stärkung und Stützung lokaler Initiativen sein soll.

Im Bereich der Sekundärprävention hat die BZgA vor allem zum Thema Alkohol und Tabak ein Reihe neuer Maßnahmen eingeleitet. Darüber hinaus sind für die Prävention illegaler Substanzen einige Neuentwicklungen eingeleitet worden, wie z.B. ein Internetprojekt für Jugendliche mit Drogenerfahrung sowie Multiplikatorenmaterialien für hauptamtliche Fachkräfte in der (stationären) Jugendhilfe und ehrenamtliche Helfer in der offenen Jugendarbeit, mit dem Ziel, Früherkennung und frühzeitige Hilfe zu leisten.

3.1.1 Maßnahmen zur Suchtprävention in der Bundeswehr³⁵

³⁴ Als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit für die Koordinierung der Suchtprävention in Kooperation mit den Bundesländern zuständig

³⁵ vgl. auch: Jahresbericht 2000 des Wehrbeauftragten; Deutscher Bundestag Drucksache 14/5400 vom 13. März 2001

Bundeswehr und ihre Praxis der Suchtprävention

Die von den Streitkräften geforderte Einsatzbereitschaft sowie die gesetzliche Pflicht zur Gesunderhaltung veranlassen die Bundeswehr zur Suchtprävention und Suchtbekämpfung. Steigendes Suchtverhalten in der Gesamtbevölkerung erforderten eine Neukonzeption der Suchtprävention auch in der Bundeswehr. Sie ist vom Bundesministerium der Verteidigung unter dem Titel "Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und -bekämpfung für Soldaten" am 08. Juli 1999 in Kraft gesetzt worden.

Position der Bundeswehr zur Suchtprävention und Suchtbekämpfung

Einsatzbereitschaft

Der Missbrauch bewusstseinsbeeinflussender Suchtmittel wie Alkohol, Medikamente und illegaler Drogen durch Soldaten, aber auch Zivilangestellte der Bundeswehr gefährdet die Einsatzbereitschaft der Streitkräfte. Der Umgang mit Waffen, Munition und militärischem Gerät erfordert äußerste Genauigkeit und Aufmerksamkeit. Aber auch die besondere Verantwortung für den Menschen in der Großorganisation Bundeswehr verlangt von den Vorgesetzten Konsequenz in der Suchtprävention und Suchtbekämpfung.

Prävention und Sanktion

Dort wo präventive Maßnahmen versagt haben, müssen Sanktionen greifen, die im Einzelfall bis zur Entfernung aus dem Dienstverhältnis reichen können. Die Bundeswehr legt Wert darauf, dass sich die Schere zwischen Prävention und Sanktion nicht zu Lasten der Prävention öffnet. Schließlich vertraut die Gesellschaft der Bundeswehr Jahr für Jahr einen Großteil der männlichen Jugend als Grundwehrdienstleistende an.

Grundlagen der Suchtprävention in der Bundeswehr

Die Bundeswehr unterstützt auch aufgrund ihrer gesellschaftlichen Verantwortung alle Maßnahmen, die seitens der Bundesregierung ergriffen werden und wurden, um Sucht entweder präventiv einzudämmen oder – wo dies nicht mehr gelungen ist – zu bekämpfen. Deshalb hat sich die Bundeswehr bereits 1990 aktiv in den Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan der Bundesregierung eingebracht.

Praxis der Suchtprävention in der Bundeswehr

Koordinierung von Präventionsmaßnahmen

Auf **Bundesebene** ist das Bundesministerium der Verteidigung Mitglied im "Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder (StAK)".

Auf der **interministeriellen Ebene** wurde zwischen den Bundesministerien des Innern (BMI), der Gesundheit (BMG), der Verteidigung (BMVg) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Arbeitsgruppe vereinbart. Dieses Forum dient der gegenseitigen Information über Programme und Maßnahmen des jeweiligen Bereiches und prüft Möglichkeiten gegenseitiger Unterstützung und Hilfe.

Die **“Koordinierungsgruppe Suchtprävention und Suchtbekämpfung des BMVg”** erfüllt folgende wesentlichen Aufgaben:

- gegenseitiges Unterrichten über Maßnahmen und Programme aus dem jeweiligen eigenen Verantwortungsbereich,
- Erarbeiten von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen und Programmen zur Suchtprävention und –bekämpfung in den Streitkräften,
- Sicherstellen des gegenseitigen Informationsflusses zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Dokumentationszentrum,
- Vorschlagen von Empfehlungen an den StAK.

Programme und Maßnahmen der Bundeswehr

Die Bundeswehr wird präventiv durch Programme und Maßnahmen tätig, um das Abgleiten von Soldaten in die Sucht bzw. den Missbrauch von Betäubungsmitteln zu verhindern. Dort, wo die Prävention versagt hat, handelt die Bundeswehr aufgrund der oben beschriebenen Verantwortung dienstrechtlich konsequent.

Programme

Alle präventiven Programme und Maßnahmen der Bundeswehr müssen dazu beitragen, zielgruppenspezifisch in allen Altersgruppen auf die Bewältigung schwieriger Lebensereignisse und Krankheiten vorzubereiten, d.h. Hilfe schon im Ansatz einer Problematik anzubieten.

Die Sekundär- und Tertiärprävention umfassen neben den ärztlichen Hilfsprogrammen ganz besonders auch unterstützende Maßnahmen der truppdienstlichen Vorgesetzten im Präventionsverbund.

Maßnahmen

Herstellung und Verteilung von Ausbildungshilfsmitteln

Neben der Anpassung der bundeswehrspezifischen Vorschriften wurden folgende zielgruppenspezifischen Ausbildungshilfsmittel an die Bedarfsträger verteilt.

Vierteiliges Ausbildungsvideo “Drogenprävention” mit Begleitheft

Zielgruppen sind junge Soldaten, vorrangig in der Grundausbildung. Für die Durchführung der zweistündigen Präventionsveranstaltung ist der zuständige militärische Vorgesetzte verantwortlich. Der Truppenarzt unterstützt den militärischen Vorgesetzten bei der Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Aspekten des Drogenmissbrauchs. Der Film dient als Einstieg in den Unterricht. Er soll Betroffenheit erzeugen, die Zielgruppe für die Behandlung des Themas im Unterricht motivieren und eine personale Kommunikation zwischen Zielgruppe und Unterrichtenden einleiten.

➤ **CUA-Lernprogramm “Total abgefahren!” zum Thema Drogenmissbrauch:** Zielgruppe dieses computerunterstützten Lernprogramms sind Lehrgangsteilnehmer der Offiziersanwärter- und Feldwebellehrgänge. Das Lernprogramm soll aber auch Offizieren nach dem Studium und jedem

Interessierten zur Verfügung gestellt werden. Das Lernprogramm besteht aus drei Abschnitten, die den Vorgesetzten informieren und Hilfestellung geben sollen:

- **Drogen und Wirkung:** Informationen über die häufigsten "legalen" und illegalen Drogen.
- **Drogen und Recht:** Rechtliche Einordnung des Umgangs mit Betäubungsmitteln.
- **Drogen und Verantwortung:** Verhaltensauffälligkeiten bei Konsumenten und Vorgehensweisen der Vorgesetzten werden multimedial durchgespielt.
- **CD-ROM "Drogen- und AIDS-Prävention in der Bundeswehr":** Die CD-ROM beinhaltet umfangreiche Ausbildungsmaterialien, die das gesamte Spektrum der Suchtprävention (und AIDS-Prävention) abdeckt. Sie steht allen Vorgesetzten, Truppenärzten, Sozialarbeitern und Militärggeistlichen zur Verfügung. Sie enthält Richtlinien zur Suchtprävention, methodisch-didaktische Hilfen und behandelt u.a. in einem Vortrags- und Seminarteil ausführlich alle Themen der Suchtprävention, wie Epidemiologie, Stoffkunde, Erscheinungsformen süchtigen Verhaltens, strafrechtliche / dienstrechtliche und psychosoziale Aspekte des Drogenmissbrauchs, medizinische Aspekte, Aspekte der Verwendungsfähigkeit und vieles mehr. Zu den einzelnen Themen gibt es eine umfangreiche Foliensammlung.

➤ **Aufbau eines “Dokumentationszentrums Suchtprävention und –bekämpfung”**

Alle zentralen Maßnahmen und Lehrhilfen der Bundeswehr, einschließlich aller Maßnahmen und Programme der Teilstreitkräfte und des Sanitätsdienstes, werden am Zentrum „Innere Führung“ erfasst. Zusätzlich werden in dem Dokumentationszentrum Maßnahmen, Programme und Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfasst, sofern sie für die Nutzung in der Bundeswehr geeignet erscheinen.

Das Dokumentationszentrum steht allen Dienststellen der Bundeswehr als zentrale Informationsstelle für Fragen der Suchtprävention und –bekämpfung zur Verfügung.

Multiplikatorenqualifizierung

Ein “Beraterlehrgang Suchtprävention” wurde in Form eines Multiplikatorenseminars in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am Zentrum Innere Führung der Bundeswehr eingerichtet.

Referenten sind u.a. Fachkundige aus der Suchtprävention, Juristen, Ärzte, Sozialarbeiter, Militärgeistliche.

Durch diese Multiplikatorenqualifizierung sollen die künftigen “Berater Suchtprävention” befähigt werden, die militärischen Vorgesetzten bei der Suchtprävention und Suchtbekämpfung zu unterstützen und die Ausbildung von Multiplikatoren im nachgeordneten Bereich zu steuern.

Kommunikatives Netzwerk

In den Standorten der Bundeswehr, an den Akademien und Schulen der Bundeswehr, findet eine Vernetzung der Suchtprävention auf der Grundlage eines “**Kommunikativen Netzwerkes**” statt. Teilnehmer dieses Netzwerkes sind militärische Vorgesetzte, Truppenärzte, Sozialarbeiter, Militärgeistliche und Vertreter regionaler Suchtberatungsstellen. Alle Maßnahmen der Suchtprävention werden gemeinsam besprochen und beschlossen, wobei sich die jeweiligen Netzwerkteilnehmer mit ihrer Fachkompetenz einbringen.

Zusammenfassung

Mit den “Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und –bekämpfung für Soldaten” vom 08.07.1999 sind die Weichen für eine effektive Suchtprävention und Suchtbekämpfung in den Streitkräften gestellt. Illegale und legale Suchtmittel werden in die Prävention einbezogen. Die Maßnahmen der Suchtbekämpfung sind in Vorschriften geregelt und werden angewandt. Die Vernetzung der Suchtprävention auf allen Ebenen ist eingeleitet. Moderne Ausbildungshilfsmittel wurden erstellt. Ein “Dokumentationszentrum Suchtprävention und Suchtbekämpfung” ist am Zentrum Innere Führung in Koblenz eingerichtet. Die Multiplikatorenqualifizierung wird lehrgangsgebunden durchgeführt. Auf der Durchführungsebene an den Standorten der Bundeswehr soll durch das Einrichten sog. kommunikativer Netzwerke eine Verbesserung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und die langfristige Sicherung der Präventionsarbeit erreicht werden.

3.1.2 Deutsches Forum für Kriminalprävention

Ein bedeutender Beitrag zur Drogen- und Suchtprävention wird künftig vom Deutschen Forum für Kriminalprävention (DFK) erwartet. In der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 ist die Gründung des DFK verankert, um die Bekämpfung der Ursachen von Kriminalität mit kriminalpräventiven Instrumenten weiter voranzutreiben. Am 20. November 1998 hat die Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (Innenministerkonferenz) die Gründung eines "Deutschen Forums für Kriminalprävention" beschlossen. Der Aufbau des Forums wird deshalb als gemeinsames Vorhaben von Bund und Ländern umgesetzt.

Die Bundesregierung hat im November 2000 beschlossen, dass auch die Bundesministerin für Gesundheit im Kuratorium des DFK vertreten sein wird. Damit wird gewährleistet, dass die aus der Sicht der Bundesregierung wichtigen Aspekte der Drogen- und Suchtprävention in diesem politisch-strategischen Gremium die notwendige Beachtung finden werden. Die Innenministerkonferenz hat am 24. November 2000 die bisherigen Gründungsvorbereitungen gebilligt und beschlossen, das DFK als Stiftung bürgerlichen Rechts unter Einbeziehung aller für die Prävention relevanten politischen und gesellschaftlichen Bereiche zu gründen. Das Gründungsverfahren wurde noch im Jahre 2000 eingeleitet.

Das DFK wird künftig die Spitzen staatlicher wie nichtstaatlicher Stellen zusammenführen, um ressortübergreifend und interdisziplinär gesamtgesellschaftliche Strategien gegen Kriminalitätsursachen zu entwickeln und zu fördern. Kriminalprävention umfaßt dabei die primäre Prävention, die an den vielfältigen Wurzeln der Kriminalität ansetzt, ebenso wie die sekundäre Prävention (Reduzierung von Tatgelegenheiten) und die tertiäre Prävention (Rückfallprophylaxe). Das DFK soll die Initiativen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene vernetzen und durch enge Kooperation verstärken. Zu diesem Zweck soll es zu der zentralen Informations- und Servicestelle der Kriminalprävention werden und zudem konkrete Präventionsprojekte unterstützen und selbst initiieren.

4. Maßnahmen der Sucht- und Drogenpolitik

4.1 Aktionsplan Alkohol - "Bündnis für Verantwortung"

Am 22. Juni 2000 trafen sich Vertreter der Werbewirtschaft, der Alkoholindustrie, der Medien und des Sports mit Bundesministerin Fischer, der Parlamentarischen Staatssekretärin Nickels sowie den Ländergesundheitsministerinnen aus Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern und einem Vertreter des Gesundheitsministeriums Hessen.

Erörtert wurde der Themenkomplex Kinder/Jugendliche und Alkohol. Trotz unterschiedlicher Auffassung in Einzelfragen wurde Übereinstimmung in folgenden Punkten erzielt:

1. Unter Federführung des BMG wurde mit Länderbeteiligung eine gemeinsame *Arbeitsgruppe* mit der Wirtschaft vereinbart, die "Vorschläge zum verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken" erarbeiten soll.
2. Unter Beteiligung von Politik, Wissenschaft und Wirtschaft wird ein *Kongress* vorbereitet, der sich dem Thema "Prävention im Zusammenhang mit riskantem Alkoholkonsum" widmet.

Bei beiden Projekten sollen u.a. Fragen von vorbeugendem Gesundheitsschutz, Kinder- und Jugendschutz und der Werbung behandelt werden.

Inzwischen haben auf Arbeitsebene weitere Besprechungen stattgefunden.

Thema war ein Austausch über evaluierte Präventionsmaßnahmen zu Alkohol bei Bund, Länder und der Industrie. Es wurde das Konzept der Punktnüchternheit (Straßenverkehr, Arbeitsplatz, Schwangerschaft) erörtert mit der Frage, ob von Bund, Ländern und Industrie gemeinsam zu tragende Aufklärungsaktionen möglich sind. Ferner wurde erörtert, ob und wie die bestehenden gesetzlichen Vorschriften im Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit sowie die neue Regelung in § 6 Gaststättengesetz stärker ins öffentliche Bewusstsein gebracht werden können und das Verkaufspersonal besser argumentativ die bestehenden Regelungen kontrollieren und durchsetzen kann.

Auch wurde die inhaltliche Diskussion zum Kongress vertieft. Hier sollen sich besondere Arbeitsgruppen mit Themen wie Jugend- und Gesundheitsschutz, gute Beispiele aus der Prävention und dem Einfluss der Werbung auf das Konsumverhalten Jugendlicher beim Alkohol befassen. Voraussichtlich im Herbst 2001 soll der Kongress in Berlin stattfinden.

Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen³⁶

Ein Autorenkollektiv hat das Thema Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen aus verschiedenen Gesichtswinkeln beschrieben und alle vorhandenen wissenschaftlichen Daten zusammengetragen. Dabei wurden die jährlich publizierten Produktions- und Verbrauchsstatistiken unter dem Gesichtspunkt des veränderten Trinkverhaltens und Getränkeangebot neu berechnet. Einvernehmlich mit der Industrie wurden die Grädigkeit (Alkoholkonzentrationen) der verschiedenen alkoholischen Getränke festgelegt. Diese sind künftig die Grundlage für eine einheitliche Umrechnung alkoholischer Getränke, z.B. in Bezug auf die individuelle Konsummenge pro Tag oder den durchschnittlichen nationalen Pro-Kopf-Verbrauch. Ferner sind in dem Buch alle relevanten Informationen zu alkoholbezogenen Störungen gesammelt und bewertet. Damit liegt erstmals ein "Alkoholschadensbericht" vor, in dem auch Angaben zu alkoholbedingten gesellschaftlichen Kosten enthalten sind.

Alkoholkonsum und Krankheiten³⁷

Untersucht wurde durch Auswertung weltweiter Literatur, inwieweit sich die dem Alkoholgenuss zugeschriebenen protektiven Wirkungen des Alkohols wissenschaftlich belegen lassen. Der potentielle Nutzen des Alkoholgenusses wurde den möglichen Risiken jeweils für die folgenden Krankheitsbilder gegenübergestellt: Koronare Herzkrankheit; Schlaganfall; Blutdruck; Erkrankungen der Leber; Erkrankungen von Gallenblase und -gängen, Erkrankungen des Pankreas; Tumore in Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre, Magenkrebs; kolorektale Karzinome; Brustkrebs; fetales Alkoholsyndrom sowie fetale Alkoholeffekte und Gesamtmortalität.

Hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit variiert die mit dem geringsten Sterberisiko assoziierte Alkoholmenge sehr stark, doch findet sich die größte Übereinstimmung bei einer Zufuhr von ca. 19 g/Tag bei Männern und 10 g/Tag bei Frauen.

Für jüngere Bevölkerungsgruppen (bis etwa 40 Jahre) besteht eine deutliche Beziehung zwischen der Zufuhr von Alkohol und dem Mortalitätsrisiko, die u.a. auf den hohen Anteil an Todesfällen aufgrund von Gewalteinwirkungen und Unfällen unter Alkoholeinfluss zurückzuführen ist. Junge Erwachsene und insbesondere Jugendliche sollten deshalb ihren Alkoholkonsum stark reduzieren. Schwangere Frauen und Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sowie stillende Frauen sollten völlig auf Alkohol verzichten.

Mit zunehmendem Alter und ansteigendem Risiko für Gefäßerkrankungen scheinen Personen hingegen in einem stärkeren Ausmaß von den vorteilhaften Eigenschaften des Alkohols profitieren zu können. Der

³⁶ Im Juni 2000 erschien der mit Mitteln des BMG erstellte Band "Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland" (Band 128, Schriftenreihe des BMG, NOMOS-Verlagsgesellschaft Baden-Baden).

³⁷ Eine weitere wichtige Publikation erschien im Dezember 2000 "Alkoholkonsum und Krankheiten" (Band 134, Schriftenreihe des BMG, NOMOS-Verlagsgesellschaft Baden-Baden) ist der Titel einer Literaturstudie die die Universität Bonn mit finanzieller Unterstützung des BMG durchgeführt hat.

positive Effekt moderaten Alkoholkonsums hängt dabei entscheidend von der betrachteten Bevölkerungsgruppe (Alter, Geschlecht) und vom individuellen Risikoprofil ab. Spezifische Erkrankungen und Risikofaktoren sowie verschiedene Medikamente können den günstigen Alkoholeffekt umkehren. Ferner ist zu berücksichtigen, dass Alkohol bei prädisponierten Personen zu einer Alkoholabhängigkeit führen kann.

