



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht



Mai 2002

INHALTSVERZEICHNIS

<u>EINLEITUNG</u>	17
<u>1 DIE PRÄVENTION STÄRKEN</u>	17
1.1 MAßNAHMEN ZUR SUCHTPRÄVENTION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	20
1.1.1 KAMPAGNE "KINDER STARK MACHEN" WIRD FORTGESETZT	20
L.I.F.E. – Lörracher Initiative für Engagement in der Suchtprävention	21
1.1.2 MODELLPROJEKT - DIALOG UND KOOPERATION DER BEREICHE JUGENDHILFE UND DROGENHILFE	22
Inside @ School	23
1.1.3 WETTBEWERB "VORBILDICHE STRATEGIEN KOMMUNALER SUCHTPRÄVENTION"	24
1.2 MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG TABAKBEDINGTER ERKRANKUNGEN	26
1.2.1 GESUNDHEITSZIEL "DEN TABAKKONSUM SENKEN"	26
1.2.2 EMPFEHLUNGEN DES SACHVERSTÄNDIGENRATES DER KONZERTIERTEN AKTION IM GESUNDHEITSWESEN VON 2000/2001 ZU PRÄVENTION DES TABAKKONSUM	27
1.2.3 SCHÜLERINNENWETTBEWERB "BE SMART - DON'T START"	28
1.2.4 INTERNATIONALER WETTBEWERB ZUM RAUCHEN „RAUCHFREI 2002 - 10.000 EURO ZU GEWINNEN“	29
Klasse2000 – Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung bei Grundschulkindern	30
1.2.5 VERHANDLUNGEN MIT DER TABAKINDUSTRIE ZUR FINANZIERUNG VON PRÄVENTIONSMABNAHMEN.....	30
1.2.6 MAßNAHMEN ZUM JUGENDSCHUTZ.....	31
1.2.7 ÄNDERUNG DER ARBEITSSTÄTTENVERORDNUNG ZUM NICHTRAUCHERSCHUTZ BESCHLOSSEN.....	32
1.3 MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG ALKOHOLBEDINGTER PROBLEME	32
1.3.1 GESPRÄCHE MIT DER ALKOHOLINDUSTRIE.....	32
1.3.2 EXPERTISE "WERBUNG UND ALKOHOL - AUSWIRKUNGEN AUF DAS KONSUMVERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN“	33
Aktionsplan Alkohol - Umsetzung in Bremen	34
1.4 MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG DES ILLEGALEN DROGENKONSUMS UND DES MISCHKONSUMS	35
1.4.1 DROGENPRÄVENTION IN DER PARTYSZENE - WWW.DRUGCOM.DE.....	35
Partypack.de	37
1.4.2 FRÜHINTERVENTION BEI ERSTAUFFÄLLIGEN DROGENKONSUMENTEN (FRED).....	38
1.4.3 PROBLEMATISCHER CANNABISKONSUM IN DEUTSCHLAND: UNTERSUCHUNG DER KLIENTEL MIT CANNABISDIAGNOSE	40
Therapieladen	40
1.5 MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG ALKOHOL- UND DROGENBEDINGTER VERKEHRSUNFÄLLE	42
1.5.1 ALKOHOL AM STEUER.....	42
1.5.2 DROGEN UND ARZNEIMITTEL AM STEUER.....	42
1.6 SOZIALE UND ÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE SUCHTPRÄVENTION	43
1.6.1 SUCHTKRANKE WEISEN EINE ERHEBLICHE "ARMUTSPOPULATION" AUF	43
1.6.2 DIE SOZIALE STADT – EIN NEUER ANSATZ IN DER STÄDTEBAUPOLITIK FÖRDERT AUCH SUCHTPRÄVENTION	45
1.6.3 ENTWICKLUNG UND CHANCEN JUNGER MENSCHEN IN SOZIALEN BRENNPUNKTEN (E & C PROGRAMM)	46

S.C.H.I.R.M.....	48
1.7 EMPFEHLUNGEN DER „SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION: ELFTER KINDER- UND JUGENDBERICHT“ FÜR EIN GESUNDES AUFWACHSEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	49
<u>2 GESUNDHEITLICHE FOLGEN DES KONSUMS VON SUCHTMITTELN</u>	<u>51</u>
2.1 FRAUEN UND RAUCHEN: LUNGENKREBS NIMMT ZU	51
2.2 ALKOHOLBEZOGENE PROBLEME	54
2.2.1 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN TABAKKONSUM UND RISKANTEM ALKOHOLKONSUM	56
2.2.2 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM KONSUM VON TABAK, ALKOHOL UND ECSTASY BZW. TABAK, ALKOHOL UND CANNABIS	57
2.3 INFektionskrankheiten bei Drogenabhängigen	58
2.3.1 HIV UND AIDS	58
2.3.2 HEPATITIS B UND C	59
2.3.3 PRÄVENTION VON INFektionskrankheiten	60
<u>3 WICHTIGE ZIELGRUPPEN VON PRÄVENTION UND HILFE</u>	<u>62</u>
3.1 FRAUEN UND SUCHT, INSBESONDERE HILFEN FÜR DROGENABHÄNGIGE FRAUEN	63
Ragazza - Hilfen für drogenabhängige und sich prostituierende Frauen	65
3.2 KINDER VON SUCHTKRANKEN	65
Liliput Beratung für Mutter & Kind	66
MAKS, Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken	67
3.3 ELTERN VON DROGENKONSUMENTEN	68
3.4 MIGRANTEN UND SUCHT	68
migration.gus [aktuell]	70
3.4.1 KONZEPTION WERKSTATTGESPRÄCHE MIGRATION UND SUCHT	72
3.4.2 INTEGRATION VON AUSSIEDLERN: DIE BESTE PRÄVENTION	74
3.5 MAßNAHMEN ZUR SUCHTPRÄVENTION IN DER BUNDESWEHR	77
3.6 GLÜCKSSPIELSUCHT WIRD ERNST GENOMMEN	79
Zocker-Hilfe Herford e.V.	81
3.7 SELBSTHILFEGRUPPEN VON DROGENABHÄNGIGEN	82
JES – das bundesweite Selbsthilfenetzwerk der Junkies, Ehemaligen und Substituierten	84
SYNANON	85
3.8 DROGENKONSUM VOR UND IN DER HAFT	86
3.8.1 INFektionsrelevantes Risikoverhalten in der Haft	87
3.8.2 KONZEPTE ZUR NACHFRAGEREDUZIERUNG IM GEFÄNGNIS	89
<u>4 BEHANDLUNG VON SUCHTERKRANKUNGEN</u>	<u>91</u>
4.1 BEHANDLUNGSNACHFRAGE	91
4.1.1 CHARAKTERISTIKA DER BEHANDLUNGSDATEN	92
4.1.2 ZUR ENTWICKLUNG VON AMBULANTEN UND STATIONÄREN LEISTUNGEN	93
4.1.3 KOSTEN DER SUCHTBEHANDLUNG	94

4.2	MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG TABAKBEDINGTER ERKRANKUNGEN.....	94
4.2.1	WHO PARTNERSCHAFTSPROJEKT GEGEN TABAKABHÄNGIGKEIT 1999 - 2001	94
a.	Statistiken zum Rauchverhalten:	95
b.	Regelungen zu Tabakwaren und zu Raucherentwöhnungsprodukten:	95
c.	Regelungen zum Nichtrauchererschutz in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz:	95
d.	Qualitätssicherung in der Raucherentwöhnung:.....	95
e.	Kommunikationsstrategien:.....	96
4.3	MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG ALKOHOLBEDINGTER ERKRANKUNGEN.....	96
4.3.1	KURZINTERVENTION BEI PATIENTEN MIT ALKOHOLPROBLEMEN – BERATUNGSMATERIALIEN DER BUNDESÄRZTEKAMMER UND DER BZGA FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS	96
4.3.2	BROSCHÜRE „ALLES KLAR?“	97
4.3.3	BERATUNGSMATERIALIEN „ALKOHOLFREI DURCH DIE SCHWANGERSCHAFT“	98
4.3.4	PERSPEKTIVEN	99
4.3.5	VERBESSERUNG DER FRÜHERKENNUNG UND FRÜHBEHANDLUNG VON ALKOHOLBEDINGTEN ERKRANKUNGEN	99
4.4	MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG DROGENBEDINGTER PROBLEME.....	101
4.4.1	SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG.....	101
4.5	MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG DES ARZNEIMITTELMISBRAUCHS	103
4.5.1	VERMINDERUNG DES MISSBRAUCHS BEI DER VERSCHREIBUNG VON METHYLPHENIDAT (RITALIN).....	103
	Schwindel-Frei	104
4.5.2	CANNABIS-ARZNEIMITTEL STEHEN ZUR VERFÜGUNG.....	105
4.6	QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN IN DER SUCHTKRANKENHILFE	106
5	<u>MAßNAHMEN ZUR ÜBERLEBENSHILFE FÜR DROGENABHÄNGIGE.....</u>	<u>107</u>
5.1	DROGENTODESFÄLLE	107
5.2	DROGENKONSUMRÄUME	108
5.3	MODELL ZUR HEROINGESTÜTZTEN BEHANDLUNG	110
6	<u>ANSÄTZE DER SOZIALEN INTEGRATION</u>	<u>112</u>
6.1	BAUSTEINE DER HILFE ZUR SOZIALEN UND GESUNDHEITLICHEN STABILISIERUNG	112
6.2	ARBEIT ALS PRÄVENTIVER FAKTOR.....	113
	Projektdarstellung Q - Train.....	113
6.3	MAßNAHMEN ZUR BERUFLICHEN UND SOZIALEN INTEGRATION VON SUCHTKRANKEN	115
6.3.1	NEUREGELUNGEN DES SOZIALGESETZBUCHES IX GEGEN DISKRIMINIERUNG UND AUSGRENZUNG.....	115
6.3.2	VEREINBARUNG "ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN" VOM 04.05.2001.....	115
6.3.3	KOMBINATION DER LEISTUNGSFORMEN.....	116
6.3.3.1	Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (ISAR).....	116
6.3.3.2	EMS-Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem.....	117
6.3.4	VERZAHNUNG VON LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION MIT LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	117
6.3.4.1	Frauen-Rehabilitation-Integration-Entwöhnung durch Arbeit (FRIEDA)	118
6.3.4.2	Begleitung Abhängigkeitskranker im Verlauf der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	118
6.3.4.3	Ambulante Rehabilitation zur Beruflichen Wiedereingliederung Substituierter.....	118
6.3.4.4	re: job Hannover.....	119

6.3.4.5 Rehabilitation auf dem Bauernhof	119
6.3.5 ERHALTUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT	120
6.3.5.1 Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF).....	120
7 FORSCHUNG	121
7.1 PROGRAMM DER BUNDESREGIERUNG: „GESUNDHEITSFORSCHUNG: FORSCHUNG FÜR DEN MENSCHEN“. BMBF-FÖRDERSCHEWERPUNKT ZUR SUCHTFORSCHUNG	121
7.2 ÜBERSICHT ÜBER DIE VIER GEFÖRDERTEN FORSCHUNGSVERBÜNDE FÜR SUCHTFORSCHUNG	122
7.2.1 SUCHTFORSCHUNGSVERBUND BADEN-WÜRTTEMBERG	122
7.2.2 SUCHTFORSCHUNGSVERBUND NORD-OST (EARLINT)	123
7.2.3 SUCHTFORSCHUNGSVERBUND BAYERN (ASAT).....	123
7.2.4 SUCHTFORSCHUNGSVERBUND NORDRHEIN-WESTFALEN	124
8 REPRESSION UND ANGEBOTSREDUZIERUNG.....	126
8.1 ZUR SITUATION DES ILLEGALEN DROGENMARKTES	126
8.1.1 ERSTAUFFÄLLIGE DROGENKONSUMENTEN	126
8.1.2 SICHERSTELLUNGEN VON HEROIN	126
8.1.3 SICHERSTELLUNGEN VON KOKAIN	127
8.1.4 SICHERSTELLUNGEN VON CRACK	127
8.1.5 SICHERSTELLUNGEN VON AMPHETAMIN/METHAMPHETAMIN SOWIE ECSTASY	128
8.1.6 SICHERSTELLUNGEN VON CANNABIS.....	128
8.2 KONTROLLE DER GRUNDSTOFFE.....	129
9 INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT	130
9.1 EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFT UND EUROPARAT	130
9.2 WHO-INTERNATIONALE RAHMENKONVENTION ZUR TABAKKONTROLLE.....	131
9.3 AKTIONSPROGRAMM DROGEN UND ENTWICKLUNG.....	132
9.3.1 DROGEN UND ENTWICKLUNG – DAS KONZEPT.....	132
9.3.2 STRATEGIEN	133
9.3.3 ERFAHRUNGEN	133
9.3.4 HERAUSFORDERUNGEN	134
ANHANG.....	136

Einleitung

Reformen in der Suchtkrankenhilfe erreicht – neue Herausforderungen stehen an

Suchtprobleme sind in unserer Gesellschaft noch immer eine enorme gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung. Sie verursachen für Betroffene und deren Angehörige viel Leid und für die Gesellschaft hohe und teilweise vermeidbare Kosten. In Deutschland besteht ein Anspruch auf Hilfe und diesem Anspruch wird durch ein differenziertes Sucht- und Drogenhilfesystem mit vielfältigen Angeboten für Menschen mit Suchtproblemen entsprochen. Wir stehen mit diesem Behandlungssystem europa- und weltweit ganz vorn. Doch gibt es weiterhin Defizite in der Erreichbarkeit und in der Behandlung von Suchtkranken und von Menschen, die stark suchtfährdet sind. Außerdem setzt das Hilfesystem insgesamt zu spät ein.

Welche Ziele wurden gesetzt?

Die neue Bundesregierung hat sich in der Drogen- und Suchtpolitik vorgenommen, den Reformstau in einigen Bereichen aufzuheben. Darüber hinaus soll das Hilfesystem weiterentwickelt und die frühere einseitige Fixierung auf illegale Suchtmittel um den Blick auf legale Suchtformen, vor allem den Tabak- und riskanten Alkoholkonsum, erweitert werden. Der Stellenwert der Prävention soll gestärkt werden, da noch immer das meiste Geld am Ende einer Drogenkarriere fließt.

Die Ziele der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung für den Umgang mit Suchtmitteln sind vor allem:

- den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern,
- hoch-riskante Konsummuster frühzeitig zu reduzieren,
- eine Abhängigkeit mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten von der Abstinenz - bis zur medikamenten-gestützten Therapie zu behandeln.

Die Drogenpolitik der Bundesregierung steht heute auf vier Säulen:

- Prävention
- Therapie
- Überlebenshilfen
- Repression und Angebotsreduzierung

Die *Prävention* gilt heute als unverzichtbarer Pfeiler einer erfolgreichen Drogen- und Suchtpolitik. Noch immer fehlen in Deutschland hierfür ausreichende finanzielle Mittel, und es verfolgen zu viele Akteure ihre jeweils eigenen Präventionsstrategien.

Die *Therapie* verfügt über ausreichende Angebote und qualifiziertes Personal, aber neue Problemgruppen, neue Suchtmittel und neue Konsummuster verlangen nach neuen Antworten.

Der *Ausbau der Überlebenshilfe* stand bislang auch deshalb im Zentrum des öffentlichen Interesses, da hier der Reformstau aufgelöst wurde und neue Angebote (z.B. das Heroinmodell) neue gesellschaftliche Diskussionen auslösten.

Der *Kampf gegen Drogenanbau und Drogenhandel (Repression)* gehört als integraler Bestandteil zu einer ausgewogenen Drogenpolitik; hier wird der *alternativen Entwicklung* (z.B. beim Problem des Opiumanbaus in Afghanistan) künftig eine wichtige Rolle zukommen.

Welche Etappenziele wurden inzwischen erreicht?

Die Prävention stärken

Neue Finanzressourcen und *mehr Vernetzung* lauten die Herausforderungen in der Prävention. Deshalb war ein wichtiges Etappenziel, die Verursacher mit in die Verantwortung für die Prävention zu nehmen: Der Vertrag mit der Zigarettenindustrie könnte so stilbildend für künftige Präventionsarbeit werden. Des Weiteren sollte die bislang vernachlässigte kommunale Ebene mehr Gewicht erhalten. Ein Überblick über die besten Präventionsprojekte wird als Ergebnis eines kommunalen Wettbewerbs Standards für „best practice“ in Deutschland setzen.

Die Tabakprävention braucht peppige Ideen!

Präventionsfonds der Tabakindustrie für einen Kinder – und Jugendschutz beim Rauchen.