Es besteht kein Grund, abstinente Personen zum Alkoholkonsum zu bewegen.

4.2 Kampagne gegen die schädlichen Folgen des Rauchens

Auch in der 14. Legislaturperiode hat sich eine interfraktionelle Arbeitsgruppe zusammengeschlossen, um über gesetzliche Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz und zur Tabakprävention zu beraten. Die Überlegungen betreffen einmal den Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz, der durch eine Verbesserung der Arbeitsstättenverordnung erreicht werden soll. Danach sollen Arbeitgeber künftig ausdrücklich verpflichtet werden, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch zu schützen. Einschränkungen sollen allerdings für Gaststätten, Restaurants und andere Betriebe mit Publikumsverkehr gelten. Ein entsprechender Antrag, der von zahlreichen Abgeordneten aller Parteien unterstützt wird, wurde am 12. April 2000 im Deutschen Bundestag eingebracht (BT-Drs. 14/3231). Die zuständigen Ausschüsse des Deutschen Bundestages haben positiv votiert. Voraussichtlich zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai 2001 wird der Antrag abschließend im Deutschen Bundestag behandelt.

In einem zweiten Schritt ist an eine Gesetzesinitiative zur Verstärkung des Jugendschutzes gedacht, die u.a. ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit mit der Möglichkeit der Ahndung bei Zuwiderhandlung durch Veranstalter oder Gewerbetreibende vorsieht. Ein entsprechender Antrag soll allerdings erst nach Abschluss der Beratungen zur Änderung der Arbeitsstättenverordnung eingebracht werden. Gleiche Pläne verfolgt die Bundesregierung unter Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Zuge einer umfassenden Novelle des Jugendschutzgesetzes.

In diesem Zusammenhang muss insbesondere die Frage der Abgabe durch Zigarettenautomaten gelöst werden. Bisher gilt eine im Jahre 1997 ausgehandelte freiwillige Vereinbarung, nach der Zigarettenautomaten, die an Schulgebäuden oder an Jugendzentren angebracht sind bzw. in einem Sichtfeld von 50 m vom Haupteingang dieser Gebäude hängen, abgebaut werden müssen. Die Automatenindustrie erprobt derzeit verschiedene technische Möglichkeiten, zum Beispiel ein Chipkarten-System, das gewährleistet, dass Kinder und Jugendliche keinen Zugriff zu Zigarettenautomaten erhalten. Das Bundesministerium für Gesundheit steht mit den Automatenaufstellern in Verhandlung, um hier die Belange des Jugendschutzes durchzusetzen.

Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt die neuen Aktivitäten zum Nichtrauchererschutz nachdrücklich. Beide Gesetzesinitiativen fallen allerdings nicht in den originären Zuständigkeitsbereich

des Bundesministeriums für Gesundheit. Angesichts der aus gesundheitspolitischer Sicht enttäuschenden Erfahrungen aus den letzten Legislaturperioden mit Entwürfen für umfassendere Nichtraucherchutzgesetze erscheinen die Initiativen der neuen interfraktionellen Abgeordnetengruppe mit dem Ziel, kein neues Gesetz zu schaffen, sondern bestehende Verordnungen bzw. Gesetze (Arbeitsstättenverordnung, Jugendschutzgesetz) weiterzuentwickeln, als Schritte in die richtige Richtung.

4.2.1 Maßnahmen zu Tabakmissbrauch und Jugendschutz

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überprüft zurzeit alle Regelungen des Gesetzes zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit auf den Novellierungsbedarf der einzelnen Gefährdungstatbestände.

Hierbei wird auch das Abgabeverbot für Tabakwaren an Kinder und Jugendliche berücksichtigt. Nach den Erfordernissen des Jugendschutzes und Gesundheitsschutzes reicht es nicht aus, wenn Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren – noch dazu in einer schwer zu überwachenden Weise – lediglich das Rauchen in der Öffentlichkeit verboten wird. Nach dem Vorbild der Vorschriften des Jugendschutzes zur Abgabe alkoholischer Getränke (§ 4 JÖSchG) bedarf es eines gewerblichen Abgabeverbotes in Ergänzung des bestehenden Rauchverbotes. Insbesondere darf die Tatsache, dass ein erheblicher Teil des Zigarettenabsatzes über Automaten stattfindet, nicht Anlass dafür sein, von einem Automatenvertriebsverbot weiterhin Abstand zu nehmen. Die heutige Technik gestattet Vorrichtungen an den Automaten, die eine Bedienung mit Waren nur für einen bestimmten Personenkreis zulassen.

Auch ist geplant, den Schutz junger Menschen vor Gefährdungen durch Alkohol strikter auszugestalten.

Denn seit Jahrzehnten ist wissenschaftlich gesichert, dass die gesundheitlichen Schäden durch den Konsum von alkoholischen Getränken und durch das Rauchen schwerwiegend sind.

4.2.2 Gespräche mit der Tabakindustrie

Seit 1999, zuletzt im Mai 2000, werden Gespräche mit der Tabakindustrie geführt. Gegenstand der Gespräche ist ein substantieller, finanzieller Beitrag der Tabakindustrie für den Kinder- und Jugendschutz mit dem Ziel, dass Kinder und Jugendliche vom Rauchen abgehalten werden.

Zentrale Diskussionspunkte, über die noch keine Einigung erzielt werden konnte, sind die Höhe des Beitrags, die organisatorische Verwaltung der Mittel, z.B. als Stiftung, und die Frage der Einflussnahme der Industrie auf die Projekte, die mit diesen Mitteln durchgeführt werden. Im Jahr 2001 ist ein weiteres Treffen vorgesehen.

Im letzten Jahr hat die Tabakindustrie die kostenlose Schaltung von Spots der BZgA zur Raucherprävention im Kino ermöglicht.

Die Industrie muss ihre Verantwortung für den Kinder- und Jugendschutz endlich wahrnehmen. Die von der EU-Kommission geplanten Tabakproduktrichtlinien werden die Anforderungen an Transparenz gegenüber den Inhaltsstoffen und gesundheitsgefährdeten Wirkungen von Zigaretten und anderen Tabakwaren deutlich erhöhen.

4.2.3 WHO-Partnerschaftsprojekt

Das Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen hat im Rahmen des "Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa" das Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit ins Leben gerufen.

Bei diesem Projekt handelt es sich um eine konzertierte Aktion der WHO mit vier europäischen Partnerstaaten (Deutschland, England, Frankreich und Polen) und Unternehmen der Privatwirtschaft.

In Deutschland wird das Partnerschaftsprojekt von der *Koalition gegen das Rauchen* durchgeführt. Die Koalition gegen das Rauchen wird für dieses Projekt mit Mitteln des BMG gefördert. Im Projektverlauf sollen Raucher motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören und bei der Raucherentwöhnung die notwendige Unterstützung erhalten.

Mit Hilfe von *fünf Arbeitsschwerpunkten* sollen diese Ziele erreicht werden.

1. Aufbereitung von Daten zur Tabakabhängigkeit

Es gibt eine Reihe statistischer Erhebungen über den Raucheranteil in der Bevölkerung - gestaffelt nach Geschlecht und Altersgruppen. Allerdings fehlen genauere Daten zum Rauchverhalten. Von Bedeutung für die Evaluation von Maßnahmen im Bereich "Nikotinabhängigkeit" wären aussagekräftige Daten über die Anzahl erfolgloser Rauchstopps von Rauchern, über die dabei verwandten Hilfsmittel bzw. die erhaltene Unterstützung und deren Verfügbarkeit, über Erfahrungen mit rauchfreien Bereichen in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz sowie über den Anteil der Raucher, die die Absicht haben, kurz- oder mittelfristig mit dem Rauchen aufzuhören.

Seit Ende November 1999 liegt eine Bestandsaufnahme über die in Deutschland erhobenen Fragen und Daten zum Rauchverhalten vor.

Eine solche Bestandsaufnahme wurde auch in den anderen am Partnerschaftsprojekt beteiligten Staaten durchgeführt. Der Abstimmungsprozess für einen "Gold-Standard" bei Fragestellungen zur Raucherentwöhnung und dem Status zur Motivation zum Rauchstopp wird fortgeführt.

2. Regelungen zu Tabakwaren und zu Raucherentwöhnungsprodukten

In den vier Zielländern werden Zigaretten und Nikotinpräparate zur Tabakentwöhnung nach sehr unterschiedlichen Regelungen verkauft und kontrolliert. Im Rahmen des Projektes werden die verschiedenartigen rechtlichen Regelungen bezüglich Tabakwaren und Raucherentwöhnungsprodukten aufgezeigt und Veränderungen vorgeschlagen.

Für Deutschland werden derzeit Empfehlungen zur Regulierung von Tabakwaren zusammengetragen. Bei einer Fachtagung in Barcelona wurde im Oktober 2000 ein Bericht über den Stand der Deregulierung von Nikotinpräparaten in Deutschland, England, Frankreich und Polen vorgelegt.

3. Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz

Es gibt bereits Firmen, Restaurationsketten und Verkehrsbetriebe, die aufgrund von Betriebsvereinbarungen Maßnahmen zum Nichtraucherschutz realisiert haben. Im Rahmen des WHO-Partnerschaftsprojektes wurde in der Modellstadt Herne neben Maßnahmen zum Nichtraucherschutz das Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum "rauchfreien Krankenhaus" umgesetzt. Im weiteren Projektverlauf sollen Betriebe und öffentliche Einrichtungen zu Maßnahmen des Nichtraucherschutzes angeregt werden. Im Hinblick auf einen gesetzlichen Nichtraucherschutz, der ausreichenden Gestaltungsraum für die Sozialpartner vorsieht, werden hier modellhaft Erfahrungen gesammelt, die zu einem späteren Zeitpunkt Vorbildfunktion für Betriebe und öffentliche Einrichtungen übernehmen können.

Mit der Verbreitung und Initiierung von Workshops und Informationen zum "rauchfreien Krankenhaus" wurde der Grundstein für die Bildung eines Netzwerkes der rauchfreien Krankenhäuser in Deutschland gelegt. Gegenwärtig gibt es in Berlin und Herne eine solide Zusammenarbeit zwischen den lokalen Krankenhäusern, die die Thematik "Nichtraucherschutz und Raucherentwöhnung" intensiv bearbeiten. Weitere lokale Ansprechpartner befinden sich in Essen und München. Die Grundlagen für die Schaffung eines Handbuchs zum rauchfreien Betrieb werden erarbeitet. Hierfür wurden im September 2000 Krankenkassen, Vertreter großer Konzerne sowie der Gewerkschaften und Betriebsräte zu einem Erfahrungsaustausch über Maßnahmen der Raucherentwöhnung und des Nichtraucherschutzes im Betrieb eingeladen.

2001 werden in jedem Partnerland vier Unternehmen (Privatwirtschaft und öffentlicher Sektor) modellhaft auf dem Wege zum rauchfreien Betrieb begleitet und dokumentiert. Diese vergleichende Dokumentation soll anderen Staaten der WHO-Europaregion als Modell dienen. Auf nationaler Ebene werden unter Berücksichtigung der Modellstudie nationale Handbücher zum "rauchfreien" Betrieb erarbeitet, die deutlich auf die nationalen Besonderheiten eingehen werden.

4. Qualitätsgesicherte Raucherentwöhnung

In Deutschland wird seit 1995 durch Ärzte das Stufenprogramm "Frei von Tabak" zur Raucherberatung und Rauchertherapie eingesetzt. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Anbieter von Methoden der Raucherentwöhnung. Es gibt Bücher, Videos, CDs, Kurse sowie eine Reihe von Nikotinpräparaten. Wichtig sind Qualitätsstandards und die entsprechende Umsetzung der qualitativ gesicherten Maßnahmen der Raucherentwöhnung. Gemeinsam mit den Gesundheitsberufen sollte auf eine verstärkte Berücksichtigung qualifizierter Raucherentwöhnung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung hingewirkt werden. Die Anreizsysteme für das Angebot qualifizierter Raucherentwöhnung müssen verbessert werden. Hierdurch kann die Effizienz und Breitenwirkung der Hilfsangebote für die Raucherinnen und Raucher enorm erhöht werden.

Seitens des Deutschen Krebsforschungszentrum wurde in Abstimmung mit der Bundesärztekammer für das WHO Partnerschaftsprojekt (Zusammenarbeit/Kooperationspartner) ein Ausbildungscurriculum für Gesundheitsberufe erstellt. Die Verbreitung dieses Curriculums zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird im kommenden Jahr über die Suchtbeauftragten der Landesärztekammern erfolgen. Der

Förderverein der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. hat mit Unterstützung der Barmer Ersatzkasse die Veröffentlichung dieses Curriculums in die Wege geleitet. Darüber hinaus ist die Veröffentlichung eines Konzeptes für eine Rauchersprechstunde geplant. Unter Federführung des Deutschen Krebsforschungszentrums und mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird das Konzept einer Rauchersprechstunde im Setting (Betriebe, Krankenhäuser, Arztpraxen, Suchtberatungsstellen) veröffentlicht.

Europäische Empfehlungen für eine qualitätsgesicherte Raucherentwöhnung wurden auf den Konferenzen im November 1999 in London und im Oktober 2000 in Barcelona beraten. Die Veröffentlichung dieser Empfehlungen durch die WHO Europa sind für Anfang 2001 geplant. Seitens der *Society for Research on Nicotine and Tobacco* wird im kommenden Jahr ein Trainingsprogramm zur Raucherentwöhnung im Internet unter der Domäne *www.treattobacco.net* aufrufbar sein. Ein Trainingspaket zur Raucherentwöhnung wird Anfang 2001 bei dem Regionalbüro Europa der WHO zu beziehen sein: *pha@who.dk*

5. Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung

Unter Einbeziehung verschiedener Partner des Bundes, der Länder und Kommunen sowie des nicht-staatlichen Sektors sollen geeignete und neue Kommunikationsstrategien entwickelt und evaluiert werden.

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde eine Bestandsaufnahme der international verwendeten Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung vorgelegt. Insbesondere werden Massen-Kommunikationsmodelle aus den USA und Australien analysiert, die Wirkung von Telefonberatungsstellen auf die Senkung der Raucherprävalenz und das Zusammenwirken von kulturellen Besonderheiten bei der Ansprache von Rauchern. Es ist geplant, die Expertise noch in diesem Jahr zu veröffentlichen.

Die Ausstellung Kunst/WIRKT mit über 20 Kunstwerken von europäischen Künstlern, die sich mit dem Thema Rauchen auseinandergesetzt haben, wird im Mai 2001 in Berlin zu sehen sein. Ziel ist es, mit Hilfe von Kunstwerken Rauchern das Thema „Rauchstopp“ näher zu bringen und über eine breit angelegte Medienkampagne über die süchtigmachende Wirkung von Tabakwaren zu informieren. Einige dieser Kunstwerke werden als Poster der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und sollen insbesondere in Krankenhäusern, Betrieben, Arztpraxen und Apotheken platziert werden. Die Kunstaussstellung war bereits in London (21.-24. November 2000) und wird nach Berlin ihre Reise nach Warschau (Juni 2001) und Paris (September 2001) fortsetzen.

4.2.4 Internationaler Wettbewerb zum Rauchen „Rauchfrei bis Mai - Quit and Win“

Deutschland nahm im Jahr 2000 erstmals an dem internationalen Wettbewerb „Quit and Win - Aufhören und Gewinnen“ teil.

Der Wettbewerb fand unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit, Andrea Fischer, statt und wurde aus Mitteln der BZgA gefördert. Das Projekt wurde vom Deutschen Krebsforschungszentrum koordiniert.

Im März 2000 startete die Aktion, die zum Ziel hatte, möglichst viele Raucher zu bewegen, im Monat Mai nicht zu rauchen. Dies war mit der Hoffnung verbunden, einen Anstoß für eine dauerhafte Aufgabe des Rauchens zu geben. An der Aktion beteiligten sich unter anderen die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, die bundesweit flächendeckend alle 21.550 Apotheken ansprach, der Deutsche Sportbund mit einer Vielzahl von Sportvereinen, verschiedene Krankenkassen, die Deutsche Lungenstiftung, die Deutsche Herzstiftung, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe, über 200 Betriebe, über 400 Kliniken, flächendeckend alle Gesundheitsämter und die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und Suchtberatungsstellen. Über gedruckte Teilnahmekarten meldeten sich fast 19.000 und über das Internet noch einmal 6.000 Teilnehmer an. Am 31. Mai, dem Weltnichtrauchertag, wurden dann die Gewinner ausgelost. Der nationale Preis für den Raucher bzw. die Raucherin und den unterstützenden Helfer betrug je 5.000 DM.

„Quit and Win“ findet in fast 100 Ländern unter der Schirmherrschaft der WHO statt. Der Wettbewerb wird seit 1994 im Zweijahresrhythmus durchgeführt. Während der EXPO 2000 wurden dann im August in Hannover in Anwesenheit von Frau Bundesgesundheitsministerin Fischer, Vertretern der Generaldirektion der WHO in Genf und dem Leiter von International Quit and Win 2000, Prof. Puska aus Finnland, der internationale Hauptpreis verliehen.

4.2.5 Be Smart – Don't Start. Ein europaweiter Wettbewerb zur Primärprävention des Rauchens im Jugendalter

Be Smart – Don't Start ist ein Interventionsprogramm zur Verhütung des Rauchens, das 1997 als primärpräventive Maßnahme für Schulen mit Sekundarstufe entwickelt und erstmalig in Deutschland durchgeführt wurde.

Der theoretische Hintergrund für das Programm ergibt sich aus epidemiologischen Studien, die zeigen, dass ein früher Einstieg in das Rauchen mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Verhaltensmanifestation im Erwachsenenalter führt. Die Wahrscheinlichkeit, nach dem Jugendalter zum Raucher zu werden, also z.B. ab dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen zu beginnen, ist relativ gering.

Aus diesen Befunden ergeben sich die Zielsetzungen für den Wettbewerb:

1. Möglichst langfristige Verzögerung bzw. gänzliche Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen bei nichtrauchenden Schülern.
2. Einstellung des Rauchens bei den Schülern, die bereits mit dem Rauchen experimentieren, so dass sie nicht zu regelmäßigen Rauchern werden.

Zielgruppe des Programms sind Schüler im Alter von 11 bis 14 Jahren (sechste – achte Klassenstufen), da Jugendliche in dieser Altersspanne beginnen, mit dem Rauchen zu experimentieren. Der Wettbewerb wird auf Klassenebene durchgeführt, und die Schüler der teilnehmenden Klassen verpflichten sich, ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen. Die Klassen, die dieses Ziel erreichen, können viele attraktive Preise gewinnen.

Teilnahme in Deutschland und Europa

Die Idee für den Wettbewerb kommt aus Finnland, wo er schon seit 1989 jährlich durchgeführt wird. Seit 1997 wird das Programm in mittlerweile 15 europäischen Ländern zeitgleich jährlich in der Zeit von November bis April durchgeführt.

In Deutschland wird „Be Smart – Don't Start“ im Schuljahr 2000/2001 in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Thüringen, dem Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein landesweit angeboten. Darüber hinaus beteiligen sich Regionen aus Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Deutschlandweit haben sich in diesem Durchgang ca. 109.000 Schüler aus 4.352 Klassen für eine Teilnahme beworben.