Gerade die Zunahme von jugendlichen Rauchern, insbesondere von jungen Mädchen, gibt Anlass zur Besorgnis. Neben verschiedenen Maßnahmen zur Prävention wurden deshalb auch schon seit längerem Gespräche mit der Tabakindustrie geführt, um ihre Verantwortung im Bereich des Jugendschutzes zu verdeutlichen. Dabei ging es auch um die Forderung nach einer substanziellen Unterstützung für einen Fonds zur Prävention des Tabakkonsums von Kindern und Jugendlichen.

Die Verhandlungen waren erfolgreich. Die Tabakindustrie wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in den nächsten fünf Jahren insgesamt 11,8 Mio. € für Tabakpräventionsprojekte für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stellen.

Diese Maßnahmen allein verändern nicht das Rauchverhalten junger Menschen.

In der Tabakprävention muss auf neue, kreative Projekte gesetzt werden. Dazu gehören Beispiele wie „Be Smart – Don’t Start“ oder „Klasse 2000“ in Schulen. Gleichwohl ist klar, dass die Nachhaltigkeit solcher Projekte nur gewährleistet werden kann, wenn Präventionsprogramme im Schul- und Lebensalltag zur Normalität werden und nicht zeitlich befristete „Sondermaßnahmen“ bleiben.

Gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention sind notwendig

Am 31. Mai 2001 – dem von der WHO erklärten internationalen Nichtrauchertag – wurde vom Deutschen Bundestag zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Betrieben eine Entschließung zur Änderung der Arbeitsstättenverordnung verabschiedet. Diese wurde im zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) ausgearbeitet. Das Bundeskabinett hat eine entsprechende Änderung der Arbeitsstättenverordnung am 10. April 2002 beschlossen, wonach die Arbeitgeber dafür sorgen müssen, dass nichtrauchende Beschäftigte in Arbeitsstätten „wirksam vor den Gefahren des Rauchens geschützt werden müssen“. Die Verordnung bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates.

Die Novellierung des gesetzlichen Jugendschutzes, in der u.a. ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie eine Zugangerschwerung zu Zigarettensautomaten für diese Altersgruppe vorgesehen sind, ist für das erste Halbjahr 2003 vorgesehen.

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, um Maßnahmen der Tabakprävention durchzuführen.

Alkohol bleibt Alltagsdroge Nr. 1

Jeder 4. Todesfall von jungen Erwachsenen unter 25 Jahren steht in Europa im Zusammenhang mit einem alkoholbedingten Verkehrsunfall! Über 40.000 Menschen sterben jährlich an alkoholbedingten Erkrankungen. Über 1,6 Mio. Menschen sind behandlungsbedürftig alkoholkrank. Immer noch wird der Alkoholmissbrauch in unserer Gesellschaft bagatellisiert.

Auch wenn das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland gut ausgebaut ist, gibt es dennoch Lücken. Gerade Alkoholranke kommen viel zu spät in die Behandlung und jugendliche Alkoholgefährdete werden durch die bestehenden Hilfen kaum erreicht.

Der Zugang zu Alkoholika ist für Jugendliche zu leicht. Um den Anreiz für Jugendliche zu erschweren, hat die Bundesregierung durch das im Januar 2002 in Kraft getretene sog. „Apfelsaftgesetz“ alle Gastwirte verpflichtet, mindestens ein alkoholfreies Getränk preiswerter anzubieten als ein alkoholhaltiges Getränk der gleichen Menge.

Kommunaler Wettbewerb erfolgreich durchgeführt!

Nationale Präventionsanliegen und lokale Gemeinwesenarbeit müssen Hand in Hand gehen. Dies gilt insbesondere für die Primärprävention und die Gesundheitsförderung, die sich an alle richtet. Ein zentrales Projekt zur Verbesserung der Prävention ist der am 8. Oktober 2001 gestartete Wettbewerb „Vorbildliche Strategien der kommunalen Suchtprävention“. Über 220 Städte, Kreise und Gemeinden haben innovative Beiträge eingereicht! Die Prämierung von zehn Preisträgern erfolgt im Juni in Berlin. Die eingereichten Beiträge sollen zeigen, welche Ideen und Beispiele in der kommunalen Suchtprävention bestehen und sollen einen Nachahmereffekt für zukünftige Projekte haben.

Hilfen für besondere Zielgruppen werden zur Verfügung gestellt

Prävention wendet sich mit ihrer Botschaft an alle. Es gibt aber Risikogruppen, und die werden oft gar nicht oder schlecht erreicht. Zu den besonders gefährdeten Gruppen gehören Kinder aus Suchtfamilien, Jugendliche der Party- und Technoszene sowie einige Gruppen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund (s.u.). Bei letzterer Gruppe ist zu differenzieren zwischen jugendlichen Aussiedlern, die z.T. ein starkes Gefährdungspotential haben und Jugendlichen aus dem Mittelmeerraum (insbesondere mit islamischem Hintergrund), die überwiegend ausser dem Rauchen kein besonders auffälliges Verhalten zeigen (weitere Differenzierungen im Abschnitt 3.4. Migration und Sucht). Neue Beratungsangebote und Therapieformen wollen dieser Herausforderung Rechnung tragen. Insgesamt hat sich die Kommunikation über Risiken verändert. Dass Heroinabhängige Kranke sind und die Hilfe hier im Mittelpunkt steht, ist gesellschaftlich akzeptiert. Aber wie gelingt es, über Risiken zu reden ohne zu stigmatisieren, wenn diese Gruppen sich nicht als Risikogruppen ansehen? Eine offene gesellschaftliche Debatte ist nötig.

Kinder aus Familien mit einer Suchterkrankung sind besonders gefährdet.

Wenn wir davon ausgehen, dass viele der Suchtkranken Kinder haben, dann geht die Zahl der betroffenen Kinder in die Millionen. Allein 1,8 - 2 Millionen Kinder im Alter bis zu 18 Jahren müssen mit der Alkoholabhängigkeit eines oder beider Elternteile leben. Untersuchungen belegen die traurige Tatsache, dass etwa 30% der Kinder aus Alkoholikerfamilien selbst wieder suchtabhängig werden. Wenn die Eltern lernen, sich mit ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen und Wege zum Ausstieg zu gehen, lernen auch die Kinder, wieder Vertrauen zu ihren Eltern zu fassen. Mittlerweile gibt es einige Projekte, die besondere Angebote für Suchtkranke mit Kindern machen. Aber die Politik kann diese gezielten Hilfen nicht allein leisten. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der es darum geht, Kindern und ihren Familien zu helfen.

Drogenberatung im Internet:

Ein neuer Weg, drogengefährdete Jugendliche zu erreichen.

Um Jugendliche mit riskanten Konsumformen zu erreichen, startete im Sommer 2001 das Internetportal "<http://www.drugcom.de>".

Es soll speziell junge Menschen ansprechen, die bereits Drogenerfahrung - zumeist mit Cannabis und Ecstasy – haben. Das Projekt will die Kommunikation mit Jugendlichen

fördern. Durch das Informations- und das anonyme Beratungsangebot sollen Zielgruppen erreicht werden, für die bislang von Beratungsstellen der Drogenhilfe keine angemessenen Angebote bestehen. Die Zugriffszahlen liegen im ersten Jahr bereits bei fast 500 täglichen Nutzern. Die Informationsseiten finden besonderen Anklang, aber auch der Chat wird rege genutzt. Zielsetzung des Konzepts ist, einen kritischen Umgang mit dem eigenen Konsum anzuregen, Hilfestellungen anzubieten und Informationen, auch für Multiplikatoren, bereit zu stellen.

Junge Aussiedler zeigen sehr riskante Konsummuster von Heroin und Alkohol.

Bereits im letzten Jahr ist der hohe Anteil von Drogentodesfällen unter jungen Aussiedlern aufgefallen. Zwar ist die Zahl in diesem Jahr zurückgegangen, aber sie liegt - bezogen auf den Bevölkerungsanteil von Aussiedlern - noch immer auf einem hohen Niveau. Außerdem ist von Hilfeeinrichtungen bekannt, dass jugendliche Aussiedler sehr früh mit dem Konsum von harten Drogen, wie Heroin, beginnen und durch den gleichzeitigen exzessiven Konsum hochprozentiger Alkoholika sehr riskante Konsummuster zeigen. Die beste Prävention ist eine erfolgreiche Integration. Deshalb fördert das Bundesministerium des Innern zahlreiche wohnumfeldbezogene Maßnahmen. An elf Standorten werden Modellmaßnahmen zur „Suchtprävention“, insbesondere für jugendliche Aussiedler, gefördert. Hierbei werden mittels gezielter sozialpädagogischer Betreuungsprojekte drogengefährdete bzw. -abhängige Aussiedler veranlasst, Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Angeboten aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen. Darüber hinaus wurde ein Weiterbildungsangebot zur fachgerechten Ansprache dieser Zielgruppe entwickelt und Informationsmaterial in russischer Sprache bereitgestellt.

Eine Risikodebatte zum Cannabiskonsum ist nötig.

Über den Cannabiskonsum und seine Folgen wird bei uns immer noch einseitig berichtet. Eine Risikodebatte findet nicht statt. Auch die Strafverfolgung allein ist nicht geeignet, um dem gesellschaftlichen Problem von Cannabis gerecht zu werden. Es muss jedem klar sein, dass der Umgang mit Cannabis nicht ohne Risiken ist.

So ist eine Studie zur wissenschaftlichen Analyse der starken Zunahme der Klienten mit einer primären Cannabis-Diagnose in den ambulanten Einrichtungen in Auftrag gegeben worden. Diese Studie wird nicht nur die Gründe für die steigenden Klientenzahlen untersuchen, sondern auch die weite Verbreitung der Droge an sich. Wir müssen mehr über die zunehmende Verfügbarkeit hoch potenter Cannabisvarianten auf dem Markt wissen und

die damit möglicherweise verbundenen Veränderungen im Konsumverhalten. Nicht zuletzt dürften die Ergebnisse für die Verbesserung der Erreichbarkeit von Cannabiskonsumenten und für die Verbesserung der Therapie von jungen Menschen mit problematischem Cannabiskonsum relevant sein.

Derzeit wird eine Untersuchung vorbereitet, um die unterschiedliche Rechtspraxis im Zusammenhang mit der Strafverfolgung von Cannabiskonsumenten in den Bundesländern erneut zu untersuchen und zu prüfen, ob hier ein gesetzlicher Handlungsbedarf besteht.

Deutschland hat sich an einer europäischen Tagung im Februar 2002 in Brüssel beteiligt, bei der es darum ging, das aktuelle Wissen über Cannabis zusammenzutragen.

Bei einer weiteren Fachtagung im März 2002 wurden die Auswirkungen der geplanten Revision des Schweizerischen Betäubungsmittelrechts insbesondere auf die Nachbarländer Deutschland, Österreich und Frankreich diskutiert.

Schwerkranke erhalten Zugang zu Cannabis-Arzneimitteln.

Um Schwerkranken einen Zugang zu Arzneimitteln zu eröffnen, die Leiden zumindest lindern können, wurde die Möglichkeit des Einsatzes von Cannabis-Arzneimitteln, z.B. bei Appetitlosigkeit von AIDS-Patienten, gegen Erbrechen bei Krebspatienten unter Chemotherapie oder bei Multiple-Sklerose-Patienten verbessert. Diese Patientengruppen können in Apotheken eine Arzneimittelrezeptur erhalten. Hier ist die Selbstmedikation mit rauchbarem Cannabis keine geeignete Form der Behandlung, weil eine ordnungsgemäße Dosierung nicht möglich ist.

Überlebenshilfen wurden ausgebaut

Nur wer überlebt, hat eine Chance zum Ausstieg aus der Sucht! Deshalb wurden die niedrigschwelligen Angebote der Drogenhilfe auch weiter ausgebaut. Mittlerweile konnte der 20. Drogenkonsumraum eröffnet werden; das Modellprojekt einer heroingestützten Behandlung hat mit der Rekrutierung der Teilnehmenden und der ersten Verschreibung von Heroin begonnen, und auch die Substitutionsbehandlung mit Methadon wird qualitativ verbessert und soll mehr Abhängige erreichen. Der Rückgang der Drogentodesfälle im letzten Jahr ist ein ermutigendes Signal, dass die Bundesregierung hier auf dem richtigen Weg ist.

Drogentodesfälle sind gesunken.

Im Jahr 2001 verstarben in Deutschland insgesamt 1.835 Menschen infolge ihres Drogenkonsums. Das sind 9,6% weniger als im Vorjahr. Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Drogentoten in den letzten drei Jahren ist erstmals wieder ein Rückgang zu verzeichnen. Die Anzahl der durch Drogenkonsum verstorbenen Aussiedler ist zwar im Vergleich zum Vorjahr um 19,3% auf 142 Personen zurückgegangen, bleibt jedoch auf einem hohen Niveau in Relation zum Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Heroinprojekt beginnt!

In einem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung wird seit März 2002 in sieben Städten erprobt, ob eine Gruppe schwerkranker langjähriger Opiatabhängiger, die bislang weder durch eine drogenfreie Therapie noch durch eine Substitutionsbehandlung erfolgreich behandelt werden konnten, durch dieses Angebot erreicht und ihr gesundheitlicher Zustand verbessert werden kann, um dieser Gruppe eine Überlebenshilfe anzubieten und einen langfristigen Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen.

Die Qualität der Substitutionsbehandlung wird verbessert.

Mittlerweile werden rund 50.000 Opiatabhängige substituiert, rund 35.000 davon zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus befinden sich rund 10.000 Opiatabhängige in einer drogenfreien Therapie, so dass wir derzeit etwa jeden zweiten Abhängigen entweder durch eine drogenfreie oder durch eine substituionsgestützte Behandlung erreichen. Es ist ein ausdrückliches Ziel der Bundesregierung, diesen Anteil weiter zu erhöhen. Dazu muss insbesondere die substituionsgestützte Behandlung leichter zugänglich und gleichzeitig qualifizierter angeboten werden.

Drogenkonsumräume senken Gesundheitsrisiken und Drogentodesfälle.

In einer ersten Auswertung über die Arbeit von Drogenkonsumräumen kommt das Bundesministerium für Gesundheit zu dem Schluss, dass die derzeit vorhandenen Einrichtungen die wesentlichen Zielsetzungen des Gesetzgebers erfüllen, nämlich die Sicherung des Überlebens, die Stabilisierung der Gesundheit sowie die gesundheitliche und soziale Rehabilitation einer beachtlichen Personenzahl aus der Zielgruppe schwer erreichbarer Betäubungsmittelabhängiger.

Betäubungsmittel kontrollieren und den Ausbau der Internationalen Zusammenarbeit fördern

Die durch Polizei- und Zollbehörden registrierten *Sicherstellungsfälle* sind im Jahr 2001 - mit Ausnahme von Marihuana - bei allen gängigen Drogen zurückgegangen. Bemerkenswert ist der Rückgang der Fallzahlen bei Kokain und Haschisch. Die Entwicklung der *Sicherstellungsmenge* wurde im Jahr 2001 von einem deutlichen Anstieg bei Ecstasy und moderateren Steigerungsraten bei Kokain und Heroin geprägt. Als Ursprungsstaaten dominieren seit Jahren Afghanistan, Kolumbien und die Niederlande sowie die Türkei als Transitstaat für Heroinlieferungen. Insbesondere die Niederlande sind häufig Herkunftsland für die in Deutschland sichergestellten Drogen.

Die afghanische Interimsregierung erließ unmittelbar nach Übernahme der Regierungsverantwortung ein Verbot zum Mohnanbau sowie zum Handel mit Opium. Es ist jedoch fraglich, ob dieses überall und effektiv durchzusetzen ist.

Die Zahl der erstmalig bei der Polizei auffälligen Drogenkonsumenten stagniert mit 22.551 Personen auf dem Niveau des Vorjahres.

Vorläufersubstanzen zur Herstellung von illegalen Drogen werden überwacht.

Ohne chemische Vorläufersubstanzen (sog. Grundstoffe) können Drogen nicht hergestellt werden. Deshalb wurde in der Europäischen Union und in Deutschland die Kontrolle und Überwachung des Binnen- und Drittlandhandels mit Grundstoffen ausgebaut und wird ständig nach den neuesten Erkenntnissen der Forschung in Kooperation mit der chemischen Industrie überprüft. Die Verabschiedung eines überarbeiteten Grundstoffüberwachungsgesetzes ist gerade auf dem Weg.

Alternative Entwicklungsprogramme werden gefördert.