Studie zur Effektivität des Programms

In den Jahren 1998 und 1999 wurde in Deutschland eine Kontrollgruppenstudie mit Meßwiederholung zur Evaluation der primärpräventiven Effektivität des Wettbewerbs durchgeführt. Untersucht wurde, ob der Wettbewerb eine geeignete Interventionsmaßnahme darstellt, um bei nichtrauchenden Schülern den Einstieg in das Rauchen zu verzögern. Darüber hinaus wurde evaluiert, ob Schüler, die schon gelegentlich oder täglich rauchen, ihren Konsum einstellen, wenn sie an der Intervention teilnehmen. Schüler aus Hamburg und Berlin, wo der Wettbewerb durchgeführt wurde, dienten als Experimentalgruppe und Schüler aus Hannover, wo der Wettbewerb nicht angeboten wurde, wurden als Kontrollgruppe rekrutiert.

Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Verzögerung des Einstiegs in das gelegentliche und das tägliche Rauchen bei den nichtrauchenden Schülern der Interventionsgruppe und weisen auf die primärpräventive Effektivität der Intervention hin.

Unterstützung

Das Programm wird durch die Europäische Kommission im Rahmen des Aktionsplans „Europa gegen den Krebs“ europaweit gefördert. In Deutschland unterstützen darüber hinaus die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie diverse Sozial- und Kultusministerien und andere Institutionen, wie z.B. die Thüringische Krebsgesellschaft und Krankenkassen, den Wettbewerb.

4.2.6 Klasse 2000 – ein Projekt zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung in der Grundschule

Das Programm Klasse 2000 beginnt bei 6- bis 7jährigen Kindern in der Grundschule.

Ziel ist die Stärkung all jener Faktoren bei Kindern, die eine positive Einstellung zur Gesundheit fördern und einem gesundheitsschädlichen Verhalten vorbeugen.

Im einzelnen heißt das:

- Hilfe bei der Entwicklung eines positiven Körperbewusstseins und Gesundheitsbegriffs
- Stärkung der sozialen Kompetenzen und des Selbstwertgefühls
- Schulung eines kritischen Umgangs mit Genussmitteln und Alltagsdrogen
- Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes

Die Erreichung dieses Zieles erfordert eine langfristige und kontinuierliche Durchführung des Programms in enger Zusammenarbeit zwischen den Lehrern, Eltern und den Klasse 2000-Gesundheitsförderern. Spezielle Unterrichtsmaterialien wurden dazu erarbeitet.

Die Schulen beteiligen sich am Klasse 2000-Programm auf freiwilliger Basis. Die Initiative für die Teilnahme kann von der Schule selbst, von Eltern, Gemeinden oder Sponsoren ausgehen. Schulleiter und Lehrerkollegium müssen dem Projekt zustimmen. Die Finanzierung der Unkosten erfolgt durch Spenden mittels Patenschaftsübernahmen von einzelnen Klassen. Viele Firmen, Institutionen, Privatpersonen, Krankenkassen etc. engagieren sich für das Projekt.

Das Programm wird wissenschaftlich begleitet und jährlich optimiert.

Das Programm Klasse 2000 wurde am Institut für Präventive Pneumologie Klinikum Nürnberg entwickelt und startete 1991/92 zunächst in 234 Schulklassen in Bayern. Inzwischen wird das Programm bundesweit durchgeführt. Im Schuljahr 1999/2000 nahmen 2.718 Klassen mit 69.268 Schülern teil.

4.3 Gesetz zur rechtlichen Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen

In Erfüllung der Koalitionsvereinbarung hat die Bundesregierung das 3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes in den Bundestag eingebracht, es trat am 1. April 2000 in Kraft.

Die neuen Regelungen haben zum einen den Betrieb von Drogenkonsumräumen nach bundeseinheitlichen Standards legalisiert und zum anderen die Voraussetzungen für den weiteren Ausbau und die Qualitätsverbesserung der methadongestützten Behandlung geschaffen.

Die Standards für Drogenkonsumräume sehen ein spezielles Hilfsangebot für meist nur schwer erreichbare und verelendete chronisch Abhängige vor. Drogenkonsumräume bieten ihnen nicht nur einen notwendigen hygienischen und medizinischen Schutz bei ihrem täglichen riskanten Drogenkonsum, sondern auch eine effektive Zugangsmöglichkeit zum gesamten Netz der Drogenhilfe. So ist die Zahl der Drogentoten z.B. in Frankfurt seit Eröffnung der vom Land Hessen geförderten Drogenkonsumräume im Jahre 1994 so signifikant und kontinuierlich gesunken, dass von Fachleuten ein Zusammenhang angenommen wird.

Auch die bisherigen Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen belegen, dass es in Städten mit Drogenkonsumräumen einen Rückgang der Zahl der Drogentoten gibt, dass bisher unbekannte Abhängige erstmals mit Angeboten der Beratung und Behandlung erreicht, dass die sog. offene Drogenszene reduziert, Drogenhandel im Zusammenhang mit Drogenkonsumräumen weitgehend verhindert und die Sicherheitslage in den betroffenen Stadtgebieten verbessert werden konnte. Aus 4 Konsumräumen in Frankfurt, Hamburg und Saarbrücken wurde inzwischen vorab gemeldet, dass sie im vorigen Jahr insgesamt 422 Heroinkonsumenten unmittelbar in eine suchtttherapeutische Behandlung, meist Methadonsubstitution, vermitteln konnten. Wir werden im Laufe des Jahres noch eine ausführliche Ergebnisauswertung veröffentlichen, sobald die abgefragten Daten von allen Konsumräumen vorliegen.

Einzelne Bundesländer erarbeiten die zur Inbetriebnahme von Drogenkonsumräumen vorausgesetzte Rechtsverordnung, in zwei Bundesländern ist sie bereits in Kraft getreten. Das Bundesministerium für Gesundheit wird die übrigen Länder bitten, zügig und zeitnah die rechtlichen Voraussetzungen zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen zu schaffen.

Entwicklung von drogenbedingten Todesfällen in bundesdeutschen Großstädten (die unterstrichenen verfügen über Drogenkonsumräume)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<u>Frankfurt</u>	53	44	30	22	35	24	28
<u>Hannover</u>	31	30	37	19	26	13	17
<u>Hamburg</u>	151	141	159	127	132	115	102
<u>Saarbrücken</u>	9	11	7	9	13	10	9
Dortmund	31	22	18	26	19	20	41
Essen	18	28	26	38	18	28	18
Stuttgart	25	25	21	15	25	39	35
Nürnberg	9	12	15	16	17	22	34
Düsseldorf	15	24	21	9	8	10	17
Mannheim	28	27	31	35	36	24	28
Köln	97	74	61	34	39	45	58
München	69	73	68	57	67	59	84

4.4 Verbesserung der Qualität der substituionsgestützten Behandlung

In der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sollen die Vorschriften über das Verschreiben von Substitutionsmitteln mit dem Ziel ergänzt und präzisiert werden, die Sicherheit und Kontrolle des Umgangs mit diesen betäubungsmittelhaltigen Arzneimitteln zu verbessern. Dies ist u. a. deshalb erforderlich, weil nach wie vor Substitutionsmittel im illegalen Markt gehandelt werden. So wurde in den Jahren 1998 bis 2000 jeweils bei ca. 25 % der Drogentoten auch Substitutionsmittel, insbesondere Methadon, nachgewiesen (Rauschgiftjahresberichte des Bundeskriminalamtes). Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang, dass nur ein Teil der Drogentoten mit Methadonbeteiligung an einer substituionsgestützten Behandlung teilnahm, so 1998 in Hamburg ca. 43 %, in Bayern ca. 73 % und in Berlin ca. 33 % (Rauschgiftjahresbericht 1998 des Bundeskriminalamtes). Dies ist einerseits ein Indiz dafür, dass bei substituionsgestützten Behandlungen von einzelnen Ärzten die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, insbesondere zur Take-home-Verschreibung, offensichtlich zu großzügig gehandhabt oder nicht eingehalten werden. Andererseits belegen diese Zahlen, dass Methadon auf dem illegalen Markt auch für Betäubungsmittelabhängige erhältlich ist, die sich nicht in einer substituionsgestützten Behandlung befinden. Dem Bundeskriminalamt liegen jedoch keine Erkenntnisse über das professionelle illegale Herstellen und Inverkehrbringen von Methadon vor. Daraus muss gefolgert werden, dass der illegale Handel mit Methadon vorwiegend unter Konsumenten stattfindet und überwiegend aus ärztlicher Verschreibung gespeist wird.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wurden insbesondere folgende Änderungen und Ergänzungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften mit Kabinettsbeschluss vom 28. März 2001 vorgesehen:

1. Der behandelnde Arzt muss eine suchtttherapeutische Qualifikation erwerben, um Substitutionsmittel verschreiben zu können. Dies soll auf der Grundlage entsprechender Vorgaben der Ärztekammern erfolgen. Es soll auch Ärzten das Verschreiben von Substitutionsmitteln ohne diese Qualifikation ermöglicht werden, wenn sie nur einzelne Patienten behandeln und einen Arzt mit suchtttherapeutischer Qualifikation hinzuziehen.
2. Durch die Einführung eines zentralen Substitutionsregisters beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte soll verhindert werden, dass sich abhängige Patienten Substitutionsmittel von mehreren Ärzten verschreiben lassen. Zum anderen stehen endlich zuverlässige Daten zur Verfügung, um die substituionsgestützte Behandlung statistisch besser auswerten zu können.
3. Analog dem Transplantationsgesetz soll in der BtMVV auf Richtlinien der Bundesärztekammer verwiesen werden, die beim Verschreiben von Substitutionsmitteln einzuhalten sind. Nach Überzeugung der Drogenbeauftragten können diese Richtlinien einen wirksamen Beitrag für eine höhere Qualität und Sicherheit bei der substituionsgestützten Behandlung leisten.

Insbesondere werden die von der Ärzteschaft selbst gegebenen Richtlinien eine optimale Umsetzung in der ärztlichen Praxis gewährleisten. Der Vorstand der Bundesärztekammer ist diesem Konzept der Übernahme einer höheren Verantwortung durch die Ärzteschaft gefolgt und hat die Erarbeitung entsprechender Richtlinien beschlossen.

Damit werden die mit dem Dritten BtMG-Änderungsgesetz vom 28. März 2000 (BGBl. I S. 302) erweiterten Ermächtigungen in § 13 Abs. 3 BtMG ausgestaltet und die Entschlüsse des Bundesrates vom 19. Dezember 1997 (BR-Drs. 891/97) umgesetzt.

Neben der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung muss auch deren Zugänglichkeit verbessert werden, weil diese Behandlungsform die Mortalität heroinabhängiger Patienten um bis zu 70 % senken kann. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von Bedeutung. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Bundesausschuss vor dem Hintergrund der 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, der zu erwartenden Richtlinien der Bundesärztekammer und der in Kürze vorliegenden Ergebnisse einer vom BMG veranlassten Erhebung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung eine kritische Überarbeitung der BUB-Richtlinien vornehmen wird.

4.5 Maßnahmen zur Prävention im Bereich des Partydrogenkonsums

Der Drogenkonsum Jugendlicher in der sog. Technoparty-Szene zeichnet sich durch deutlich höhere Prävalenzen (Cannabis, Ecstasy, Kokain) gegenüber vergleichbaren repräsentativen Altersgruppen aus. Insbesondere der ebenfalls deutlich höhere Mischkonsum gibt Anlass zur Sorge sowie die Beobachtung, dass der vormals szenengebundene Konsum in andere Freizeitbereiche diffundiert. Die Bundeszentrale hat daher neben einer Multiplikatorenbrochure, die 2000 auf Basis einer an der Universität Hamburg (Dr. Thomasius) durchgeführten Studie³⁸ aktualisiert wurde, ein Medienpaket für den schulischen Unterricht entwickelt und ein Neuvorhaben im Internet zur Ansprache von Jugendlichen mit Drogenerfahrung aufgenommen. Das Internetprojekt richtet sich hauptsächlich an Jugendliche im Alter zwischen 14 und 20 Jahren und soll im Sommer 2001 online gehen. Darüber hinaus wurde mit szenenahen Initiativen und Experten aus der Suchthilfe und Prävention die Vorbereitung einer bundesweiten Expertentagung begonnen, die ebenfalls 2001 durchgeführt werden wird. Ziel dieser Veranstaltung wird die Konsensbildung in methodischen Fragen und strategischen Vorgehensweisen in der Praxis sein. Bereits 1997 hatte die Bundeszentrale eine erste Expertentagung durchgeführt, deren Ergebnisse (Leitlinien) nun einer Überprüfung und Fortschreibung unterzogen werden sollen.

4.5.1 Monitoring

Um aktuelle Informationen über neue Trends, Konsummuster und neu auf dem illegalen Markt auftauchende insbesondere synthetische Drogen zu gewinnen, wird die Bundesregierung ein länderübergreifendes Früherkennungssystem (Monitoring) entwickeln und diese, bei der Drogen- und AIDS, der Jugend- und Selbsthilfe wie auch bei Ärzten, Polizei und Konsumentengruppen erhobenen

³⁸Thomasius et.al.: Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs; Stuttgart 2000

qualitativen Informationen über die in der Szene arbeitenden Fachkräfte auch den Betroffenen zur Verfügung stellen.

4.5.2 Europäisches Frühwarnsystem

Der deutsche Knotenpunkt stellt seine diesbezüglichen Informationen der europäischen Drogenbeobachtungsstelle zur Verfügung. Auch auf europäischer Ebene wurde ein Nachrichten- und Informationssystem zur frühzeitigen Erkennung neuer Erscheinungsformen synthetischer Drogen geschaffen. Hierdurch sollen Erkenntnisse zum Verbreitungsgrad und Risikopotential dieser Drogen zur Verfügung gestellt werden, um geeignete Präventionsmaßnahmen, legislative Initiativen und eine effektive Strafverfolgung zu gewährleisten.

Im Rahmen des Frühwarnsystems werden alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen aus den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Beratung, Therapie und Strafverfolgung genutzt.

4.5.3 Maßnahmen zur Verhinderung der Grundstoffabzweigung

Basierend auf der Konvention der Vereinten Nationen von 1988 und den auf dieser Grundlage geschaffenen einschlägigen EU-Vorschriften wurde die Grundstoffüberwachung in Deutschland mit Wirkung vom 01.03.1995 in nationales Recht umgesetzt [Gesetz zur Überwachung des Verkehrs mit Grundstoffen, die für die unerlaubte Herstellung von Betäubungsmitteln missbraucht werden können (Grundstoffüberwachungsgesetz)].

Die Grundstoffüberwachung in Deutschland umfasst heute ein Bündel sich gegenseitig ergänzender Maßnahmen der Genehmigungsbehörden, der Strafverfolgungsorgane und der Wirtschaftsbeteiligten, das in seiner Gesamtheit ein wirkungsvolles System zur Kontrolle der illegalen Grundstoff- und Chemikalienherstellung oder -abzweigung schafft.

4.5.4 Strafverfolgung

Im Bereich der Strafverfolgung liegt der Schwerpunkt bei der Bekämpfung des organisierten Handels- und Schmuggels mit synthetischen Drogen. Aufgrund der zunehmenden Internationalisierung in diesem Phänomenbereich ist die Zusammenarbeit mit den wesentlichen Herkunfts-, Transit- und Konsumländern von hoher Bedeutung. Darüber hinaus hat sich die Verknüpfung kriminalistischer Ansätze mit den Ergebnissen kriminaltechnischer Untersuchungen sichergestellter Drogen (sog. Drogenprofiling) als wirksames Instrument der Strafverfolgung erwiesen. Deutschland hat hierzu einen weltweit anerkannten Ansatz entwickelt.

Bereits frühzeitig wurde auch erkannt, dass die zur illegalen Herstellung synthetischer Drogen erforderlichen spezifischen Laborgeräte einen weiteren bedeutsamen Ermittlungsansatz darstellen. Auf europäischer Ebene wird hierzu aktuell eine umfangreiche Informationssammlung betrieben.

Mit dem Ziel der Kontrolle der Betäubungsmittel wird die Bundesregierung 14 weitere sog. Designerdrogen, bei denen der dringende Verdacht gesundheitsschädigender Wirkung besteht, dem Betäubungsmittelgesetz unterstellen. Sie fördert damit auch die internationale Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden gegen die Verbreitung derartiger Designerdrogen im illegalen Markt.

Aufgrund der Gesamtheit der getroffenen Maßnahmen kann davon ausgegangen werden, dass Deutschland nicht zu den bedeutsamen Produktionsländern synthetischer Drogen zu rechnen ist.

4.6 Cannabis als Arzneimittel

Die Diskussion über die Verwendung von Cannabis-Produkten als Arzneimittel (nachstehend Cannabis-Arzneimittel) ist aus fachlicher Sicht nicht immer ausgewogen und insbesondere dann bedenklich, wenn

- die Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln mit der Legalisierung von Hanf auch für Rauschzwecke in Zusammenhang gebracht wird,
- Cannabis-Arzneimittel kritiklos als eine Art Wundermittel zur Therapie einer Vielzahl auch schwerster Erkrankungen angepriesen werden,
- das Inverkehrbringen von Cannabis-Arzneimitteln entgegen den Grundsätzen des Arzneimittelgesetzes (AMG) gefordert wird.

Dazu ist folgendes festzustellen:

1. Die Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln erfordert in keiner Weise die generelle Legalisierung von Hanf. Die Rechtslage lässt es es grundsätzlich zu, Betäubungsmittel als Arzneimittel zu verwenden. So wird in § 5 Abs. 1 Nr. 6 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) als Zweck dieses Gesetzes bestimmt, „die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Missbrauch von Betäubungsmitteln ... sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen.“ Die Bemühungen um die Bereitstellung von Cannabis-Arzneimittel sollten keinesfalls mit einer Debatte über die Legalisierung von Hanf belastet werden. Dies würde dem Anliegen der Verfügbarkeit von Cannabis-Arzneimitteln nicht dienlich sein. Nicht zuletzt könnten dadurch auch Patienten als potentielle Drogenkonsumenten diskreditiert werden, wenn sie sich für die Verfügbarkeit von Cannabis-Arzneimittel einsetzen.
2. Zweifellos haben Cannabis-Arzneimittel ein breites pharmakologisches Potential. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Informationen über die Wirkung von Cannabis häufig auf anekdotische Berichte oder Untersuchungen zurückzuführen sind, die nicht den Anforderungen einer klinischen Prüfungen nach dem AMG genügen.

Auch die Argumentation, natürliche Gemische der Cannabispflanze würden besser wirken als isolierte Wirkstoffe, ist bislang wissenschaftlich nicht belegt. Hier könnte jedoch eine 1999 begonnene und vom Europäischen Institut für onkologische und immunologische Forschung Berlin koordinierte

Multicenterstudie zu validen Ergebnissen beitragen. Mit dieser Studie wird erstmals die Wirksamkeit von Cannabisextrakt gegen Arzneimittel mit isoliertem Dronabinol zur Appetitanregung bei Krebspatienten in Form einer klinischen Prüfung nach dem AMG untersucht .

Der insgesamt wissenschaftlich noch unbefriedigende Kenntnisstand zu den Wirkungen von Cannabis-Arzneimitteln schließt zwar in begründeten Einzelfällen ärztliche Heilversuche auch bei umstrittenen Indikationen nicht aus, erfordert aber vom behandelnden Arzt im Interesse der Patienten aber auch vor dem Hintergrund haftungsrechtlicher Fragen besondere Sorgfalt beim Verschreiben derartiger Arzneimittel. Aus fachlicher Sicht ist die Selbstmedikation mit ungeprüften Cannabis-Produkten abzulehnen.

3. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch mit Cannabis-Arzneimitteln ist ordnungsgemäß nur möglich, wenn die arzneimittelrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Dafür bestehen folgende Möglichkeiten:

Prüfarzneimittel können nach § 3 Abs. 2 BtMG „zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken“ auf der Grundlage einer entsprechenden Erlaubnis eingesetzt werden. Eine solche Erlaubnis ist im Mai 1999 für die vorgenannte multizentrische klinische Prüfung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt worden.

Fertigarzneimittel müssen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für den Verkehr zugelassen sein. Nach den Grundsätzen des AMG kann die Zulassung eines Fertigarzneimittels nur durch einen pharmazeutischen Unternehmer betrieben werden. Derzeit sind in der Bundesrepublik Deutschland keine Arzneimittel auf der Grundlage von Cannabis für den Verkehr zugelassen. Arzneimittel mit dem Wirkstoffen Nabilon und Dronabinol sind jedoch in Großbritannien bzw. den USA im Verkehr. Diese können auf der Grundlage des § 73 Abs. 3 AMG für den Einzelfall verschrieben und importiert werden.

Rezepturarzneimittel können auch ohne Zulassung in den Apotheken nach spezifischer ärztlicher Verschreibung hergestellt werden, wenn dafür Ausgangsstoffe mit definierter Qualität zur Verfügung stehen. Seit Mitte des letzten Jahres können die Apotheken den Hauptwirkstoff von Cannabis, Dronabinol, mit entsprechendem Qualitätszertifikat beziehen.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass Cannabis-Arzneimittel mit isolierten Wirkstoffen von Hanf bereits jetzt auf Betäubungsmittelrezept verschrieben und durch Apotheken bereitgestellt werden können. Zur Verbesserung der Versorgung mit Cannabis-Arzneimitteln sollte nicht nur die bereits absehbare Bereitstellung von Cannabisextrakt für Rezepturarzneimittel gewährleistet, sondern auch die Zulassung von Fertigarzneimitteln auf der Basis von Cannabis betrieben werden.

5. Modellprojekte

5.1 Modell zur heroingestützten Behandlung

Die bestehenden Hilfsangebote, so ausdifferenziert und qualifiziert sie auch sind, greifen nicht für eine bestimmte Gruppe von Drogenabhängigen. In enger Zusammenarbeit von Bund, Städten, Ländern und unter fachlicher Beteiligung der Bundesärztekammer wird daher ein Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung entwickelt.

Es handelt sich dabei um die Durchführung einer multizentrischen klinischen Studie zur ambulanten heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, die langfristig abhängig sind, mehrere erfolglose Versuche mit abstinenzorientierter Therapie unternommen haben und auch nicht in der Substitution stabilisiert werden können.

Die Studie soll eine klinische Prüfung heroinhaltiger Arzneimittel nach dem Arzneimittelgesetz beinhalten sowie einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn zu den Fragen erbringen, ob, wie und in welchem Umfang Opiatabhängige, die durch die bisherigen Angebote der Drogenhilfe nur unzureichend oder gar nicht erfolversprechend therapiert waren, durch eine heroingestützte Behandlung

- gesundheitlich und sozial stabilisiert,
- verbindlich ins Hilfesystem integriert,
- im Hilfesystem gehalten und
- zur Aufnahme einer weiterführenden Therapie motiviert werden können.

Mit der Studie soll auch untersucht werden,

- ob und wie die heroingestützte Behandlung in das Therapieangebot zur Versorgung opiatabhängiger Patienten implementiert
- und das sicherheitsrelevante Risiko begrenzt werden können.

Mit der Studie sollen ferner die Entwicklung des Konsumverhaltens bei den opiatabhängigen Patienten, die Therapiemotivation, die psychosozialen, die ordnungs- und strafrechtlichen Auswirkungen der heroingestützten Behandlung untersucht werden.

Mit der Vorbereitung der Studie wurde aufgrund des Votums einer international besetzten Gutachterkommission beim Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR), als Projektträger, Prof. Krausz, Universität Hamburg, beauftragt. Zu dem von ihm und seiner Studiengruppe entwickelten detaillierten Studiendesign ist das Votum der zuständigen Ethikkommission einzuholen. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte muss die Erlaubnis zu der wissenschaftlichen Studie beantragt werden.

Voraussichtlich Mitte 2001 wird die eigentliche Projektarbeit in den Städten Hamburg, Hannover, Köln, Bonn, Frankfurt, Karlsruhe und München beginnen. Die Zahl der teilnehmenden Patienten wird bei ca. 1100 liegen.

5.2 Kooperationsmodell „chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige“

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 1995 in Zusammenarbeit mit den Ländern das Kooperationsmodell „Nachgehende Sozialarbeit“ aufgelegt, um die Hilfeerbringung für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige zu verbessern. Langjährig, gesundheitlich stark verelendete, drogen- und alkoholranke Menschen benutzen nämlich häufig nicht die bestehenden Hilfsangebote.

Im Modellprogramm wurden bundesweit im Zeitraum von 1996 bis 1999 15 Koordinatoren gefördert, die regional Hilfeangebote erfassen und eine Vernetzung von Versorgungssektoren, Trägern und Einrichtungen aufbauen und weiterentwickeln sollten. Außerdem wurden 31 „Case Manager“ zum überwiegenden Teil bis Ende 2000 gefördert, die ausgehend von bestehenden Einrichtungen einen personenzentrierten Hilfeansatz für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige umsetzen sollten, der neben nachgehender Arbeit und eigener Hilfeerbringung vor allem Hilfevermittlung und einzelfallbezogene Hilfeplanung und -koordination akzentuierte.

Insbesondere mit nachgehender Arbeit, über 50 % der Betreuung fand vor Ort statt (zu Hause, in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen), erreichten die Case Manager im Verlauf der Modellerprobung - wie beabsichtigt - eine hochgradig belastete Klientengruppe. Die Klienten waren mit durchschnittlich 40 Jahren relativ alt und im Schnitt seit 14 Jahren abhängig - zwei Drittel von Alkohol und ein Drittel von illegalen Drogen. Über 80 % der Klienten wiesen meist mehrere schwerwiegende (Folge-)Erkrankungen sowie eine Häufung sozialer Problemlagen auf. Rund vier Fünftel der Klienten hatten oft schon mehrmals suchtspezifische Hilfen durchlaufen, während 20 % - trotz langer Suchtkarriere und massiven Beeinträchtigungen - durch die Case Manager erstmals suchtspezifische Hilfe erhielten. Im drei Jahre umfassenden Dokumentationszeitraum wurden von ca. 3.500 kontaktierten Klienten gut 1.600 im Rahmen von Case Management zum Teil längerfristig betreut.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Modellprogramms, dass Case Management ein effektiver Hilfeansatz - insbesondere für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige - ist. Durch die niedrighschwellige personenzentrierte Gestaltung, die flexible, schwerpunktmäßig nachgehende und zeitintensive Betreuung (z.T. über 100 Stunden in einem Jahr), die umfassende Klientenbeteiligung, die intensive Kooperation sowie strukturierte Hilfeplanung und -abstimmung konnten nachweislich deutliche Verbesserungen bei den Klienten erzielt werden.

Dabei wurden die größten Fortschritte hinsichtlich der oft dringlichsten Probleme, der Wohnsituation sowie der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen - häufig die Bedingung für weitere positive Entwicklungen - erzielt. Angesichts der vielfältigen Problemlagen der Klienten kann als weiterer Erfolg gewertet werden, dass die Case Manager die Klienten im Betreuungsprozess zu (ersten) Veränderungen ihres Konsumverhaltens motivieren konnten. Außerdem haben sie zur Verbesserung der Beziehungen der Klienten in ihrem sozialen Umfeld und in der Partnerschaft beigetragen. Im Modellverlauf erwies sich die fehlende Fähigkeit von (einem Teil der) Abhängigen, Hilfen überhaupt in Anspruch zu nehmen bzw. erfolgreich zu nutzen, als ein wesentlicher Faktor für Chronifizierung. Deshalb war es von eminenter

Bedeutung, dass die Case Manager durch Erschließung von Hilfen und Unterstützung der Klienten bei der Nutzung die Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen - eine wichtige Voraussetzung für Veränderung - deutlich verbessern konnten. Insgesamt konnten sich ca. 80 % der Klienten durch die Arbeit der Case Manager (sehr) positiv entwickeln und für die meisten anderen wenigstens eine Stabilisierung erreicht werden, was angesichts von Zuschreibungen wie z.B. "Nicht-Erreichbarkeit" oder "Therapieresistenz" besonders hervorzuheben ist.

In Anerkennung der vielfältig positiven Ergebnisse des Modellprogramms, worunter häufig auch Beiträge zur Verbesserung des regionalen Versorgungssystems zu zählen sind, entschlossen sich bisher über die Hälfte der Modellstandorte, Case Management künftig fortzusetzen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit der Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen den erfolgreichen Verlauf des Modellprogramms wesentlich unterstützt. Die Angebote zielten vor allem auf die Vermittlung von Kenntnissen zu einzelnen Elementen von Case Management (z.B. Zugangseröffnung, Assessment, Hilfeplanung, Ressourcenorientierung, Arbeit mit Familien), von Erfahrungen im Ausland oder in anderen Versorgungsbereichen mit vergleichbaren Ansätzen sowie von Methoden veränderungsorientierter Arbeit mit Suchtkranken (Motivational Interviewing).

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit Case Management im Modellprogramm wird der Ansatz auch für das 2001 beginnende Modellvorhaben zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger nutzbar gemacht. Dort soll über den Arbeitsansatz sichergestellt werden, dass für an dem Modell teilnehmende Abhängige einzelfallbezogene Hilfeplanung im Gesamtkontext geleistet wird.

Das Modellprogramm zielte darauf ab, die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung von (chronisch) Abhängigen Beteiligten zu erhöhen. Hierzu wurden Stellen für Koordinatoren geschaffen, die auf institutioneller Ebene - bezogen auf eine definierte Modellregion - Hilfsangebote erfassen und eine kontinuierliche, verbindliche lokale und regionale Vernetzung von Versorgungssektoren, der Träger und der Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten. Neben koordinativen Aufgaben sollte ein personenzentrierter ambulanter Hilfsansatz für chronisch Suchtkranke durch Case Manager/Lotsen entwickelt und implementiert werden. Im Rahmen des Modellprogramms wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen eingerichtet, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager/Lotse und ein Koordinator modellhaft (zusammen-)arbeiteten, während in den anderen Modellregionen jeweils nur ein Case Manager tätig war (sog. Solo-Regionen). Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren und 31 Case Manager) gefördert.

Der Modellbestandteil Casemanagement wurde bis Ende 2000 weitergeführt; die modellgeförderte Arbeit der Suchtkoordinatoren endete im Dezember 1999.

Wichtigste Ergebnisse dieses Modellteils waren:

- Die Tätigkeit der Koordinatoren setzt sich aus einem vielschichtigen Handlungsspektrum zusammen. Die Suchtkoordinatoren waren in die kommunale Planung und Steuerung von gesundheitlichen und

sozialen Hilfen eingebunden und haben insbesondere durch eine sektorübergreifende regionale Bestandsaufnahme Voraussetzungen für Planungsentscheidungen geschaffen.

- Sie haben einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung vor allem von chronisch Abhängigen geleistet, indem sie sich bspw. für die Schaffung bzw. den Umbau von Angeboten eingesetzt haben.
- Durch ihre Arbeit in Facharbeitskreisen und Gremien sowie durch die Anregung von verbindlichen Absprachen zwischen den Versorgungsbeteiligten haben sie die sektorübergreifende Abstimmung und Vernetzung von Hilfen gefördert.
- Einen wichtigen Stellenwert nahmen auch Dienstleistungen wie z.B. die Organisation von Fortbildungsangeboten, Sammlung und Weitergabe von versorgungsrelevanten Daten sowie die Beratung von Trägern und Einrichtungen, ein. Gerade diese Dienstleistungen haben dazu beigetragen, die Akzeptanz der Suchtkoordinatoren im Versorgungsumfeld zu verbessern.
- Die Ergebnisse des Modells konnten aber auch Defizite einer zielgerichteten kommunalen Steuerung der Hilfen aufzeigen.
- Die Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe, psychosozialen Hilfebringern und niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern entspricht häufig nicht den fachlich gebotenen Anforderungen (z.B. fehlen weitgehend verbindliche Vereinbarungen und Kooperationsroutinen sowie fachlich abgestimmte Leitlinien).
- Die unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kosten- und Leistungsträger mit ihrer unterschiedlichen regionalen und überregionalen Orientierung erschweren eine personenzentrierte Hilfebringung.
- Der Wirkungsgrad der Bemühungen der Suchtkoordinatoren zur Schließung von Versorgungslücken war u.a. aufgrund der begrenzten finanziellen Ressourcen von Städten und Gemeinden eher gering.

Der Projektbericht gibt wichtige Hinweise zur Weiterentwicklung und zur besseren Vernetzung der Hilfen. Er wurde in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht.

5.3 Modell "Suchterkrankungen im Krankenhaus"

Aufgrund früherer Studien ist die hohe Zahl von Suchtpatienten in der stationären Krankenversorgung bekannt. Das Krankenhaus muss deshalb als geeigneter Ort genutzt werden, um suchtspezifische Angebote durchzuführen und eine bessere Verzahnung medizinischer und psychosozialer Hilfesysteme zu ermöglichen.

Im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Suchthilfe im Krankenhaus“ (1994 – 1998) wurden neue Formen der Kooperation zwischen ambulanter Drogen- und Suchtkrankenhilfe und dem stationären

Gesundheitssystem entwickelt und durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS) wissenschaftlich erprobt. Das Modellvorhaben hat sich nach der wissenschaftlichen Überprüfung als Erfolg erwiesen.

Durch die Etablierung eines Suchthilfedienstes zeigte sich bei den untersuchten Patienten eine hohe Quote erfolgreicher Vermittlungen sowie positive Veränderungen in den Bereichen körperliche und seelische Gesundheit und in Bezug auf den Suchtmittelkonsum. Das Bundesmodellprogramm war insbesondere auch deshalb so erfolgreich, weil durch die Vermittlung und suchtspezifische Intervention im Krankenhaus eine Patientengruppe erreicht werden konnte, die einen überproportional hohen Konsum aufweist und das spezialisierte Suchthilfesystem bislang nicht in Anspruch genommen hat.

Im Rahmen einer „Nachbefragung 2000“ konnten die bereits im Bundesmodellprogramm festgestellten erfolgreichen Entwicklungen abgesichert werden.

Diese Erfolge gelten für die Patienten mit Drogen- und insbesondere auch für die Patienten mit Alkoholproblemen.

Während die Gruppe der Patienten mit Drogenproblemen vor dem Krankenhausaufenthalt zu 38 % Kontakt zum Suchthilfesystem hatten, sind es zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Jahr 2000 ca. 62 %. Deutliche Veränderungen im Konsumverhalten sind nachweisbar. Zwischen 19,8 % und 43 % konsumieren überhaupt keine illegalen Drogen mehr. Über den gesamten Beobachtungszeitraum finden sich für eine Reihe von wichtigen Lebensbereichen Verbesserungen von über 50 %. Hierzu zählen neben dem Drogenkonsum der körperliche und seelische Zustand sowie die Wohnsituation. Die Verbesserungen stehen in Verbindung mit dem Befund, dass kein Heroin mehr konsumiert wird.

Die Gruppe der Patienten mit Alkoholproblemen muss im Vergleich mit der untersuchten Gesamtgruppe als stärker belastet angesehen werden. Dennoch lässt sich ein deutlicher, statistisch signifikanter Rückgang der täglich konsumierten Menge an Alkohol nachweisen.

Mehr als die Hälfte hat Kontakt zum Suchthilfesystem, vor der Krankenhausaufnahme betrug der entsprechende Anteil 13 %.

Mehr als ein Drittel lebt zum Zeitpunkt der Nachbefragung völlig abstinent. Diese Untergruppe ist sowohl bei den Verbesserungen in der Lebenssituation als auch in der Kontakthäufigkeit zum Hilfesystem stärker vertreten. Bei denen, die zum Zeitpunkt der Nachbefragung noch Alkohol konsumierten, ist ein signifikanter Rückgang der Alkoholmenge auffällig. Dies gilt für Männer wie für Frauen gleichermaßen. Mit knapp 40 % zeigt sich eine im Vergleich mit anderen Studien ähnliche Größenordnung.³⁹

5.4 Integration von Aussiedlern

³⁹ Das Bundesmodellprogramm „Suchthilfe im Krankenhaus“ (1994 – 1998) wurde 1999 in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Band 120 aufgenommen.

Die beste Prävention ist Integration. Deshalb fördert das Bundesministerium des Innern (BMI) zahlreiche wohnumfeldbezogene Maßnahmen vor allem für jugendliche Aussiedler, die präventiven Charakter haben. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere das Projekt „Sport mit Aussiedlern“, das gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund seit nunmehr zehn Jahren erfolgreich durchgeführt wird. Gerade Sport ist eine regelrechte „Schutzimpfung“ vor Gefährdungen jedweder Art.

Außerdem sind im Haushaltsjahr 2000 aus Integrationsmitteln des Bundesministeriums des Innern spezielle Modellmaßnahmen zur „Suchtprävention“ insbesondere für drogengefährdete jugendliche Aussiedler gefördert worden. Hierbei handelt es sich um Projekte zur „Drogenprävention“ des Christlichen Jugenddorfwerks in den Landkreisen Kamenz, Weißeritzkreis und Sächsische Schweiz, des Jugendgemeinschaftswerks in Gießen und des Jugendgemeinschaftswerks in Biberach. Hier werden mittels gezielter sozialpädagogischer Betreuungsmaßnahmen drogengefährdete bzw. abhängige Aussiedler veranlasst, die Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen, weil Aussiedler die Regelangebote häufig von sich aus nicht nutzen. Hierfür sind aus Integrationsmitteln des BMI insgesamt rd. 300.000 DM zur Verfügung gestellt worden.

1. Projekt für Sucht- und Familienprobleme „Die Brücke“ in den Landkreisen Kamenz, Weißeritzkreis und Sächsische Schweiz

Maßnahmeträger dieses Projekts ist das Christliche Jugenddorfwerk Deutschland e.V., Jugendgemeinschaftswerk Pirna – Beratungsstelle für junge Aussiedler.

Das Projekt wurde entwickelt, nachdem sich in der Betreuungsarbeit des Maßnahmeträgers gezeigt hat, dass eine beträchtliche Anzahl jugendlicher, aber auch erwachsener Aussiedler vor Suchtproblemen steht. Da den Suchtproblemen in der „normalen“ Beratungsarbeit des Jugendgemeinschaftswerkes nicht angemessen begegnet werden konnte, wurde ein Programm zur Prävention und Hilfe für die Suchtgefährdeten entwickelt. Ziele des Projektes sind:

- Hilfestellung durch Maßnahmen zur Selbsthilfe insbesondere bei Ehe-, Familien- und Suchtproblemen
- Vorbeugung von Gewalttendenzen
- Bewusstmachen der vorhandenen Probleme (z. B. Erkennen der Alkoholsucht als Krankheit)
- Entwicklung des Willens und der Bereitschaft der Betroffenen, diese Probleme zu bewältigen und sich dabei helfen zu lassen
- Anleitung zur Gründung von Selbsthilfegruppen vor Ort
- Förderung der Integration

Der Sitz des Projektes mit einem zentralen Sorgentelefon ist Pirna. Das Büro ist der Anlaufpunkt für die Ratsuchenden. Die beiden Projektmitarbeiter, die als Aussiedler mit dem soziokulturellen Hintergrund und den Migrationserfahrungen der Zielgruppe vertraut sind, sind mobil in den drei Landkreisen Kamenz, Weißeritzkreis und Sächsische Schweiz eingesetzt.