Die aktuelle Situation in Afghanistan hat der Weltöffentlichkeit verdeutlicht, wie stark Drogen- und Entwicklungsprobleme miteinander verflochten sind. Neben ihrer Rolle als Produzenten von illegalen Drogen sind Entwicklungsländer und Transformationsländer heute weltweit die von der Drogenmissbrauchsproblematik am stärksten betroffenen Länder. Es geht daher nicht nur darum, bestimmte Substanzen zu kontrollieren, sondern vor allem darum, die Ursachen von Drogen- und Entwicklungsproblemen - insbesondere Armut - zu mindern und die Nachhaltigkeit von Entwicklungsprozessen zu sichern.

Dazu fördert die Bundesregierung die internationale Zusammenarbeit und die Kooperation

mit multilateralen Organisationen wie dem United Nations International Drug Control Programme (UNDCP). Es soll auch der Drogenkonsum, der gerade in Entwicklungsländern stark zugenommen hat, reduziert oder verhindert werden. Hierbei stehen neben allgemeinen Aufklärungsmaßnahmen und der Behandlung und Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten zunehmend Strategien der drogen- und suchtbefugten Förderung der Jugendgesundheit im Vordergrund.

Der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ wird vorbereitet

Langfristig müssen zwischen Bund, Ländern und Verbänden in der Vorbeugung gemeinsame Zielsetzungen in der Sucht- und Drogenpolitik entwickelt werden. Zentrale Fragestellungen sind hierbei:

Wie sollen gesundheitliche und soziale Risiken von Suchtmitteln verringert werden?

Welche Ziele sollen dafür gemeinsam festgelegt werden?

Mit welchen Maßnahmen und Strategien sollen diese erreicht werden?

Der 1990 verabschiedete "Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan" entspricht nicht mehr den aktuellen Erkenntnissen der Forschung und Praxis der Suchtkrankenhilfe und ist vorrangig auf illegale Drogen ausgerichtet.

Deshalb wird derzeit ein mit den Bundesressorts abgestimmtes **„Eckpunktepapier für einen Aktionsplan Drogen und Sucht“** erarbeitet, das dann mit den Ländern und Verbänden abgestimmt werden soll.

Die Überlegungen des Aktionsplans Drogen und Sucht beinhalten:

- die Verankerung der vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik;
- die Erweiterung um legale Suchtmittel und ihre Risiken;
- die Einbeziehung der europäischen Entwicklung in nationale Maßnahmen;
- die Berücksichtigung eines ausgewogenen Ansatzes von Angebots- und Nachfragereduzierung vor dem Hintergrund internationaler Vereinbarungen.

Die Entwicklung eines auf den Eckpunkten basierenden *Aktionsplans* wird im Mittelpunkt meiner Tätigkeit in diesem Jahr stehen.

Der jetzt vorgelegte Drogen- und Suchtbericht beleuchtet die wichtigsten Tendenzen in diesem Bereich im Jahr 2001 und stellt verschiedene Maßnahmen dar, wie Suchtprobleme angemessen aufgegriffen werden.

Zum ersten Mal werden deshalb einzelne **Projekte** vorgestellt, die ich im Laufe des Jahres 2001 besucht oder mit deren Vertretern ich Gespräche geführt habe. Dadurch wird die Vielfalt von Ansätzen und Angeboten in der Drogenhilfe deutlich. Natürlich handelt es sich dabei um eine kleine, aber exemplarische Auswahl von Projekten. Sie stehen selbstverständlich stellvertretend für viele andere, die qualifizierte und engagierte Hilfe für Suchtkranke in Deutschland anbieten.

Es bleibt viel zu tun

Der neue Aktionsplan Drogen und Sucht legt mittel- und langfristige Ziele fest und beschreibt die Instrumente und Maßnahmen, um diese zu erreichen. Daneben gibt es aber kurzfristigen Handlungsbedarf in fünf Punkten:

- ***Noch immer werden Suchtkranke zu spät erreicht – eine Frühintervention ist notwendig.*** Hierzu ist es nötig, das in 2001 begonnene *Modellprojekt FRED* weiterzuführen, das erstauffälligen Konsumenten ein unmittelbares Beratungsangebot macht. Ausstiegsprogramme für junge Raucherinnen müssen entwickelt werden, und die Anwendung von Kurzinterventionen in der Arztpraxis soll breit eingeführt werden.
- ***Noch immer gibt es zu wenig ambulante Hilfen, und sie werden mit stationären Angeboten nicht verzahnt.*** Es werden mittlerweile rund 37.000 stationäre Entwöhnungsbehandlungen jährlich durchgeführt, zu drei Vierteln zur Behandlung Alkoholabhängiger und zu einem Viertel für Drogenabhängige; nur rund 7.000 Behandlungen finden ambulant statt, fast ausschließlich für Alkoholranke. Zwar hat dieser Anteil in den letzten Jahren deutlich zugenommen, ist aber noch immer zu gering, um eine wohnortnahe Behandlung und eine bessere soziale Reintegration der Betroffenen zu ermöglichen. Außerdem muss die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten verbessert werden, weil sie zu einem weitaus größeren Anteil von Suchtkranken aufgesucht werden als Fachberatungsstellen.
- ***Frauen und Sucht – ein unbeliebtes Kapitel.*** Nach bisherigen Erfahrungen gibt es in der Suchthilfe fast immer ein Geschlechterverhältnis von 1:3, d.h. Frauen sind weniger häufig von einer Suchterkrankung betroffen. Allerdings kann es auch sein, dass ihre Zahl

unterrepräsentiert ist, weil Frauen mit ihrer Abhängigkeit weniger auffällig werden. Zudem müssen die Erfahrungen von Gewalt oder sexualisierter Gewalt als Mitverursacher bei der Entstehung weiblicher Suchterkrankungen mehr berücksichtigt werden. Im September wird dazu eine Fachtagung stattfinden.

- ***Partydrogen – Dialog fortsetzen und neue Wege gehen.*** In der sog. Partydrogenszene finden sich häufig sehr riskante Konsummuster von Ecstasy, Amphetaminen, Cannabis und Alkohol. Viele Jugendliche unterschätzen diese Risiken. Es haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Selbsthilfeorganisation in der Technopartyszene entwickelt. Zunehmend haben auch Drogenhilfeträger eigene Projekte in diesem Bereich eingerichtet, um die Jugendlichen, die sich nicht als suchtfährdet sehen und nicht in eine Drogenberatungsstelle gehen, überhaupt zu erreichen. Diese Gruppen sollen eng in die Aufklärung und Prävention einbezogen werden, weil sie Zugang zu den Jugendlichen haben. Dabei müssen auch neue Wege in der Hilfe beschritten werden.
- ***Arzneimittelabhängigkeit weiter thematisieren.*** Die Verschreibung von Arzneimitteln, die eine psychoaktive Wirkung haben, ist noch immer zu wenig in der öffentlichen Aufmerksamkeit, obwohl hiervon hunderttausende Menschen, vor allem Frauen betroffen sind. Langfristige gesundheitliche Schädigungen können vermieden werden, wenn hier eine größere Sensibilisierung von Ärzten und Pharmaherstellern erreicht wird.

Es stehen noch einige Punkte auf der Agenda, aber vieles wurde auch erreicht.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums und aller Ressorts und nachgeordneten Behörden, die zugearbeitet haben. Mein Dank gilt auch den Frauen und Männern der Suchtkrankenhilfe sowie den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Suchtforschung für ihre zahlreichen fachlichen Anregungen.

Marion Caspers-Merk
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

1 Die Prävention stärken

Wenn man sich die Daten zum Umfang des Konsums psychoaktiver Substanzen in unserer Gesellschaft vor Augen führt, zeigen sich einige zum Teil auch widersprüchliche Entwicklungen:

- Der Konsum psychoaktiver Substanzen, von Tabak und Alkohol bis zu Heroin, sinkt langsam;
- Insbesondere der Konsum von Tabak und Alkohol ist immer noch sehr verbreitet und wird relativ unkritisch bewertet; der Einstieg erfolgt sehr früh;
- immer mehr junge Menschen konsumieren legale und illegale Drogen in riskanter Weise im Kontext einer “Spaßkultur”, ohne kritisches Bewußtsein ihres Handelns;
- Experimenteller Cannabiskonsums wird mehr und mehr ‘normal’ unter Jugendlichen.

Suchtprävention soll dazu beitragen, diese Entwicklung zu beeinflussen. Sie leistet einen Beitrag zur gesellschaftlichen Diskussion über die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Sie hat zum Ziel, Kinder und Jugendliche möglichst frühzeitig zu erreichen und sie zu befähigen, auf Suchtmittelkonsum im Rahmen ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu verzichten, zumindest aber den Konsumbeginn hinauszuzögern.