Das Projekt „Die Brücke“ ist die verbindende Einrichtung zwischen der Zielgruppe und den Institutionen und Beratungsstellen. Enge Kontakte werden zu den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in den drei Landkreisen gehalten. Eine enge Zusammenarbeit besteht außerdem mit den Vertriebenenbehörden, den Sozialämtern, dem Diakonischen Werk, dem Caritasverband, den Heimleitern der Übergangwohnheime sowie der Ausländerbehörde. Weitere Kooperationspartner sind die Polizei, die Gerichte, das DRK, die Krankenhäuser usw. Ein besonders intensiver Kontakt besteht außerdem zu den Mittelschulen, an denen Aussiedler lernen und zu den Sprachkursträgern.

Das Projekt genießt bei den für die Aussiedler zuständigen Behörden hohes Ansehen. Es ist mittlerweile so etabliert, dass es nicht nur für die betroffenen Spätaussiedler sondern auch für die unterschiedlichsten am Integrationsprozess beteiligten Ämter und Institutionen als Ansprechpartner dient.

2. Projekt „Kicks ohne Drogen“ in Gießen

Maßnahmeträger dieses Projekts ist das Jugendgemeinschaftswerk des Diakonischen Werkes Gießen. Das Projekt ist ein Kooperationsmodell, getragen vom Diakonischen Werk, dem Caritasverband und der Stadt Gießen. Es ist entstanden, nachdem es im Umfeld des Jugendtreffs „JuTS 4“ vermehrt zu Auseinandersetzungen mit gewalttätigen und drogenkonsumierenden Jugendlichen gekommen ist.

Die Ziele der Maßnahme gegen Drogen und Gewalt sind:

- Anbindung der Jugendlichen an den Jugendtreff durch Identifikation mit demselben
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Einübung verbaler Konfliktlösungsstrategien
- Stärkung der Integrationsbereitschaft
- Hinführung und Begleitung in die Berufswelt

Die genannten Ziele werden u. a. durch ein von Pädagogen einer Kampfsportschule entwickeltes Antigewalttraining umgesetzt. Die Jugendlichen lernen Mechanismen zum Aggressionsabbau kennen, sie lernen, Trainingsregeln und Autoritäten zu akzeptieren. Die öffentlichen Auftritte der Trainingsgruppe tragen zur Akzeptanzförderung in der einheimischen Bevölkerung bei. Zwischenzeitlich haben die Jugendlichen, die gegenüber dem Jugendtreff rein destruktiv eingestellt waren, den Treff in Eigenregie renoviert und nehmen verstärkt an Aktionen des Jugendtreffs teil.

3. Projekt „Vernetzung und Suchtprävention“ in Biberach

Maßnahmeträger dieses Projekts ist das CJD Jugendgemeinschaftswerk Biberach. Das Projekt ist ein Kooperationsmodell, getragen vom Diakonischen Werk, dem Caritasverband und dem Deutschen Roten Kreuz. Eine weitere Kooperation besteht mit der Kriminalpolizei, dem Landratsamt und einem ehrenamtlichen Betreuerkreisen.

Die Konzeption und Durchführung sieht folgende Schwerpunkte vor:

- Primärprävention
- Familienhilfe
- Durchführung sozialer Trainingskurse
- Vermittlung in entsprechende Einrichtungen (Therapie)
- Aufsuchende Jugendsozialarbeit
- weitere Vernetzung der bestehenden Projekte und Maßnahmen

Die genannten Ziele werden u. a. durch eine russischsprachige Fachkraft umgesetzt. Sie kontaktiert kreisweit die drogengefährdeten Gruppen, um durch Vertrauensaufbau die „peer-groups“ zu erreichen, um für die jeweiligen Maßnahmen die entsprechenden Träger zu gewinnen. Insbesondere gilt das Augenmerk den Jugendlichen, die noch keine „harten“ Drogen konsumiert werden, erfahrungsgemäß aber der Schritt dorthin schnell getan ist. Dies geschieht vor allem in der Zeit zwischen Ankunft der Spätaussiedler in den Übergangwohnheimen und einer ersten Integrationsmaßnahme.

Diese Modellprojekte sollen in 2001 auf einige ausgewählte Problemschwerpunkte in Berlin, Gera, Künzelsau, Landkreis Emsland, Lippe, Oberbergischer Kreis, Wismar und Würzburg erweitert werden. Für die Förderung sind im Jahr 2001 rd. 815.000 DM vorgesehen.

5.5 Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FRED)

Unter Beteiligung von 8 Bundesländern hat im Oktober 2000 das Bundesmodell „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (FRED) begonnen.

Projekträger ist der Landschaftsverband Westfalen Lippe.

Ziele dieses Projektes sind

- fundierte Informationen über die verschiedenen Drogen und deren Wirkung zu vermitteln;
- die Reflektion über den eigenen Umgang mit Drogen und die zugrundeliegende Situation zu ermöglichen;
- eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu lernen;
- zu einer Verhaltensänderung zu motivieren und
- die regionale Drogenhilfe bekannt zu machen.

FRED richtet sich an Jugendliche, Heranwachsende sowie junge Erwachsene, die als Konsumenten mit Drogen experimentieren und strafrechtlich bzw. polizeilich auffällig geworden sind, ohne bereits abhängig zu sein. Hauptzielgruppe sind die 14- bis 21jährigen. Der Schwerpunkt liegt auf der Gruppe, die vor dem Hintergrund des § 31a BtMG („Absehen von der Verfolgung“) angesprochen werden kann.

Das Angebot für diese jungen Menschen besteht in einem Kurs über 8 - 12 Wochenstunden. Im Rahmen des Kurses kommen neben einem standardisierten Curriculum zu ausgewählten Themenbereichen (z.B. Medizin, Recht) auch Experten zum Einsatz, die direkt Fragen beantworten können. Die Teilnahme an dem Kurs ist kostenlos und freiwillig.

Das Modellprogramm setzt eine hohe Bereitschaft von Drogenhilfe, Polizei und Justizbehörden voraus, sich miteinander zu verständigen und in einem so frühen Experimentierstudium des Drogenkonsums dem Konsumenten Angebote zu Hilfe und Ausstieg zu vermitteln, damit der Drogenkonsum nicht zu gesundheitlichen und sozialen Schäden führt.

Das Modellprogramm wird von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) wissenschaftlich begleitet und soll bis zum Ende des Jahres 2002 durchgeführt werden.

6. Forschung und Information

6.1 Kokainkonsum

„Soziodemographische und sozialbiographische Charakteristika von Kokainkonsumenten. Eine Auswertung klientenbezogener Daten der ambulanten Therapieeinrichtung KOKON aus den Jahren 1995 - 1999“

Die Datenauswertung der Einrichtung KOKON wurde an systematisierten Daten von 1.000 Klienten aus einem Zeitraum von fünf Jahren (1995 - 1999) vorgenommen, um die „klinische“ Population von Kokainabhängigen in der Berliner Einrichtung näher zu beschreiben⁴⁰.

Wichtige Ergebnisse der Auswertung, in der auch Unterschiede zwischen Kokain- und Heroinkonsumenten herausgearbeitet wurden, sind:

- Kokainkonsumenten zeichnen sich im Vergleich mit Heroinkonsumenten nicht nur durch eine bessere Schul- und Berufsbildung aus, sondern gehen auch eher einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nach; dies gilt insbesondere für intranasal applizierende Kokainkonsumenten.
- Insgesamt hat der Konsum von Kokain am Ende der 90er Jahre auch untere soziale Schichten erreicht. In den unteren sozialen Milieus sind härtere Applikationsformen („crack“ rauchen, injizieren) wahrscheinlicher.
- Das Schnupfen ist die hauptsächliche Applikationsform unter den Kokainkonsumenten, die bei KOKON ein Vorgespräch aufsuchten. Ca. 15 % injizieren ihre Hauptdroge intravenös. Im Zeitpunkt der Vorgespräche bei KOKON waren die Kokainkonsumenten durchschnittlich 5,5 Jahre abhängig (die vorstellig gewordenen Heroinkonsumenten 7,8 Jahre).
- Jeder vierte „Kokain-Schnupfer“ hat Hafterfahrung im Vergleich zu etwas mehr als der Hälfte der Heroinkonsumenten und der Kokainkonsumenten mit einem harten Applikationsmuster, die zumindest einmal inhaftiert wurden.

Einschränkend ist zu den Ergebnissen zu sagen, dass die bei KOKON behandelte Klientel keinen repräsentativen Ausschnitt von Kokainkonsumenten darstellt. So sind die Verbreitung und die Probleme des Kokainkonsums in seinen unterschiedlichen Ausprägungen nach wie vor schwer einzuschätzen. Jedoch geben sie wertvolle Hinweise für die Beschreibung von behandlungsbedürftigen Kokainkonsumenten und für die Formulierung von weiteren Forschungsfragen (z.B. nach der Suchtbiografie, nach den Ursachen für die Wahl der Applikationsform etc.).

In Zusammenarbeit mit dem Kriminalistischen Institut des BKA veranstaltete das Bundesministerium für Gesundheit am 30. Nov. / 1. Dez. 2000 einen Expertenworkshop zum Thema „Kokainkonsum – Wege zu einem verborgenen Phänomen“, um auch aus gesundheitlicher und gesundheitspolitischer Sicht ein vollständigeres Bild der derzeitigen Situation zu erhalten und vorhandenes Wissen zusammenzutragen. Diskutiert wurden die polizeiliche Lage aus Sicht des BKA sowie die Epidemiologie des Kokainkonsums. In verschiedenen Arbeitsgruppen wurden außerdem offene Forschungsfragen und Möglichkeiten des methodischen Zugangs zur Gruppe der Kokainkonsumenten im Rahmen von empirischen Studien

⁴⁰ Die Untersuchung wurde durchgeführt von Dr. Peter Tossmann, Sozialpädagogisches Institut Berlin.

erörtert.

Auf der Basis der auf der Tagung ausgesprochenen Empfehlungen wird die Ausschreibung von Projekten derzeit vorbereitet.

6.2 Migration und Sucht

Gesicherte Informationen zum Suchtverhalten und zum Ausmaß von Suchterkrankungen bei Migranten liegen derzeit kaum vor. Aus Daten der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland ist lediglich bekannt, dass bei ausländischen Klienten die Abhängigkeit von Opiaten überwiegt, während Alkoholkonsum selten vorkommt. Berichtet wird auch von erheblichen Drogenproblemen russisch sprechender, insbesondere jugendlicher Spätaussiedler aus den Ländern der ehemaligen UdSSR. Vereinzelt sind auf die Zielgruppen zugeschnittene spezifische Angebote der Suchtkrankenhilfe entstanden. Inwieweit sie ihrer Aufgabe gerecht werden und ihre Klientel erreichen, ist ebenfalls unzureichend bekannt.

Zur Aufarbeitung dieser Fragen wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit verschiedene Expertisen durchgeführt. Um Maßnahmen im Bereich der Prävention und der gesundheitlichen Hilfe entwickeln zu können, wurde zum einen eine quantitative Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation mit dem Ziel der Verbesserung der Datenbasis vorgenommen. Die Differenzierung nach Migrantengruppen, Geschlechtszugehörigkeit, Altersgruppen, Suchtstoffen, Konsummustern etc. war Teil der Aufgabe.

Zum anderen wurde die vorliegende wissenschaftliche Literatur mit dem Ziel ausgewertet, die qualitative Einschätzung und die Grundlagen für eine Analyse der Problematik zu verbessern und Aussagen zu erhalten zum kulturellen Umgang mit Sucht und Suchtstoffen, zum Zusammenhang von Drogenkonsum, Migrantensstatus und gesellschaftlicher Marginalisierung, Einfluß eines niedrigen sozialen Status, Reaktionen des sozialen Umfeldes etc..

Schließlich sollte eine Bestandsaufnahme und ggf. Evaluation bestehender präventiver Angebote der Suchtkrankenhilfe mit Aussagen darüber gemacht werden, wie der Zugang zu diesen Angeboten verbessert werden kann.

Die Expertisen wurden inzwischen abgeschlossen. Sie werden derzeit ausgewertet. Im Rahmen eines Expertengesprächs soll geprüft werden, ob zusätzliche Forschung oder gezielte Einzelprojekte durchzuführen sind und ob das Beratungsangebot für Migranten ausgebaut bzw. verbessert werden muß. In diesem Zusammenhang werden auch Überlegungen zur Durchführung eines Modellvorhabens angestellt, mit dem spezifische Formen zur Beratung und Betreuung von suchtgefährdeten bzw. suchtkranken Migranten erprobt werden.

Unabhängig davon hat nach einem Gespräch zwischen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem Aussiedlerbeauftragten die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) den Auftrag erhalten, ein Video zu erarbeiten, das über Beratungsangebote informiert, um Beratungsscheu sowie u.U. auch falsche Vorstellungen über Hilfe und Beratung in der Bundesrepublik abzubauen. Die DHS stellt ebenso eine neue Liste mit Informations- und Beratungshilfen in Sprachen aus dem osteuropäischen Raum zusammen.

6.3 Expertise über den europäischen Vergleich von Therapiezeiten

In der Folge verschiedener Veränderungen der gesetzlichen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation wurde auch die Therapiedauer der Behandlung Suchtkranker reduziert. Dies führte zu massiven Protesten der Leistungserbringer und ihrer Fachverbände. Denn bisher galt in Deutschland die Maxime, Patienten möglichst lange stationär zu behandeln. Das bedeutete für Alkoholabhängige 6 - 12 und für Drogenabhängige 12 - 24 Monate.

Erste ausländische und deutsche Untersuchungen haben dies bereits vor Jahren angezweifelt, und einige Träger bzw. Einrichtungen konnten zeigen, dass man Alkohol-abhängige auch in 2 bis 4 Monaten und Drogenabhängige in 3 bis 6 Monaten erfolgreich behandeln kann. Kernpunkt der kontrovers geführten Diskussion ist die Frage, ob die Dauer der Therapie einen entscheidenden (positiven) Einfluss auf den Therapieerfolg hat oder nicht.

Vor diesem Hintergrund erteilte das Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag, eine Expertise über den Vergleich von Therapiezeiten (in Europa) zu erstellen.

Im Lauf der Untersuchung wurde deutlich, dass der Sachverhalt wesentlich komplizierter ist, weil ein Therapieergebnis nicht allein von der Therapiedauer abhängig ist.

Einige Ergebnisse, knapp zusammengefasst, lauten:

- Es gibt einen eindeutigen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg. Die Aussage ist durch eine (europäische) Meta-Analyse und durch die Auswertung von europäischen und U.S.-amerikanischen Einzelstudien, Überblicksarbeiten und Meta-Analysen belegt. Sie gilt für Alkohol- und Drogenabhängige.
- Die Aussage gilt nicht universell für das gesamte Spektrum möglicher Therapiezeiten. Vielmehr gibt es anscheinend optimale Zeitfenster für Therapiefortschritte, ohne dass jedoch eine empirisch gut abgesicherte Aussage über diese Dauer gemacht werden könnte.
- Die Aussage zu den optimalen Zeitfenstern gilt für *Gruppen von Patienten mit durchschnittlichen Störungsausprägungen* (Schweregrad, Komorbidität und Veränderungsbereitschaft). Für Gruppen mit spezifischen Charakteristika und insbesondere *im Einzelfall* können die optimalen Zeitfenster (nach unten und oben) variieren. Eine gute Eingangs- und Verlaufsdagnostik und ein hochindividualisierter Programmablauf sind Konsequenzen dieses Ergebnisses.
- Ein weiterer Einflussfaktor, neben Therapiedauer und Patientenmerkmalen, ist das therapeutische Setting (Therapieverfahren, Therapieintensität, Mitarbeitercharakteristika und Therapeut-Patient-Interaktion). Verkürzungen der Therapiedauer können durch eine optimale Gestaltung des Settings - zumindest teilweise - ausgeglichen werden.

Viele Aspekte in dem Wirkgefüge zwischen Therapiesetting, Therapiedauer, Patientencharakteristika und Therapieerfolg sind derzeit noch unklar und erfordern weitere Forschung. Doch erlauben bereits die

Aussagen aus dem heutigen Forschungsstand zahlreiche Schlussfolgerungen für die Praxis, um das Therapieergebnis unter Berücksichtigung fachlicher und ökonomischer Gesichtspunkte möglichst optimal zu gestalten.⁴¹

6.4 Ecstasy – Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs

Folgt man den Ergebnissen der Studien von Tossmann (1997/1999)⁴², dann geht mit dem Konsum von Ecstasy zeitnah auch ein höherer Konsum anderer Substanzen einher. Der Gebrauch von Ecstasy, insbesondere der Dauerkonsum, legt nahe, von einem insgesamt stark erhöhten polyvalenten Konsum auszugehen.

Aus Sicht der gesundheitlichen Aufklärung erscheint es bei der Verbreitung der Information über die gesundheitlichen Folgen des Ecstasykonsums unbedingt erforderlich, auf den Mischkonsum als zentrales Phänomen aufmerksam zu machen. Eine Verknüpfung der Ergebnisse (Folgeschäden) allein mit der Substanz Ecstasy erscheint nicht opportun, weil einerseits die Substanzwirkungen nicht wirklich isoliert betrachtet werden können und weil andererseits Mischkonsum das bevorzugte Verhalten von Ecstasykonsumenten ist.

Eine Studie, die unter der Leitung von Dr. Rainer Thomasius am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde, verfolgte die Frage, welche psychiatrischen, neurologischen und internistischen Gesundheitsschäden die synthetische Droge „Ecstasy“ am Menschen hervorruft und ferner, ob diese Schäden mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Neurosenstrukturen der Konsumenten zusammenhängen. Im Rahmen einer kontrollierten, naturalistischen Querschnittsstudie wurden u.a. psychiatrische, psychologische, neurologische, internistische und nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren eingesetzt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das Ausmaß an drogeninduzierten psychischen Störungen bei Ecstasykonsumenten hoch ist. Drogeninduzierte Restzustände und verzögert auftretende psychotische Störungen, welche definitionsgemäß wenige Tage nach der Drogeneinnahme spontan remittieren, wurden bei zwei Dritteln der Ecstasykonsumenten diagnostiziert. Hierzu gehören u.a. kognitive Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, dementielle Zustandsbilder und verzögert auftretende psychotische Störungen. Weiterhin ergaben sich aus den Studienergebnissen vielfältige Hinweise für das neurotoxische Potential der Droge Ecstasy, und zwar aus klinischer, neuropsychologischer, neurophysiologischer und nuklearmedizinischer Sicht. So ergaben sich in der neuropsychologischen Untersuchung bei sämtlichen für das Arbeits-, Kurzzeit- und mittelfristige Gedächtnis relevanten Testparametern signifikante Ergebnisse. Die Ergebnisse der persönlichkeitspsychologischen und psychodynamischen Untersuchungen geben Hinweise auf

⁴¹Mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit konnte die Expertise als Sondernummer der Zeitschrift SUCHT breit gestreut werden.

⁴²Tossmann, H.P. (1997): Ecstasy - Konsummuster, Konsumkontexte und Komplikationen. Ergebnisse der Ecstasy-Infoline. In: SUCHT, Nr. 2; S.121-129
vgl. auch: Tossmann, H.P./Heckmann, W. (1997): Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. Eine empirisch-explorative Untersuchung zur Notwendigkeit und den Möglichkeiten einer zielgruppenbezogenen Drogenprävention.

signifikante persönlichkeitsstrukturelle Entwicklungs- und Identitätsstörungen bei den schweren Ecstasykonsumenten.

Die Ecstasyabhängigen weisen einen starken Leidensdruck auf und schätzen den Stellenwert psychotherapeutischer und körperlicher Behandlungen vergleichsweise hoch ein.

Mit der Studie wurden Hinweise dafür gefunden, dass der Konsum der Droge Ecstasy zu ernsthaften psychiatrischen und neurokognitiven Auswirkungen führen kann. Die Möglichkeit von langfristig bleibenden Beeinträchtigungen der Gehirnaktivität durch Ecstasykonsum kann nach den Ergebnissen nicht ausgeschlossen werden. Der Frage nach der Reversibilität der eingetretenen Störungen muss in weiterführenden, längsschnittlich angelegten Studien nachgegangen werden.

Die vorgelegte Untersuchung stand von Beginn an vor der Schwierigkeit, die möglichen Folgen des Ecstasykonsums isoliert betrachten zu können, d.h. ohne eine Überlagerung von Effekten, die durch den Gebrauch anderer Drogen verursacht sein könnten.

Die beobachteten gesundheitlichen Schädigungen lassen sich auch nicht allein der Substanz Ecstasy zuschreiben, sondern stehen erkennbar in Zusammenhang mit den insgesamt deutlich höheren Konsumraten der Untersuchungsgruppe. Als Konsequenz daraus ergibt sich, dass die Untersuchung vor allem die gesundheitlichen Folgen des polyvalenten Konsums spiegelt, in dessen Dynamik der Substanz Ecstasy vermutlich eine besondere Bedeutung zukommt.

6.5 Lebensbedingungen, Ressourcen und Substanzkonsum von Frauen

Ziel der Studie, die unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Alexa Franke, Universität Dortmund, durchgeführt wurde, war es, das komplexe Bedingungsgefüge des Substanzkonsums von Frauen mit Altersgruppenzugehörigkeit, sozialer Situation, psychischer Situation, Erwartungen an die Substanz und Funktionalität des Suchtmittels zu erhellen. Drogenabhängige Frauen – da in Bezug auf die meisten Parameter eine extreme Gruppe – wurden in der Studie nicht berücksichtigt. Vielmehr konzentrierte sich die Studie auf Konsumentinnen von Alkohol und Medikamenten.

Die theoretische Grundlegung der Studie folgte dem Konzept der Salutogenese. Die Kernfrage der Salutogenese ist, was Menschen tun, um gesund zu bleiben. Krankheit und Gesundheit sind dabei nicht sich ausschließende Gegensätze, sondern Pole eines multidimensionalen Kontinuums, auf dem sich Menschen mehr in die eine oder die andere Richtung bewegen.

Das Projekt hatte eine Laufzeit von März 1998 bis Ende April 2000.

Einige wichtige Ergebnisse der Studie sind:

- Die Chance, Alkohol in unproblematischen Mengen zu konsumieren und nicht alkoholabhängig zu werden, ist für in einer Partnerschaft oder Ehe lebende Frauen erhöht. Diese Frauen sind auch weniger gefährdet, sehr hohe Mengen von Medikamenten zu konsumieren.
- Ob eine Frau Kinder hat oder nicht, ist den Daten zufolge nicht relevant für Substanzkonsum. In Bezug auf den Alkoholkonsum scheint jedoch bedeutsam, ob die Frau ihre Kinder alleine erzieht oder nicht, wobei das funktionierende gemeinsame Leben mit Partner und Kind ein geringeres Risiko für abhängigen Konsum bedeutet. In Bezug auf Medikamente scheint diese Variable nicht relevant zu sein.
- In Bezug auf Ausbildung und Erwerbstätigkeit fassen die Forscherinnen zusammen: Die höchste Chance für Nicht-Konsum besteht bei mittlerem Schulabschluss und abgeschlossener Lehre. Hoher Schulabschluss, Hochschulausbildung und Vollzeitberufstätigkeit in einer Tätigkeit mit hoher Autonomie erhöht die Wahrscheinlichkeit hohen Alkoholkonsums - nicht jedoch in gleichem Maße das Risiko der Alkoholabhängigkeit. Niedriger Schulabschluss, fehlende Berufsausbildung, fehlende eigene Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbstätigkeit mit wenig eigener Autonomie erhöhen das Risiko für problematischen Medikamentenkonsum.
- Ein protektiver Faktor gegen jede Art von Abhängigkeit ist die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation. Der adäquate Umgang mit Alkohol scheint jedoch bei hohem Einkommen erschwert.

Auch hinsichtlich der sozialen Belastungen und Ressourcen lassen sich Bedingungen nennen, die einen adäquaten Konsum fördern: Unauffälliger Konsum gelingt eher bei geringer sozialer Belastung. Alle abhängigen Gruppen mit Konsum geben eine durchschnittlich höhere Belastung an als die unauffällige Vergleichsgruppe, wobei ein hohes Ausmaß an Belastung eher mit auffälligem Medikamentenkonsum als mit auffälligem Alkoholkonsum einhergeht. Unabhängig von der objektiven Belastung erhöht eine als hoch erlebte Belastung eher die Wahrscheinlichkeit des auffälligen Medikamentenkonsums als diejenige des Alkoholkonsums.

In schwierigen Situationen nicht ängstlich zu reagieren, ist suchtprotektiv - unabhängig von der Substanz. Alle abhängigen Frauen reagieren ängstlicher als die substanz-unauffälligen, und auch bei den Frauen mit auffälligem Konsum lassen sich erhöhte Werte von ängstlicher Stimmung angesichts schwieriger Situationen erkennen.

Auch die an den Substanzkonsum geknüpften Konsumerwartungen stehen in engem Zusammenhang mit Art und Ausmaß des Konsums. Im Sinne einer salutogenetischen Antwort stellen die Forscherinnen fest, dass die Wahrscheinlichkeit, Alkohol und Medikamente nicht problematisch zu konsumieren, höher ist, je weniger insgesamt von der Substanz erwartet wird. Die Gefahr, sich auf dem salutogenetischen Kontinuum weiter in Richtung Alkoholabhängigkeit zu bewegen, ist bei den Frauen am höchsten, die von Alkohol Spannungsreduktion erwarten. In Bezug auf Medikamente kommt der Erwartung, durch den Konsum funktionsfähiger zu werden, besondere Bedeutung zu. Je weniger eine Frau sich somit von der

Einnahme von Medikamenten erhofft, funktionstüchtiger zu werden, umso weniger ist sie gefährdet, Medikamente missbräuchlich einzunehmen oder medikamentenabhängig zu werden.

7. Ressourcen / Projektmittel

Für Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs standen dem Bundesministerium für Gesundheit im Haushaltsjahr 2000 in Höhe von insgesamt 27,3 Mio. DM zur Verfügung. Man muss allerdings berücksichtigen, dass auch die Bundesländer noch einmal erhebliche Mittel für Prävention und Modellprojekte zur Verfügung stellen und die Kommunen in der Regel die regionalen Suchtberatungsstellen finanzieren. Ausserdem finanzieren die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger die Behandlungskosten einer Entgiftung bzw. einer Entwöhnungsbehandlung.

Titel 531 66	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	12 Mio. DM
Titel 684 67	Zuschüsse für zentrale Einrichtungen und Verbände	2 Mio. DM
Titel 684 69	Modellmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	9,8 Mio. DM
Titel 685 62	Förderung der nationalen Informationsknotenstelle im Bereich Sucht	1,5 Mio. DM
Titel 686 61	Zuschüsse zu den Kosten für Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	2 Mio. DM

8. Verbände und Suchtselbsthilfe

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert vielfältige Aktivitäten der Fachverbände und der Selbsthilfeorganisationen, um z.B. bestimmte Ansätze der Prävention oder Wiedereingliederung von Suchtkranken zu erproben. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) wird außerdem als Dachverband institutionell gefördert.

8.1 Sucht-Selbsthilfe-Konferenz vom 28. bis 30. April in Bonn

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren führt in Verbindung mit den Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen alle zwei Jahre eine Sucht-Selbsthilfe-Konferenz durch. Im Jahr 2000 stand die Konferenz ganz im Zeichen des "Jahres der Angehörigen Suchtkranker". In Referaten und Arbeitsgruppen wurden die unterschiedlichen Aspekte der Arbeit mit und die Unterstützung von Angehörigen Suchtkranker besprochen. Es ging um die Rolle der Lebenspartner, der Eltern und der Kinder. Insgesamt ist es gelungen - auch durch das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt der Freundeskreise "Angehörigenarbeit" - dieses Thema in den Selbsthilfeverbänden zu verankern und aus dieser Position heraus auch Einfluss auf das gesamte Hilfesystem zu nehmen und den Anliegen der Angehörigen Suchtkranker vermehrt Bedeutung beizumessen und Rechnung zu tragen.

8.2 Isolation Suchtkranker überwinden - Verbesserung der aufsuchenden Hilfe bei Abhängigkeitskranken durch die Selbsthilfe

Das Projekt⁴³ hat das Ziel, Suchtkranke und Angehörige so früh wie möglich aus der Isolation der Suchterkrankung herauszuholen und ihnen fachliche Hilfe anzubieten. Aktuell werden lediglich 5 - 10 % der suchtkranken Menschen vom professionellen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe erreicht. Es gilt, den Anteil der Suchtkranken, die frühzeitig erreicht werden, zu erhöhen.

⁴³Projektträger: Blaues Kreuz in Deutschland (BKD) und Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE)

Dabei spielt die Hilfe durch Selbsthilfegruppen eine zentrale Rolle. Nach Untersuchungen haben etwa 30 % der Mitglieder von Selbsthilfegruppen keinen Kontakt zur professionellen Suchtkrankenhilfe gehabt. Das Projekt der Organisationen des Blauen Kreuzes soll dazu beitragen, dass Mitarbeiter der Selbsthilfegruppen eine Qualifizierung erhalten, um durch aufsuchende Hilfe die frühzeitige Inanspruchnahme des Hilfesystems zu erreichen. Dabei geht es auch darum, neuere Entwicklungen im Bereich der Motivationsarbeit zu vermitteln.

Für diese Arbeit bieten sich ehrenamtliche Mitarbeiter nach einer überwundenen eigenen Abhängigkeit besonders an. Ihnen gelingt es in der Regel früher, das Vertrauen von Suchtkranken zu erlangen, um dann gemeinsam mit ihnen die ersten Schritte der Hilfe zu tun.

Ein weiteres Ziel dieses Projektes ist es, die Ideologie der "Komm-Struktur" aufzubrechen. Ausgehend von den professionellen Mitarbeitern in den Beratungs- und Behandlungsstellen hat sich auch in den Selbsthilfegruppen die Einstellung breit gemacht, dass Menschen mit Problemen sich ihre Hilfe abzuholen haben. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass hier zwar häufig der Wunsch besteht, sich Hilfe zu holen, dass aber die Lebensumstände Suchtkranker dies zum Teil verhindern, sodass Hausbesuche wünschenswert sind und ein wichtiger Schritt der Hilfe sein können.

8.3 Fachkonferenz Sucht 2000 "Sucht und Arbeit"

Über 800 Teilnehmer nahmen 2000 an der Fachkonferenz⁴⁴ "Sucht und Arbeit" teil. Das letzte Mal fand eine Fachkonferenz zu diesem Thema 1988 in Berlin statt.

Es wurde berichtet, wie sich die Situation der betrieblichen Hilfen für Suchtkranke unter veränderten Arbeitsmarktsituationen darstellt. Deutlich wurde, dass es in der betrieblichen Suchtarbeit eine Veränderung in Richtung Gesundheitsförderung auf der einen Seite bzw. betriebliche Sozialarbeit auf der anderen Seite gegeben hat.

Während früher allein die Alkoholabhängigkeit im Mittelpunkt der Bemühungen stand, spielen jetzt die Gesundheitsgefährdungen durch Tabak auf der einen Seite und durch Medikamente und Drogen auf der anderen Seite eine größere Rolle. Die DHS legte zur Tagung ihre neue Broschüre "Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz" vor, und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konnte ihr Medienpaket "Schritt für Schritt" präsentieren.

Besonders bemerkenswert war die Teilnehmerschaft an der Tagung. Ungefähr 60 Ärztinnen und Ärzte nahmen teil, ca. 250 Personalverantwortliche aus Betrieben und Verwaltungen, bei dem Rest der Teilnehmer/-innen handelte es sich um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Suchtkrankenhilfesystems.

8.4 Projekt "Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung"

Zwischen Arbeitslosigkeit und Suchtproblemen besteht ein Zusammenhang.

Jedoch gibt es zum Problemkreis Suchtgefährdung und Arbeitslosigkeit mehr Fragen als Antworten. Hier soll das Projekt⁴⁵ zusätzliche Erkenntnisse bringen: Die Stärken der Selbsthilfe sollen genutzt werden, um niedrigschwellige und am Alltag der betroffenen Menschen orientierte Hilfsangebote zu schaffen. Die Projektidee berücksichtigt dabei insbesondere die Zielvorstellungen:

- Entwicklung von Kooperationsmodellen der Sucht-Selbsthilfe und der Arbeitslosen-Selbsthilfe und ggf. Entwicklung und Erprobung neuer Gruppen-, Beratungs- und Einzelangebote, sowohl in der Sucht-Selbsthilfe als auch in der Arbeitslosen-Selbsthilfe.
- Genaue Problembeschreibung und Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit im Zusammenhang mit Suchtgefährdung unter dem Blickwinkel der Handlungsmöglichkeiten von Selbsthilfe. Hierbei sind ganz besonders auch Zielgruppen von Interesse, wie z.B. ältere suchtgefährdete Menschen ohne Berufsperspektiven, arbeitslose und suchtgefährdete Frauen, Jugendliche und Kinder suchtkranker und arbeitsloser Eltern.
- Entwicklung und Erprobung eines verbands- und fachübergreifenden Trainingsprogramms für ehrenamtliche Kräfte in der Sucht- und Arbeitslosen-Selbsthilfe.
- Modellversuche mit speziellen Angeboten für Arbeitslose mit Sucht (Mittel-) Problemen an verschiedenen Standorten in Deutschland. Hier sollen besondere regionale Situationen Berücksichtigung finden, die Vergleiche zulassen und Handlungsansätze für die Integration in bestehende Selbsthilfestrukturen in Verbänden und Gruppen der Sucht-Selbsthilfe und der Arbeitslosen-Selbsthilfe gestatten.

Dieses Projekt bietet eine spannende Chance zur Zusammenarbeit verschiedener Selbsthilfe-Bereiche und professioneller Hilfen, die bislang nur wenig Berührung hatten.

8.5 Projekt "Der Rückfall in der Sucht-Selbsthilfegruppe"

In diesem Projekt⁴⁶, welches Mitte 2002 abgeschlossen werden soll, geht es um vier grundlegende Projektziele:

1. Erarbeiten und Erlernen eines vorurteilsfreien und angemessenen Umgangs mit Rückfällen in der Suchtselbsthilfegruppe durch Ehrenamtliche; rationales Kennenlernen der verschiedenen Formen des Rückfalls; Erörterung möglicher Hintergründe und Ursachen.

⁴⁴Projektträger: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

⁴⁵Projektträger: Guttempler in Deutschland

⁴⁶Projektträger: Kreuzbund e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V.

2. Die emotionale Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten, Vorbehalten, Schuld- und Schamgefühlen, Suizidalität bei Rückfall - Vorfeldüberlegungen zur Fragestellung "Wie kündigt sich ein Rückfall an? Was passiert beim Rückfall?"
3. Die Entwicklung von Möglichkeiten der Rückfallbearbeitung in der Selbsthilfe - hierzu soll ein spezifisches Trainingsprogramm erarbeitet werden.
4. Die Entwicklung von Möglichkeiten der Rückfallprävention durch die Selbsthilfe-Gruppe.

Dieses Projekt ist deshalb besonders wichtig, weil ehemals Alkoholabhängige zu einem großen Teil Selbsthilfe-Gruppen besuchen, für die durch die eigene Betroffenheit (jeder kann rückfällig werden), eine besondere Herausforderung darin besteht, sich mit Rückfälligen und Rückfällen zu befassen.

9. Internationale Zusammenarbeit

9.1 Drogenaktionsplan der EU 2000 - 2004

Der Drogenaktionsplan 2000 - 2004 schreibt den bis 1999 gültigen Drogenaktionsplan der EU fort. Er ist ein Leitfaden für die Drogenpolitik der Kommission und der Mitgliedstaaten. Er wurde in der Horizontalen Gruppe Drogen (EU-Arbeitsgruppe) unter deutscher Beteiligung erarbeitet und im Juni 2000 unter portugiesischer Präsidentschaft in Freira (Portugal) im Rat gebilligt. Der Aktionsplan setzt in den kommenden Jahren die EU Drogenstrategie des Europäischen Rates vom Dezember 1999 um.

Hauptziele dieser Strategie sind für die nächsten 5 Jahre eine

- erhebliche Verringerung des Konsums illegaler Drogen sowie der Anzahl der Einsteiger, insbesondere bei Jugendlichen unter 18 Jahren;
- erhebliche Verringerung der Auswirkungen drogenkonsumbedingter Krankheiten (HIV, Hepatitis B und C, Tbc usw.) und der Anzahl der Drogentoten;
- erhebliche Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelter Drogenabhängiger;
- erhebliche Reduzierung der Verfügbarkeit illegaler Drogen;
- erhebliche Verringerung der Anzahl der Drogenstraftaten;
- erhebliche Verringerung der Geldwäsche und des illegalen Handels mit Grundstoffen.

Der Drogenaktionsplan erstreckt sich auf die Verhütung des Missbrauchs von illegalen, aber auch von legalen Drogen, wie Tabak und Alkohol, und betont die Prävention sowie den zu verbessernden Zugang zu therapeutischen Hilfen für Abhängige. Die Mitgliedstaaten sollen außerdem konkrete Maßnahmen ergreifen, um insbesondere für jugendliche Drogenstraftäter Alternativen zu Haftstrafen zu schaffen.

Auf Grundlage dieses Aktionsplans wird die EU-Kommission eine Halbzeit- und Schlussevaluierung der Drogenbekämpfungsmaßnahmen veranlassen.

9.2 Minister-Konferenz der Pompidou-Gruppe im Oktober 2000 in Sintra (Portugal) zum Thema "Schadensminimierung".

Die im 3-Jahresrhythmus wiederkehrende Ministerkonferenz der Pompidou-Gruppe (eine Arbeitsgruppe des Europarates zur Drogenproblematik mit Sitz in Straßburg) fand diesmal auf Einladung des portugiesischen Staatssekretärs beim Ministerrat, Herr Vitalino Canas, als Vorsitzender des Gremiums in Sintra bei Lissabon statt. An ihr nahmen fast alle Staaten des Europarates sowie u.a. Vertreter der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, der WHO, von UNDCP (Drogenkontrollprogramm der VN) und der USA als Beobachter teil.

In ihrer Eröffnungsrede wiesen sowohl Herr Staatssekretär Canas als auch der Vizepräsident des Europarates, Herr Krüger, auf die Bedeutung der Drogenproblematik und Notwendigkeit der verstärkten Zusammenarbeit mit den osteuropäischen Ländern hin.