Es soll verhindert werden, dass eine Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz entsteht oder gesundheitliche, soziale oder psychische Schäden in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen eintreten.

Neben dem Angebot an und der Zugänglichkeit zu psychoaktiven Substanzen – unabhängig davon, ob sie legal oder illegal sind – spielen noch andere Faktoren eine Rolle, ob es zu Gesundheitsschäden oder einer Abhängigkeit kommt: die physiologischen Wirkungen der Substanzen selbst, die Konsumumstände, die Persönlichkeitsmerkmale der Kinder und Jugendlichen und nicht zuletzt die sozialen und Umweltbedingungen, unter denen sie aufwachsen. Maßnahmen der Suchtprävention versuchen, diese Faktoren bei ihren Zielsetzungen und Methoden zu berücksichtigen.

Um zu einer Verbesserung der Präventionsstrategien zu kommen, ist auch die Drogen- und Suchtkommission¹ von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit dem Auftrag betraut worden, *Eckpunkte für ein effektives und glaubwürdiges Präventionskonzept im Drogen- und Suchtbereich* zu erarbeiten, nämlich für:

¹ Im einzelnen sind dies: Prof'in Dr. G. Barsch, Prof. Dr. H. Bossong, Prof. Dr. Th. Feltes, Prof'in Dr. A. Franke, Prof. Dr. F. Gutzwiller, Prof'in Dr. C. Helfferich, Dr. H.-H. Körner, Prof. Dr. K.-A. Kovar, Prof. Dr. K. Mann, Prof. Dr. K.-H. Reuband, Prof. Dr. R. Silbereisen, Prof. Dr. K. Wanke sowie Dr. D. Deckers bis Okt. 2000 und Herr M. Hübner bis Feb. 2001.

- übergeordnete Zielsetzung und Zielgruppenorientierung in der Prävention
- strukturelle Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Prävention
- die Qualitätssicherung und Evaluation in der Prävention.

Die Kommission wird dem Bundesministerium für Gesundheit ihre Stellungnahme zuleiten. Die Überlegungen können dann in die Entwicklung des "Aktionsplan Drogen und Sucht" einbezogen werden.

Als Kernstück einer modernen Primärprävention gilt in der Fachwelt die Strategie, über eine Förderung und Stärkung von individuellen Handlungskompetenzen (der sog. life-skill-approach) dazu beizutragen, dass Kinder und Jugendliche altersangemessen spezifische Entwicklungsaufgaben bewältigen können. Vielfach wird z.B. die Pubertät, die Phase des Erwachsenwerdens, als Überforderung empfunden. Deshalb muss auf die Lebenswirklichkeit Jugendlicher eingegangen werden; sie müssen als Heranwachsende in ihrer Lebenssituation ernst genommen werden - mit all ihren Sorgen, Problemen und Ängsten.

Förderung und Stärkung der individuellen Handlungskompetenzen tragen dazu bei, dass sich bei Kindern und Jugendlichen positive Lebenseinstellungen verfestigen. Moderne Suchtpräventionsstrategien gehen aber auch auf Besonderheiten von Lebenslagen und Risiken in ihren Maßnahmen ein und sprechen besondere Risikosituationen und -verhaltensweisen auch gezielt an. Hinter jeder Sucht steht auch eine Sehnsucht, dass Kinder und Jugendliche ihren Platz in der Gesellschaft finden müssen.

Wir wissen heute, wann Prävention erfolgreich ist und wie sie aussehen muss.

1. positive Botschaften statt Abschreckung
2. interaktive Angebote - keine Berieselung mit Informationen, sondern aktives Mitgestalten und Entwickeln
3. Einbeziehung der peers - Gleichaltrige wirken glaubwürdiger
4. langfristige und nachhaltige Aktionen statt Strohfeuer
5. Community action - statt Informationskampagnen, die in der Mediengesellschaft verpuffen

Kinder und Jugendliche brauchen insbesondere die Unterstützung ihrer Eltern, damit sie die eigenen Stärken erkennen, Selbstvertrauen und Zuversicht entwickeln. Daher unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit seiner neuen Kampagne „Mehr Zeit für Kinder“ Eltern bei der Erziehungsarbeit. Eltern sind die wichtigsten

Bezugspersonen der Kinder. Sie geben ihnen das Rüstzeug für die Entfaltung sozialer Kompetenzen mit auf den Weg; sie lassen ihnen Freiraum, ihre Fähigkeiten zu erproben, weisen ihnen aber auch notwendige Grenzen auf. Mit der Kampagne will das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Eltern Mut machen, die Zeit mit ihren Kindern aktiv zu nutzen.

Weil frühzeitiges Erkennen von Problemen und eine frühzeitige Intervention langfristige gesundheitliche und soziale Schäden deutlich reduzieren können, hat die Bundesregierung die *Prävention* in den Vordergrund ihrer Sucht- und Drogenpolitik gestellt. Sie ist einer der vier tragenden Pfeiler der Suchtpolitik.

Suchtprävention ist auch ökonomisch unverzichtbar, denn ein frühzeitiges Verhindern bleibender Gesundheitsschäden erspart enorme Kosten im Gesundheitswesen für die Behandlungen einer Suchterkrankung und ihrer Folgen. Unsere Gesellschaft kann es sich langfristig nicht leisten, im Rahmen der bestehenden Sozialversicherungssysteme die Behandlung von Folgeschäden einer Suchterkrankung dauerhaft zu finanzieren.

Im Folgenden sind verschiedene Maßnahmen aufgeführt, die die Bundesregierung im Jahr 2001 unterstützt und gefördert hat, um

- die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu stärken („Kinder stark machen“);
- die Verbesserung der Vernetzung von Maßnahmen der Jugendhilfe und der Suchtkrankenhilfe zu erreichen („Dialog von Jugend- und Drogenhilfe“ verbessern);
- die gemeinwesenorientierten Ansätze zur Suchtprävention zu stärken („Kommunale Suchtprävention“)

Ferner sind die Maßnahmen dargestellt, die die Reduzierung des Konsums und der gesundheitlichen Schäden bei bestimmten psychoaktiven Substanzen zum Ziel haben, wie

- die Reduzierung tabakbedingter Probleme;
- die Reduzierung alkoholbedingter Probleme;
- die Reduzierung des sog. „Partydrogenkonsums“, insbesondere von Cannabis, Ecstasy u.a. sowie
- die Reduzierung alkohol- und drogenbedingter Verkehrsunfälle.

Abschließend sind die Maßnahmen der Bundesregierung dargestellt, die die sozialen und umweltbezogenen Faktoren beeinflussen sollen, die eine Suchtentstehung verstärken bzw. vermindern können, wie die Programme „Soziale Stadt“ und „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“. Der Abschnitt endet mit den Empfehlungen der „Sachverständigenkommission ‚Elfter Kinder- und Jugendbericht‘“ für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Die Bundesregierung wird die Empfehlungen in ihren Maßnahmen berücksichtigen.

1.1 Maßnahmen zur Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.1.1 Kampagne „Kinder stark machen“ wird fortgesetzt

Der Schwerpunkt in der Durchführung von Maßnahmen zur Primärprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) liegt neben der Bereitstellung und Verbreitung spezifischer Informationsmaterialien (Print) und audiovisuellen Medien (TV-Spots/Video) für unterschiedliche Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Eltern, Pädagogen, Ärzte) in der Durchführung der öffentlichkeits-wirksamen Kampagne unter dem Slogan „Kinder stark machen“. Im Rahmen dieser Kampagne, die seit 1995 in enger Kooperation mit fünf großen Breitensportverbänden (DFB, DHB, DTB, DLV, DSB) sowie Organisationen aus der Jugendhilfe und Suchtprävention durchgeführt wird, werden für den Bereich Sport Fortbildungen für Übungsleiter und Trainer speziell in der Kinder- und Jugendarbeit zum Thema Suchtvorbeugung im Sportverein angeboten. Im Jahr 2001 wurden erneut ca. 1.500 Übungsleiter und Trainer fortgebildet. Seit 1995 sind es bisher insgesamt ca. 7.500 Multiplikatoren, die an dem Fortbildungsangebot teilgenommen haben. Ziel ist es, das Angebot als festen Bestandteil in die Ausbildungsrichtlinien mit aufzunehmen. Parallel hierzu wurden 26 Veranstaltungen (Familiensporttage, Tag der offenen Tür, Präventionstage) gemeinsam mit Kooperationspartnern ausgerichtet. Die damit verbundene Presseberichterstattung erreichte eine Gesamtauflage von ca. 40 Millionen. Der erfolgreiche Ansatz wurde im Jahr 2000 auf einer dreitägigen Konferenz mit mehr als 200 Teilnehmern aus Wissenschaft, Politik, Sport- und Präventionspraxis sowie Vereinen diskutiert und reflektiert.²

² Die Ergebnisse der Konferenz sind in der Fachheftreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter dem Titel „Suchtprävention im Sportverein“ dokumentiert worden.

L.I.F.E. – Lörracher Initiative für Engagement in der Suchtprävention

L.I.F.E., Lörracher Initiative für Engagement in der Suchtprävention wurde von der Arbeitsgruppe (AG) Suchtprävention des Landkreises Lörrach entwickelt und durchgeführt. Die AG besteht seit über 20 Jahren und hatte seit längerem vor, eine große Suchtpräventionsveranstaltungsreihe durchzuführen. In der AG sind die primären Anbieter der Suchtprävention des Landkreises vertreten³. Mehrere günstige Gegebenheiten in 2000 führten dazu, dass im Jahr 2001 L.I.F.E. durchgeführt werden konnte. Die Hauptzielgruppe des Projekts waren Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene, Eltern, Multiplikatoren etc.. Teilweise wurden geschlechtsspezifische Angebote gemacht.

Zunächst war eigentlich die Idee, eine große Veranstaltungsserie im Bereich der Suchtprävention zu machen, die von der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen werden kann. Nachdem die AG ein Konzept erstellt hatte, ihre Personalressourcen „in einen Topf“ geworfen und weitere Angebotspartner gefunden hatte, wurden als erstes zwei Wettbewerbe ausgeschrieben, um Kinder und Jugendliche schon frühzeitig in das Projekt einzubinden. So wurde ein Logo-Wettbewerb ausgeschrieben, der als Ergebnis zu einem Plakat führte, das die drei ersten GewinnerInnen vereint. Daneben wurde auch die Gestaltung einer Homepage als Wettbewerb ausgeschrieben.

Bei einer großen Eröffnungsveranstaltung im Lörracher Burghof wurde vor ca. 500 Zuschauern der offizielle Startschuss für L.I.F.E. gegeben und auch die Gewinner der Wettbewerbe prämiert. Auch wurde der Titelsong „Leben für Dich“ präsentiert, der vom Musik Forum Lörrach und dem Lörracher Kinderchor vorgetragen wurde – hier der Refrain:

Leben – für dich
 Nur für dich
 tauch auf und fühl dich wieder gut
 Leben – für dich
 glaub an dein Ziel
 und deinen Mut
 Stark und frei
 fang doch endlich an
 Einfach du zu sein!

Danach ging die Veranstaltungsreihe richtig los – fast einhundert Einzelveranstaltungen folgten, von Schülerseminaren über Elternabende bis hin zu einem Sporterlebnistag wurde eine bunte Palette von Suchtpräventionsveranstaltungen durchgeführt. Da gab es zum Beispiel eine Theaterveranstaltung mit Abhängigen, die gerade in der Therapie sind und die sich allerlei intime Fragen haben stellen lassen oder eine Skater-Night wo der jüngste Teilnehmer wenige Tage alt war und im Kinderwagen von seinem Vater über die Straßen gerollert wurde.

Die Fachtagung „Zukunft der Suchtprävention“ für LehrerInnen, ErzieherInnen, PolitikerInnen etc. bildete einen weiteren Höhepunkt. An zwei Tagen wurde in Referaten und Workshops praxisorientiert der Titelfrage nachgegangen. Bei der interaktiven Ausstellung am Berufsschulzentrum wurde deutlich, was ich mir selbst für Steine (bzw. im spielerischen Päckchen) in den Weg legen kann.

Kontakt:
 Marco Kneisel-Chiriatti
 Kommunaler Suchtbeauftragter Landkreis Lörrach
 Palmstr. 3, 79539 Lörrach
 Tel.: 07621-410300
 Email: Marco.Kneisel-Chiriatti@loerrach-landkreis.de

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind aber schon einmal mit illegalen Drogen in Berührung gekommen. Diese Heranwachsenden sind besonders gefährdet. Über allgemeine Aufklärung hinaus ist eine drogenspezifische Präventionsstrategie, die sich gezielt an Risikogruppen mit dem Ziel richtet, bei Personen mit einer beginnenden Konsumproblematik die volle Problemmanifestation zu verhindern, nicht weniger bedeutsam. Sekundäre Suchtprävention zielt auf die Identifikation und Beendigung oder Verbesserung von Störungen schon zum frühestmöglichen Zeitpunkt und setzt dabei sowohl beim Individuum als auch am Umfeld an. Dabei sollen Personen mit erhöhtem Risiko bei

³Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind: der Landkreis Lörrach, der Arbeitskreis Rauschmittel (AKRM), der Badische Landesverband gegen die Suchtgefahren (blv.), das Blaue Kreuz Lörrach, die Frauenberatungsstelle Lörrach, die Polizeidirektion Lörrach, und die Präventionsbeauftragte des Oberschulamtes

der Gestaltung gesunder Lebensentwürfe unterstützt und zu einem angemessenen Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln befähigt werden. Gleichzeitig werden diese personenbezogenen Maßnahmen durch strukturelle Ansätze flankiert, um Gefahren, die aus Lebenssituationen und Lebensverhältnissen mit deutlichem Suchtgefährdungsrisiko resultieren, zu begrenzen.

1.1.2 Modellprojekt - Dialog und Kooperation der Bereiche Jugendhilfe und Drogenhilfe

Zwischen den Bereichen Jugendhilfe und Drogenhilfe gibt es vielschichtige, historisch gewachsene und aktuell diskutierte Berührungspunkte und Überschneidungen. Anliegen der verschiedenen Ansätze sollte es sein, im Interesse einer bestmöglichen Hilfe, für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, einen qualifizierten Umgang mit den jeweiligen Problemen zu bieten und sich im Bewusstsein der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Angebote und ihrer Auswirkungen über geeignete Kooperationsformen und sinnvolle Abgrenzungen zu verständigen.

Aus diesem Grund haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit die Expertentagung „Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe“ am 28./29. Mai 2001 in Berlin gemeinsam veranstaltet.

Um den begonnenen Dialog fortzusetzen wurde eine Homepage eingerichtet:

www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de

Die Webseite schafft eine Dialogebene zwischen der Jugendhilfe und der Drogenhilfe mit dem generellen Ziel, durch einen sorgfältig moderierten Informationsaustausch die Bedingungen zur Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe zu verbessern. Dabei geht es vor allem darum:

- Arbeitsansätze im Themenbereich Jugend und Drogen schnell bei Fachleuten beider Hilfesysteme bekannt zu machen,
- Beispiele für gelungene Kooperation zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe zu veröffentlichen,
- Fachliche Positionen zur Arbeit mit drogenkonsumierenden bzw. –missbrauchenden bzw. –abhängigen Jugendlichen auszutauschen,
- Vertreterinnen und Vertretern von Verwaltung und Politik einen Überblick über die aktuelle fachliche Entwicklung zum Thema und dem Stand der Kooperation zwischen Drogenhilfe und Jugendhilfe zu ermöglichen.

Im Jahr 2002 soll das bisherige Angebot der Homepage durch einen ebenfalls moderierten Chat erweitert werden.

Inside @ School

-Präventive Hilfe bei Suchtgefährdung an der Schule-

Inside @ School ist der Name eines innovativen Projektes in München. Es ist eine Einrichtung des Vereins Condrops und existiert seit November 2000, finanziert vom Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München. Angelegt ist es in einer Pilotphase für 3 Jahre, in denen an 6 städtischen Schulen ein Beratungsangebot im Rahmen der Suchtprävention aufgebaut werden soll. Jede/r der 6 sozialpädagogischen Fachkräfte betreut dabei je eine Schule und bietet direkt vor Ort Beratung für die SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern an, führt Projekte, Elternabende und Fortbildungen durch. Ein weiteres Aufgabengebiet ist die regionale Vernetzung mit sozialen Institutionen, und damit auch die Öffnung der Schule in den Stadtteil.