Im weiteren Verlauf wurden zwei Arbeitsgruppen zu den Aspekten "Empfehlungen für Public Health und Sozialpolitik-Zusammenwirken mit Präventionspolitik - öffentliche Wahrnehmung" (Gruppe A) und "Gesetzgeberische und regulative Fragen - Übereinstimmung mit internationalen Konventionen - praktische Probleme der Strafverfolgung" (Gruppe B) durchgeführt. In der Arbeitsgruppe A stellte Frau Parlamentarische Staatssekretärin Christa Nickels die einzelnen Maßnahmen zur Schadensminimierung in Ausführung der Koalitionsvereinbarung in Deutschland vor. Im Verlauf der weiteren Beiträge wurde die ganze Bandbreite europäischer Drogenpolitik deutlich. So betonte der türkische Vertreter die besondere Bedeutung der Strafverfolgung auch gegenüber Drogenabhängigen, während etwa die Schweiz auf ihre positiven Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen und die heroingestützte Behandlung und Portugal auf die kürzlich verabschiedete Novelle des Betäubungsmittelrechts verwies, die u.a. eine Entkriminalisierung des Cannabiskonsums vorsieht.

9.3 Europäischer Aktionsplan Alkohol

Im September 1999 wurde der zweite Aktionsplan Alkohol der WHO mit Unterstützung Deutschlands verabschiedet.

Auf Einladung des BMG trafen sich im Juni 2000 in Bonn die nationalen Ansprechpartner für den europäischen Aktionsplan Alkohol der WHO Region Europa. Rund 80 Teilnehmer aus 50 Ländern haben über den Umsetzungsstand des Aktionsplans in ihren Ländern berichtet. Deutschland stellte durch eine Rede von Frau Nickels die Aktivitäten der Bundesressorts zum Thema Alkoholprävention vor, die Vertreterin des Landes Bayern stellte die Aktivitäten der Bundesländer in der Umsetzung des 1997 verabschiedeten Aktionsplans Alkohol der Länder dar. Gleichzeitig diente das Treffen der Vorbereitung der Ministerkonferenz der WHO "Jugend und Alkohol", die unter schwedischer EU-Präsidentschaft im Februar 2001 in Stockholm stattfand. Auf dieser Konferenz war Deutschland mit einer großen Delegation vertreten. Neben Vertretern der Bundesregierung nahmen das Vorsitzland der GMK, Bremen, der Vorsitzende der DHS und eine junge Sportlerin teil, die sich besonders in der Alkoholprävention im Sportverein engagiert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung war auf der Konferenz mit einem Ausstellungsstand vertreten, auf dem deutsche Aktivitäten in Bund, Ländern und Verbänden dargestellt wurden. Frau Parlamentarische Staatssekretärin Schaich-Walch war die Leiterin der deutschen Delegation war.

Auf der Konferenz wurde in einer Abschlusserklärung nachdrücklich die Bedeutung der Prävention zur Verhütung des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen unterstrichen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden als WHO-Publikationen erscheinen.

9.4 Übereinkommen der WHO über die Bekämpfung des Tabakkonsums (Tabakrahmen-Konvention)

Im Mai 1999 hat die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly WHA) mit den Resolutionen WHA 49.17 und WHO 52.18 die Weltgesundheitsorganisation beauftragt, eine *Internationale Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle* zu verhandeln.

Es ist das erste Mal, dass die Weltgesundheitsorganisation eine internationale Konvention auf der Grundlage von Artikel 19 ihrer Verfassung erarbeitet. Die Rahmenkonvention soll durch Zusatzprotokolle - etwa über Werbung, Besteuerung, Schmuggel u.a.m. - ergänzt werden.

Nach den erforderlichen Vorarbeiten hat im Oktober 2000 eine erste Verhandlungsrunde stattgefunden, an der sich 110 Staaten, darunter auch Deutschland, beteiligt haben. Eine zweite Verhandlungsrunde ist für April/Mai 2001 vorgesehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen seiner Zuständigkeiten engagiert an der Erarbeitung mitwirken.

Die Weltgesundheitsversammlung soll im Jahr 2003 die Rahmenkonvention und die Zusatzprotokolle verabschieden. Konvention und Protokolle werden - sofern sie von 2/3 der Mitgliedstaaten rechtsverbindlich umgesetzt werden - dann für diese Staaten international verbindlich sein.

Alle der über 160 Delegationen haben die Erarbeitung der Konvention grundsätzlich unterstützt und die vom WHO-Sekretariat ausgearbeiteten Elemente für den Entwurf der Konvention als gut brauchbare Arbeitsgrundlage akzeptiert.

Themenbereiche, die u.a. erörtert werden, sind:

Werbung, Produktregulierung, Nichtraucherenschutz, Behandlung von Tabakabhängigkeit, Steuern, Schmuggel, Jugendschutz, Subventionen sowie Haftung und Schadensersatz, institutionelle Fragen wie Überwachung der Konvention.

In der 2. Verhandlungsrunde soll in drei Arbeitsgruppen auf der Grundlage konkreter Arbeitspapiere weiterverhandelt werden. Die nächste Verhandlungsrunde ist für April/Mai 2001 vorgesehen.

9.5 Kooperation mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Der Jahresbericht 2000 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht wurde im Oktober vorgestellt. Er stellt u.a. fest, dass zusätzlich zur Heroinabhängigkeit - von der immer mehr "chronisch abhängige Erwachsene" betroffen sind - der problematische Konsum von Kokain (oft zusammen mit Alkohol), der Mischkonsum von Drogen wie Amphetaminen, Ecstasy und Medikamenten sowie der Cannabiskonsum in Europa zunehmen.⁴⁷

Der Jahresbericht, der in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netzes und anderen Partnern vorbereitet und zusammengestellt wird, ist das wichtigste Informationsorgan der Beobachtungsstelle. Die darin enthaltenen Daten und Analysen werden der Planung und der Umsetzung geeigneter Gegenmaßnahmen in Bezug auf das Drogenproblem sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene zugrunde gelegt. Die EBDD leistet durch Deckung des Informationsbedarfs der Entscheidungsträger auf allen Ebenen einen bedeutenden Beitrag zur Entwicklung der Drogenpolitik in Europa. Die Daten werden von den sog. "focal points" der Mitgliedsländer geliefert. In Deutschland ist dies die Deutsche Referenzstelle für die EBDD (DBDD). Hierbei handelt es sich um das Institut für Therapieforschung (IFT; München) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS).

10. Aktivitäten der Drogenbeauftragten

Die ehemalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Christa Nickels, nahm auch im Berichtsjahr bei zahlreichen Besuchen vor Ort die Gelegenheit wahr, Gespräche mit Praktikern der Suchthilfe, mit Verbänden und Trägern der Selbsthilfe, mit Wissenschaftlern und internationalen Gremien zu führen (u.a. beim niedrigschwelligen Kontaktladen INDRO in Münster, bei der Therapieeinrichtung Sirius im Sauerland, bei der Therapieeinrichtung für Jugendliche Boddinher Berg bei Kassel, bei der Therapieeinrichtung Dönus für Drogenabhängige aus dem arabischen Kulturkreis bei Nürnberg, bei der 'Laufer Mühle', einem Wohnprojekt für chronisch-abhängige Alkoholranke in der Nähe von Nürnberg, bei der Selbsthilfeeinrichtung Synanon in Berlin, beim Netzwerk Drogenhilfe der Stadt Halle u.a.m.). Außerdem war sie auch auf einer Reihe von wissenschaftlichen Veranstaltungen und Fachkongressen präsent (u.a. beim Symposium der BZgA zur Suchtprävention im Sportverein, beim Suchtforum Stuttgart des Deutschen Apotheker Verlages, bei der Konferenz der Deutschen Polizeipräsidenten in Nürnberg).

In Gesprächen mit Vertretern der Tabak- und der Alkoholindustrie sowie der Bundesärztekammer und Verbänden substituierender Ärzte wurden die such- und drogenpolitischen Vorhaben und Maßnahmen der Bundesregierung diskutiert.

⁴⁷Der Bericht ist im Internet unter folgender Adresse abrufbar: http://www.emcdda.org/publications/publications_annrep.shtml

Anhang

Zur Situation des illegalen Drogenmarktes in der Bundesrepublik Deutschland

im Jahr 2000.

Bericht des Bundeskriminalamtes.

*Die Grundlagen der folgenden **Darstellung zur Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland** sind überwiegend Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei. Als wesentliche Indikatoren für die Entwicklung der Rauschgiftkriminalität werden zugrunde gelegt:*

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

Die Informationen zu den einzelnen Indikatoren resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Rauschgiftkriminalität. Sie spiegeln einen großen Teil des Hellfeldes dieses Kriminalitätsphänomens wider. Generell ist anzumerken, dass die Statistik der Sicherstellungsmengen durch Großsicherstellungen stark beeinflusst wird.

Bei den gängigen Rauschgiften ist im Jahr 2000 im Hinblick auf die Sicherstellungsmengen ein deutlicher Rückgang vor allem bei Marihuana, Kokain und Amphetamin zu verzeichnen. Dem gegenüber ist im Vergleich zum Vorjahr erheblich mehr Haschisch beschlagnahmt worden.

Die durch Polizei- und Zollbehörden registrierten Sicherstellungsfälle stehen im Jahr 2000 auf einem ähnlich hohen Niveau wie im Vorjahr. Beachtlich ist der starke Anstieg der Fälle bei Ecstasy (+62,4 %) sowie der Rückgang der Sicherstellungsfälle von Kokain (-12,3 %).

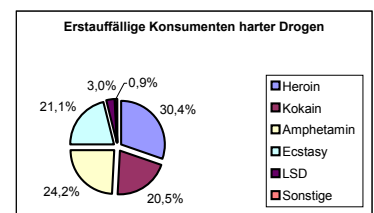
Als Herkunfts- oder Transitstaaten für in der Bundesrepublik Deutschland sichergestellte illegale Drogen dominieren seit Jahren die Türkei, Kolumbien, Afghanistan, Marokko sowie die Niederlande. Daran hat sich auch im Berichtsjahr nichts geändert. Folgende Besonderheiten und Entwicklungen sind herauszustellen:

- ↪ Die Niederlande sind nach wie vor bedeutendstes Herkunftsland für in Deutschland sichergestelltes Rauschgift. Zwischen 85,6 % (Ecstasy) und 50,4 % (Kokain) des Rauschgiftes mit bekannter Herkunft wurde aus den Niederlanden eingeführt.
- ↪ Afghanistan ist weiterhin Hauptherkunftsland für das auf dem europäischen Markt verfügbare Heroin. Bedeutendster Zufuhrweg für Heroinlieferungen nach Europa bleibt die Balkanroute mit ihren verschiedenen Ausläufern.
- ↪ Nach der Sicherstellung von 316 kg Heroin im Jahr 1999 erfolgten im Berichtszeitraum am deutsch-polnischen Grenzübergang Frankfurt/Oder erneut Großsicherstellungen von 4.086 kg Haschisch durch deutsche und von 97 kg Heroin durch polnische Behörden. Diese Fälle unterstreichen die Bedeutung der deutsch-polnischen Grenze und der neuen Länder als Transitregion im Rahmen des Rauschgiftschmuggels nach Westeuropa.
- ↪ Die Sicherstellungsmenge von Kokain ist gegenüber dem Vorjahr deutlich zurückgegangen. Mehr als die Hälfte des Kokains wurde auf deutschen Flughäfen sichergestellt, davon 377,2 kg am Flughafen Frankfurt/Main.
- ↪ Der Handel mit Crack ist in Deutschland nahezu ausschließlich auf die Städte Hamburg und Frankfurt beschränkt.
- ↪ Der Schmuggel von Ecstasy im Transit über Deutschland nach Nordamerika hat im Vergleich zum Vorjahr größere Dimensionen angenommen. Im Jahr 2000 sollten auf diesem Wege in 33 Fällen 730.500 Ecstasy-Tabletten transportiert werden.

Die Zahl der **Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen** (EKhD) hat sich im Jahr 2000 um 9,8 % auf **22.584** Personen erhöht. Dieser Anstieg wird maßgeblich durch die sprunghafte Entwicklung bei den Erstauffälligen von Ecstasy (+ 73,3 %) bewirkt. Zunahmen sind auch im Bereich der EKhD von LSD (+4,3 %) zu registrieren. Die Zahlen der EKhD bei Heroin (+0,5 %) und Amphetamin (+2,4 %) bewegen sich nahezu auf dem Niveau des Vorjahres. Die Anzahl der EKhD von Kokain hat dagegen deutlich abgenommen (-5,9 %).

Die Altersstruktur der EKhD hat sich im Vergleich zu den Vorjahren insofern verändert, als die 18-bis 20-Jährigen einen prozentualen Zuwachs von 3,0 % verzeichnen. Zusammen mit der Altersgruppe der 21- bis 24-Jährigen sind sie mit über 50 % nach wie vor die am stärksten belastete Gruppe. Ursächlich hierfür scheint die große Zunahme der EKhD von Ecstasy zu sein, an der

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen sind solche Personen, die im Berichtszeitraum erstmals der Polizei oder dem Zoll in Verbindung mit dem Missbrauch harter Drogen bekannt wurden. Es handelt sich dabei nicht in jedem Fall um Rauschgiftabhängige, sondern auch um Probierer und Gelegenheitskonsumenten.



die Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen einen Anteil von 40,3% umfasst.

In den neuen Ländern fällt der Zuwachs der EKhd mit 40,2 % höher als in Gesamtdeutschland aus, was die Entwicklung einer fortgesetzten Annäherung der Rauschgiftsituation der neuen an die alten Länder unterstreicht.

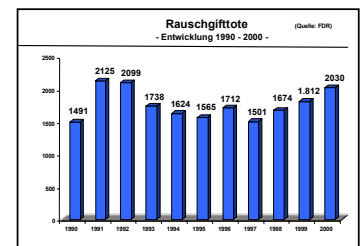
Im Jahr 2000 verstarben in Deutschland insgesamt **2030** Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums, 12 % mehr als im Vorjahr. Damit ist die Zahl der polizeilich registrierten **Rauschgifttoten** erstmals seit 1992 wieder über 2000 Todesfälle angestiegen. Die Entwicklung in den Ländern ist unterschiedlich. Überdurchschnittliche Steigerungsraten sind in Bayern (+26,9 %), Niedersachsen (+25,0 %), Rheinland-Pfalz (+23,9 %) und Nordrhein-Westfalen (+19,0 %) zu verzeichnen. In Schleswig-Holstein und Hamburg ist die Zahl der Rauschgifttoten jeweils um 11,3 % gesunken. Die neuen Länder sind mit insgesamt 34 Rauschgifttoten (+ 47,8 %) bei einer überdurchschnittlichen Steigerungsrate nach wie vor nur gering belastet.

Eine Vielzahl von Faktoren wie das Konsumverhalten der Drogenabhängigen oder die Inanspruchnahme von Therapieangeboten kann die Zahl der Rauschgifttoten beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist die Frage nach der Wirkung von niederschweligen Hilfsangeboten wie der Substitutionsbehandlung und der Einrichtung von Drogenkonsumräumen von besonderer Bedeutung.

Der Anteil der durch Rauschgiftkonsum verstorbenen Aussiedler ist im Vergleich zum Vorjahr überproportional gestiegen. Ihre Anzahl hat sich mit 162 Todesfällen mehr als vervierfacht. Die Ursachen für diese Entwicklung dürften unter anderem auf soziale Integrationsprobleme, einen häufigen Drogenkonsum von Jugendlichen und eine fehlende Bereitschaft zur Annahme von Hilfsangeboten zurückzuführen sein.

Im Jahr 2000 wurden in 8.014 Fällen insgesamt 796 kg **Heroin** sichergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Fallzahl um 3,4 % gestiegen. Die Sicherstellungsmenge ist nahezu gleich geblieben. Obwohl es bis auf die Sicherstellung von 87,3 kg Heroin am deutsch-tschechischen Grenzübergang Waidhaus/BY und eine Sicherstellung von 65 kg Heroin in Aschaffenburg/BY 2000 keine

Rauschgifttodesfälle sind nicht nur auf Überdosierungen zurückzuführen. Es handelt sich dabei auch um Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs, Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen sowie infolge von Unfällen unter Drogeneinfluss stehender Personen.



Aussiedler sind deutsche Staatsangehörige mit Geburtsort in den Staaten Rumänien, Polen und der ehemaligen UdSSR mit Wohnsitz in Deutschland (Definition der Bund-Länder-Projekt-gruppe, 1999)

Drastischer Anstieg der Rauschgifttoten bei Aussiedlern.

Bei der Bewertung von Rauschgiftsicherstellungsmengen muss berücksichtigt werden, dass verändertes Kontrollverhalten der Polizei und des Zolls sowie das Auffinden größerer Einzelmengen in unterschiedlichen Zeiträumen zu auffälligen Veränderungen im Lagebild führen können.

herausragenden Großsicherstellungen von Heroin gab, blieb die Heroinsicherstellungsmenge wegen einer im Berichtszeitraum gestiegenen Zahl von Sicherstellungen im Mengenbereich zwischen 10 kg und 50 kg annähernd auf dem gleichen Niveau wie 1999.

Südwestasien stellt die wichtigste Quelle für in Europa konsumiertes Heroin dar. Dabei kommt Afghanistan die größte Bedeutung zu. Heroinlieferungen gelangen häufig über die Balkanroute mit ihren verschiedenen Ausläufern nach Europa. Nach Einschätzung der IKPO-Interpol werden pro Jahr zwischen 60 % und 80 % des in Europa sichergestellten Heroins auf diesen Routen geschmuggelt.

Daneben gewinnt der Transport von Opiaten über die zentralasiatischen Staaten (Usbekistan, Turkmenistan, Tadschikistan, Kirgisistan und Kasachstan) in Richtung Europa an Bedeutung. Seit Beginn des Jahres 2000 erfolgen in Deutschland vermehrt Sicherstellungsfälle von sogenanntem „weißem Heroin“, welches vermutlich aus Zentralasien stammt und in der Regel mit einem hohen Reinheitsgehalt auf den Markt gelangt. Im Berichtsjahr wurden 31 Fälle und die Sicherstellung von 5,1 kg „weißem Heroin“ registriert. Häufig treten Aussiedler in diesem Zusammenhang als Tatverdächtige in Erscheinung.

Die Niederlande sind mit 550 Sicherstellungsfällen Hauptbeschaffungsstaat für kleinere Heroinmengen (82,7 % der Fälle mit bekannter Herkunft). Es wurden 116,2 kg Heroin sichergestellt, die von dort nach Deutschland gelangten.

Die Türkei wurde im Jahr 2000 in 26 Sicherstellungsfällen als Herkunfts- bzw. Transitstaat größerer Mengen festgestellt. Insgesamt wurden hierbei 249,7 kg Heroin sichergestellt, die über verschiedene ost- und südeuropäische Staaten nach Deutschland geschmuggelt wurden.

Als Tatverdächtige traten im Berichtszeitraum neben deutschen vorrangig türkische und italienische Staatsangehörige im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen in Erscheinung. Ethnische Albaner etablieren sich vermehrt auf dem deutschen Heroinmarkt und stellen zunehmend eine Konkurrenz zu türkischen Gruppierungen dar.

Die Balkanroute ist weiterhin "Hauptschlagader" des Heroinschmuggels nach Europa.

Die Bezeichnung „weißes Heroin“ wird verwendet, wenn das Heroin die üblicherweise enthaltenen Nebenalkaloide Narcotin und Papaverin nicht oder nur in sehr geringen Anteilen aufweist.

Heroin wird am häufigsten in den Niederlanden beschafft.

Die Türkei ist geografisches Bindeglied zwischen den Anbauregionen Südwestasiens und den Konsummärkten in Europa.

Ethnische Albaner stellen zunehmende eine Konkurrenz für türkische Gruppierungen dar.

Gruppierungen dar.

Im Jahr 2000 wurde in Deutschland 53,8 % weniger **Kokain** sichergestellt als im vorangegangenen Erfassungszeitraum. Mit 913,4 kg sank die Sicherstellungsmenge annähernd auf das bisher niedrigste Niveau der letzten zehn Jahre (1994: 767 kg). Nachdem 1999 allein bei vier Großsicherstellungen knapp 900 kg Kokain beschlagnahmt wurden, bewegten sich die größten Sicherstellungsmengen im Berichtsjahr nur im zweistelligen Bereich (72 kg im Hamburger Hafen und 51 kg in Kassel). Die Fallzahlen (4.814) nahmen ebenfalls um 12,3 % ab.

Im Jahr 2000 wurde 53,8 % weniger Kokain sichergestellt als im Vorjahr.

Als wichtigste Sicherstellungsorte mit einem Anteil von 68,6 % der Gesamtsicherstellungsmenge wurden die deutschen Flug- und Seehäfen registriert (626,7 kg). 119,2 kg wurden in deutschen Seehäfen und 507,5 kg auf Flughäfen, davon allein 377,2 kg am Flughafen Frankfurt/Main, beschlagnahmt.

Ein großer Teil des Kokains wurde am Flughafen Frankfurt/Main sichergestellt.

Bei 85,5 % des sichergestellten Kokains und in 21,7 % der Fälle konnte die Herkunft ermittelt werden. Im Gegensatz zum Jahr 1999, in dem Kolumbien bedeutendstes Herkunftsland für Kokain war, wurden nun die Niederlande mit 130,7 kg (16,7 % der sichergestellten Menge mit bekannter Herkunft) registriert. Auch bezüglich der Sicherstellungsfälle mit bekannter Herkunft dominieren nach wie vor die Niederlande mit 50,4 %. Danach folgt Kolumbien mit 119,4 kg und einem Anteil von 15,2% an der Sicherstellungsmenge mit bekannter Herkunft. Großsicherstellungen von Kokain aus Kolumbien sind im Jahr 2000 ausgeblieben.

Die Niederlande waren Hauptherkunftsland für das in Deutschland sichergestellte Kokain.

Deutschland ist nicht nur Bestimmungs-, sondern auch Transitland für Kokainlieferungen. Im Berichtsjahr sollten 385,1 kg des in Deutschland sichergestellten Kokains (42,2 % der Gesamtsicherstellungsmenge) ins Ausland transportiert werden. Bestimmungsländer dieses Kokains waren Spanien, Italien, die Niederlande, die Schweiz sowie afrikanische Staaten.

Etwa ein Drittel des sichergestellten Kokains war für das Ausland bestimmt.

Im Zusammenhang mit Kokainsicherstellungen dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen und

wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen und sierraleonischen Staatsangehörigen. Bei Tatverdächtigen aus Kolumbien und Venezuela ist auffällig, dass bei einer relativ geringen Anzahl an Personen verhältnismäßig große Kokainmengen sichergestellt wurden. Dies deutet auf eine besondere Bedeutung von Angehörigen dieser Nationen im Bereich Handel und Schmuggel hin. Beispielsweise wurden bei 60 kolumbianischen Tatverdächtigen insgesamt 118,1 kg Kokain und bei 25 venezolanischen Tatverdächtigen 73,3 kg sichergestellt, wogegen lediglich 38,2 kg Kokain bei 479 türkischen Tatverdächtigen bzw. 8,5 kg Kokain bei 424 Sierraleonern festgestellt wurden.

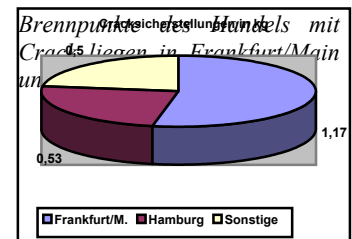
Im Jahr 2000 wurde erstmals **Crack** in der Falldatei Rauschgift separat erfasst. Die Gesamtsicherstellungsmenge an Crack belief sich auf 2,2 kg. Davon wurden allein in Frankfurt/Main 1,17 kg in 337 Fällen und in Hamburg 0,53 kg in 543 Fällen sichergestellt. An den Brennpunkten wird der Straßenhandel mit Crack überwiegend von Westafrikanern (Nigerianern) und Marokkanern dominiert. Die Herstellung von Crack bzw. die Vorratshaltung beschränkt sich auf kleine Mengen, da unter Einwirkung von Luftfeuchtigkeit ein Abbau der Wirksubstanz erfolgt und die Haltbarkeit von begrenzter Dauer ist.

Bei der Mehrheit der bekannten Crack-Konsumenten handelt es sich um Politoxikomane.

Im Jahr 2000 wurden **13 illegale Rauschgiftlabore** beschlagnahmt, die der Produktion von synthetischen Betäubungsmitteln und Crack dienten. In den meisten Fällen handelt es sich bei den in Deutschland sichergestellten Rauschgiftlaboren um sogenannte „Küchenlabore“, die nur für die Herstellung kleinerer BtM-Mengen geeignet sind. Sieben der Labore waren zur Herstellung von Amphetamin bzw. Methamphetamin bestimmt, in einem Labor wurde „Crystal“ (kristallines Methamphetamin) synthetisiert und in sechs Fällen Kleinstlabore zur Herstellung von Crack sichergestellt.

Die Nähe zu den Niederlanden und die damit einhergehende Unrentabilität von Rauschgiftlaboren dürfte ein Grund dafür sein,

Crack ist eine rauchbare Kokainzubereitung, die durch Umwandlung von Kokainhydrochlorid in den basischen Zustand entsteht.



Anstieg der sichergestellten Rauschgiftlabore auf 13 Laborsicherstellungen. Es handelte sich jedoch durchgängig um Kleinstlabore mit geringer Produktionskapazität.

dass in Deutschland lediglich Kleinlabore betrieben werden. In den Niederlanden werden seit Jahren synthetische Drogen in großem Umfang produziert.

Im Jahr 2000 wurde im deutsch-niederländischen Grenzgebiet ein weiterer Fall der illegalen Chemikalienbeseitigung von Rauschgiftvorläufersubstanzen („Dümping“) festgestellt. Es wurden insgesamt 2.915 Liter verschiedener Chemikalien aufgefunden, die nachweislich aus den Niederlanden stammten und für die illegale Herstellung von synthetischen Drogen genutzt wurden.

„Dümping“ ist die illegale Beseitigung von Chemikalien, die für die illegale Herstellung meist synthetischer Drogen verwendet werden.

In 3.726 Fällen wurden insgesamt 271,2 kg **Amphetamin/Methamphetamin** in Deutschland beschlagnahmt, das sind 2,2 % weniger Fälle als 1999. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Sicherstellungsmenge, die 1999 durch eine Grobsicherstellung deutlich angestiegen war, um 24,7 % gesunken. Ausgehend von der Grenzregion zur Tschechischen Republik in Sachsen und Nordbayern weitet sich der Konsum von Crystal zunehmend aus. Im Berichtsjahr wurden 225 Fälle und eine Sicherstellungsmenge von 8,7 kg Crystal registriert.

Die Sicherstellungsmenge von Amphetamin/Methamphetamin ging deutlich zurück.

„Crystal“ ist die Bezeichnung für kristallines Methamphetamin. Die Kristalle sind weiß bis beige und ungefähr halb so groß wie die des Zuckers.

Hauptherkunftsland für Amphetamin sind die Niederlande.

85,7 % der sichergestellten Amphetaminmenge mit bekannter Herkunft stammten aus den Niederlanden (205 Fälle). Kleinere Mengen wurden aus bzw. über Polen (34 Fälle) und die Tschechische Republik (81 Fälle) nach Deutschland eingeführt.

Deutschland war nicht nur Bestimmungs- sondern auch Transitstaat. In 34 Fällen sollten insgesamt 25,5 kg Amphetamin aus bzw. über Deutschland insbesondere nach Skandinavien geschmuggelt werden.

Der Trend des vergangenen Jahres im Zusammenhang mit **Ecstasy** setzte sich im Jahr 2000 fort. Die Sicherstellungen sind um 62,4 % auf 4.681 Fälle gestiegen. Die Sicherstellungsmenge beläuft sich auf 1.634.683 KE, ein Anstieg von 11,2 % im Vergleich zum Vorjahr. Die Steigerungsraten dürften auf die gestiegene Nachfrage

Unter dem Begriff Ecstasy versteht man nach polizeilichem Verständnis Drogen oder Szenenprodukte in Form von Tabletten oder Kapseln, die vorwiegend psychotrope Wirkstoffe aus der Gruppe der β -Phenethylamin-Derivate einzeln oder kombiniert enthalten.

Vorjahr. Die Steigerungsraten dürften auf die gestiegene Nachfrage und das daraus resultierende größere Angebot von Ecstasy sowie auf verstärkte Kontrollen der Polizei- und Zollbehörden zurückzuführen sein.

Die Niederlande sind bedeutendster Herkunftsstaat für Ecstasy-Tabletten.

Bedeutender Herkunftsstaat für Ecstasy-Tabletten sind die Niederlande. In 339 Fällen wurden 1.039.362 Ecstasy-Tabletten nachweislich von dort illegal nach Deutschland eingeführt. Dies entspricht 85,6 % der Menge mit bekannter Herkunft.

Große Ecstasy-Mengen sollten aus den Niederlanden über Deutschland nach Nordamerika geschmuggelt werden.

In 33 Fällen sollten 730.500 Ecstasy-Tabletten aus den Niederlanden über deutsche Flughäfen nach Nordamerika geschmuggelt werden.

Es wurde vermehrt LSD sichergestellt.

Die Bedeutung von **LSD** für den illegalen Rauschgiftmarkt in Deutschland ist im Vergleich zum Vorjahr hinsichtlich Fallzahlen und Sicherstellungsmenge angestiegen. In 510 Fällen wurden 43.924 LSD-Trips sichergestellt. 98,7 % der sichergestellten LSD-Trips mit bekannter Herkunft stammten aus den Niederlanden.

Der Schmuggel von und Handel mit synthetischen Betäubungsmitteln wird nach wie vor von deutschen Staatsangehörigen dominiert.

Im Jahr 2000 wurden in 672 Fällen insgesamt 35,5 kg **psilocybinhaltige Pilze** sichergestellt. Im Vergleich zum Jahr 1999 ist bei der Anzahl der Sicherstellungsfälle und der -menge ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. In einem Drittel der Fälle stammten die Pilze aus den Niederlanden.

Im Hinblick auf die Rauschgiftsituation in Deutschland haben psilocybinhaltige Pilze und Khat eine untergeordnete Bedeutung.

Von der Droge **Khat** wurden 2000 in 65 Fällen insgesamt 3.556,8 kg sichergestellt. Die Fallzahl und die beschlagnahmte Menge hat sich gegenüber 1999 reduziert. Ein Großteil der Sicherstellungsmenge wurde über die Niederlande eingeführt, wo Khat nicht den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegt.

Am häufigsten werden Cannabisprodukte sichergestellt.

Im Jahr 2000 wurden wieder am häufigsten Cannabisprodukte bzw. -pflanzen sichergestellt (58,3 % aller Rauschgiftsicherstellungsfälle). Im Berichtszeitraum wurden 18.466 Sicherstellungsfälle von **Cannabisharz** registriert, 4,4 %

18.466 Sicherstellungsfälle von **Cannabisharz** registriert, 4,4 % mehr als im Vorjahr. Die Sicherstellungsmenge hat mit 8.525,2 kg im Vergleich zu 1999 deutlich zugenommen (+74,5 %). Der Anstieg der beschlagnahmten Haschischmenge ist vor allem auf zwei große Sicherstellungen zurückzuführen. In einem Fall wurden bei der Kontrolle eines Lkw am deutsch-polnischen Grenzübergang Frankfurt/Oder 4.081 kg Haschisch sichergestellt. In einem anderen Fall wurden in Emmerich/NW in einer Ladung Orangensaft aus Marokko 449 kg Haschisch entdeckt. Im Vorjahr gab es keine Sicherstellungen dieser Größenordnung.

Mehr Grobsicherstellungen von Haschisch als 1999.

Die Anzahl der Sicherstellungsfälle von Marihuana hat zugenommen.

Im Jahr 2000 wurden in 12.052 Fällen 5.870,9 kg **Cannabiskraut** sichergestellt (In dieser Zahl ist die Sicherstellung von 1.080 kg Marihuana in Essen enthalten, die in der FDR noch nicht erfasst ist.). Während im Vergleich zum Vorjahr 5 % mehr Sicherstellungsfälle registriert wurden, konnte das hohe Niveau der beschlagnahmten Marihuanamengen aus den Jahren 1999 und 1998 nicht gehalten werden und ist um 60,9 % gesunken. Im Berichtszeitraum waren die Sicherstellungen von 2.534 kg Marihuana im Hamburger Hafen und von 1.080 kg Marihuana in Essen/NW von besonderer Bedeutung.

Weniger Grobsicherstellungen als 1999.

Cannabisöl ist in Deutschland von geringer Bedeutung.

Nach wie vor bewegt sich der Konsum und Handel von **Cannabisöl** in Deutschland auf einem sehr niedrigen Niveau. Im Berichtszeitraum wurden lediglich acht Sicherstellungen registriert, die Sicherstellungsmenge ist jedoch von 2,3 kg im Jahr 1999 auf 4,5 kg im Jahr 2000 gestiegen.

Anhaltend rückläufiger Trend bei den Sicherstellungsfällen von Cannabispflanzen.

Der 1999 erstmals seit Jahren festgestellte rückläufige Trend bei den Sicherstellungsfällen von **Cannabispflanzen** hat sich im Jahr 2000 fortgesetzt. Es wurden in 1.046 Fällen 25.277 Pflanzen sichergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit die Fallzahl um 16,6 % zurückgegangen.

Es wurden deutlich weniger Cannabispflanzen sichergestellt als 1999.

Im Vergleich zu den Sicherstellungsmengen der Vorjahre wurden im Jahr 2000 deutlich weniger Pflanzen beschlagnahmt. Die Sicherstellungsmenge ist im Vergleich zu 1999 um 85 % gesunken, da im Vorjahr ein Feld mit 115.000 Cannabispflanzen entdeckt wurde. Für die rückläufige Entwicklung beim illegalen Cannabisanbau ist die Einführung der 10. BtMÄndV, durch die u.a. die Cannabismenge, die BtMÄndV untersagt, von 100 g auf 10 g

die Cannabissamen dem BtMG unterstellt wurden, eine mögliche Ursache. Angesichts eines großen Angebots von Cannabisprodukten in den Niederlanden dürfte die Bereitschaft sinken, umfangreichen Eigenanbau (sogenannten Indoor-Anbau) zu betreiben.

In den meisten Fällen werden Cannabisprodukte in den Niederlanden beschafft.

Nach wie vor werden Cannabisprodukte am häufigsten in den Niederlanden beschafft. Bei den Haschischsicherstellungen mit bekannter Herkunft hatten 81,6 % (1999: 84,7 %), bei den Marihuanasicherstellungen 77 % (1999: 80,6 %) einen Bezug zu den Niederlanden. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Fallzahlen der Sicherstellungen von Haschisch und Marihuana mit Herkunft Niederlande seit Jahren kontinuierlich zurückgehen, während insbesondere die Sicherstellungsmengen von Haschisch angestiegen sind. Dieser Trend lässt vermuten, dass sich immer weniger Konsumenten im sogenannten Ameisenschmuggel kleine Cannabismengen in den Niederlanden beschaffen, sondern vermehrt Rauschgiftändler dort größere Mengen einkaufen, um den deutschen Rauschgiftmarkt zu versorgen.

Sicherstellungen von Cannabis mit bekannter Herkunft/Transit Schweiz nehmen ab.

Nachdem sich die Schweiz durch einen permanenten Anstieg der Herkunftsfälle bis 1998/1999 zu einem bedeutenden Cannabisherkunftsstaat in Europa entwickelt hatte, sind im Berichtsjahr die Fälle mit Bezug zur Schweiz deutlich rückläufig. Es wurde bei Marihuana in 160 Fällen (1999: 233 Fälle) und bei Haschisch in 44 Fällen (1999: 61 Fälle) die Schweiz als Beschaffungsstaat ermittelt.

Cannabisschmuggel aus/über Österreich nimmt zu.

Zugenommen haben stattdessen Sicherstellungsfälle mit Bezug zu Österreich. Bei Marihuana wurde in 160 Fällen (1999: 96 Fälle) und bei Haschisch in 154 Fällen (1999: 90 Fälle) Österreich als Herkunfts- oder Transitstaat registriert. Möglicherweise werden Cannabisprodukte aus der Schweiz zunehmend im Transit über Österreich nach Deutschland geschmuggelt, da im Rahmen des Beitritts Österreichs zur Europäischen Union die Grenzkontrollen zwischen Österreich und Deutschland abgebaut wurden.

Rauschgifttodesfälle und Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)								
Zeitraum	RG-Tote	EKhD Gesamt*	EKhD Heroin	EKhD Kokain	EKhD Amphetamin	EKhD Ecstasy	EKhD LSD	EKhD Sonstige
<i>01.01.-31.12.99</i>	1.812	20.573	7.877	5.662	6.143	3.170	738	179
<i>01.01.-31.12.00</i>	2.023	22.584	7.914	5.327	6.288	5.495	770	225
Veränderungen	+11,6 %	+9,8 %	+0,5 %	-5,9 %	+2,4 %	+73,3 %	+4,3 %	+25,7 %

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

SICHERSTELLUNGEN						
RG-Art	<i>01.01. - 31.12.99</i>		<i>01.01. - 31.12.00</i>		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	7.748	796,4 kg	8.014	796,0 kg	+3,4 %	-0,1 %
Opium	60	79,5 kg	58	30,9 kg	-3,3 %	-61,1 %
Kokain	5.491	1.979,1 kg	4.814	913,4 kg	-12,3 %	-53,8 %
Amphetamin	3.811	360,0 kg	3.726	271,2 kg	-2,2 %	-24,7 %
Ecstasy	2.883	1.470.507 KE	4.681	1.634.683 KE	+62,4 %	+11,2 %
LSD	434	22.965.Tr.	510	43.924 Tr.	+17,5 %	+91,3 %
Haschisch	17.694	4.885,2 kg	18.466	8.525,2 kg	+4,4 %	+74,5 %
Marihuana	11.472	15.021,8 kg	12.052	5.870,9 kg	+5,0 %	-60,9 %
Cannabisöl	13	2,3 kg	8	4,5 kg	-38,5 %	+95,6 %
Pflanzen	1.254	168.833 St.	1.046	25.277 St.	-16,6 %	-85,0 %
Khat	98	5.674,0 kg	65	3.556,8 kg	-33,7 %	-37,3 %
Pilze	806	42,9 kg	672	35,5 kg	-16,6 %	-17,2 %

*n.e.=nicht erfasst, KE=Konsumeinheiten, Tr.=Trips

ILLEGALE HERSTELLUNG/LABORE		
Rauschgiftart	<i>01.01. - 31.12.99</i>	<i>01.01. - 31.12.00</i>
(Meth-) Amphetamin	4	7
Amphetaminderivate / Ecstasy	1	0
Phenethylamin	1	0
Crack	1	6
Gesamt	7	13