Als Externe mit Schweigepflicht und vielfältigen Zugangswegen (per SMS, e-mail, Telefon oder im direkten Gespräch) ermöglichen die MitarbeiterInnen des Inside @ School -Teams SchülerInnen, sich mit ihren Problemen und Fragen auf kurzem Weg an Fachkräfte zu wenden und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. LehrerInnen sollen Entlastung dadurch erfahren, dass sie von dem Know-how der Inside @ School - MitarbeiterInnen profitieren und im Umgang mit suchtgefährdeten Jugendlichen geschult werden können. Das Angebot besteht an den Realschulen und Gymnasien für alle Jahrgangsstufen, wobei auf jungen- und Mädchenspezifische Belange und Themen ebenso eingegangen wird, wie auf kulturelle Hintergründe der Jugendlichen.

Die Arbeit von Inside @ School setzt an vielen Stellen Akzente, die der Struktur von Schule mehr oder weniger entgegenstehen – Freiwilligkeit, Schweigepflicht, Ursachenorientiertheit und Begleitung von Prozessen – um nur einige zu nennen. So ist eine Erfahrung auch, dass hier eine intensive Auseinandersetzung mit dem Ziel der Annäherung zwischen Schul- und Sozialpädagogik stattfindet, um den Ansatz „Hilfe statt Strafe“ greifen zu lassen. Das Thema ist, durch die kontinuierliche Präsenz der Suchtpräventionsfachkräfte, fester Bestandteil des Schulalltags, und bereits jetzt ist ein Effekt, dass Suchtvereinbarungen an Schulen entwickelt werden. LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern beteiligen sich daran mit dem Ziel, ein transparentes Umgehen mit dem Rauchen, ebenso wie mit Auffälligkeiten bezogen auf jeglichen Konsum zu Grunde zu legen. Präventive Maßnahmen werden ebenso darin festgeschrieben wie auch schrittweise und konsequente Hilfsangebote, alles unter dem Prinzip des weitgefassten Suchtbegriffs.

Diese Vereinbarungen sind natürlich nicht starr, sondern werden ständig auf ihre Umsetzbarkeit überprüft.

SchülerInnen nehmen das Beratungsangebot einzeln oder in der Gruppe wahr, letzteres vor allem, wenn sie sich Sorgen machen z.B. um einzelne MitschülerInnen. "Sie wird immer dünner, geht nie mit zum Eis essen, und wir haben das Gefühl, dass sie schon magersüchtig ist. Sie will auch gar nicht darüber reden. Wie sollen wir uns verhalten?" oder "Im letzten Schuljahr haben X und ich noch viel gemeinsam unternommen. Jetzt hängt er mehr mit anderen rum. Die kiffen alle und ich glaube, er macht mit und findet das cool. Das macht mich sauer, weil er sich so verändert hat und ich nicht mehr klar komme mit ihm. Was kann ich da machen? Mir ist unsere Freundschaft schon wichtig."

So unterschiedlich die Anknüpfungspunkte auch sein können, berühren sie doch Phasen, in denen Jugendliche verunsichert sind und sich schwer tun, Konflikte zu bewältigen. Risikobewußtsein und eine Selbsteinschätzung für das eigene Konsumverhalten sollen gefördert werden.

Hierin erfahren sie im Rahmen der Arbeit von Inside @ School Unterstützung und bei Bedarf Krisenbegleitung. Die Inside @ School – MitarbeiterInnen vermitteln auch an weiterführende spezialisierte Einrichtungen, wenn sich beim Clearing herausstellt, dass es mehr braucht als das Beratungsangebot an der Schule. Hierzu besteht eine enge Vernetzung in der Stadt München.

Präventive Hilfe bei Suchtgefährdung im Kontext Schule, so zeigt es uns die Praxis, ist nur wirksam, wenn Schulleitung und die Mehrheit der LehrerInnen und Elternbeiräte hinter der Idee stehen, den Angeboten und der Fachkraft vor Ort die entsprechende Bedeutung zukommen lassen und bereit sind, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen eine relativ flexible Arbeit möglich ist.

Je früher Suchtgefährdung erkannt wird, desto größer ist die Chance einer weiteren Suchtentwicklung entgegenzuwirken. Je näher und alltäglicher der Kontakt zu den SchülerInnen ist, desto größer ist die Chance, ihre belasteten und ambivalenten Lebensabschnitte wahrzunehmen, die nicht selten mit zunehmendem Konsumverhalten einhergehen.

Kontakt:
 Anne From
 Condrops e.V.
 Präventionsprojekte Inside
 Peschelanger 11
 81735 München
 Tel.: 089-67920838
 Fax: 089-67920728
 Email: inside@condrops.de
www.condrops.de

1.1.3 Wettbewerb "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention"

Seit Beginn der 90er Jahre hat sich in der Suchtprävention eine Wende vollzogen, nämlich eine Abkehr von der reinen Informationsvermittlung und Abschreckung. Inzwischen besteht in Deutschland ein breiter fachlicher Konsens, dass Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln - und das sind in erster Linie Tabak und Alkohol und bei Jugendlichen zunehmend illegale Drogen wie Cannabis und Ecstasy - nicht erst durch den Kontakt zu Suchtmitteln entstehen. Vielmehr haben Missbrauch und Abhängigkeit vielschichtige Ursachen. Neben dem Angebot und der Verfügbarkeit von Suchtmitteln spielen vor allem Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle. Bereits im Kindesalter, in alltäglichen Lebenszusammenhängen können die Ursprünge für Einstellungen und Verhaltensweisen entstehen, die sich im späteren Jugend- und Erwachsenenalter als Suchtverhalten verfestigen. Daher ist heute ein tragender Pfeiler der Suchtprävention die Förderung von Lebenskompetenzen. Wenn Heranwachsende gelernt haben, ihre Alltagskonflikte zu bewältigen und Belastungen standzuhalten, Eigenverantwortung zu übernehmen, ein stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen sowie zu entspannen und zu genießen, dann sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu Suchtmitteln als Strategie der Lebensbewältigung greifen. Dieser Ansatz macht es erforderlich, dass eine wirksame Suchtprävention langfristig und ganzheitlich angelegt und die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen miteinbezieht. Das ist nicht allein Aufgabe weniger Fachleute, sondern bedarf der Unterstützung vieler Gruppen und Institutionen, d.h. es ist eine Gemeinschaftsaufgabe, an der sich Bund, Länder, Verbände und Gemeinde beteiligen müssen.

Von besonderer Bedeutung ist dabei die kommunale Ebene, weil hier Kinder und Jugendliche in ihrem Lebensumfeld angetroffen werden. In den letzten Jahren haben sich ergänzend zur Suchthilfe auf kommunaler Ebene vielfältige, innovative und kooperative Initiativen zur Suchtvorbeugung herausgebildet.

Deshalb wurde am 8. Oktober 2001 zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden ein bundesweiter Wettbewerb „*Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention*“ ausgeschrieben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung übernimmt – in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Urbanistik (difu) - die Betreuung des Wettbewerbs. (Nähere Informationen unter: www.kommunale-suchtpraevention.de)

Eingegangene Wettbewerbsbeiträge

Bundesländer	Beiträge	Landkreise	Kleine Gemeinden	Großstädte
Schleswig Holstein	5	2	3	0
Hamburg	5	0	0	5
Niedersachsen	17	5	8	4
Bremen	3	0	0	3
Nordrhein-Westfalen	52	13	19	20
Hessen	14	5	6	3
Rheinland-Pfalz	13	6	5	2
Baden-Württemberg	34	20	7	7
Bayern	28	13	8	7
Saarland	5	3	1	1
Berlin	5	0	0	5
Brandenburg	10	6	2	2
Mecklenburg-Vorpommern	2	0	1	1
Sachsen	14	9	2	3
Sachsen-Anhalt	11	5	5	1
Thüringen	2	0	1	1
Gesamt	220	87	68	65

Ziel dieses Wettbewerbes ist es, besondere kommunale Aktivitäten der Suchtprävention auszuzeichnen und die Fortentwicklung von regionalen Netzwerken zur Suchtprävention in den Kommunen anzuregen. Durch den Wettbewerb sollen diejenigen Städte und Gemeinden eine breite öffentliche Auszeichnung finden, die in den verschiedensten kommunalen Handlungsfeldern effektive suchtpräventive Strategien umsetzen. Außerdem soll eine breite Öffentlichkeit über Konzepte, Maßnahmen, Projekte und Initiativen, die in ihrer Art und Wirkung Vorbildfunktion haben können, informiert und zur Nachahmung angeregt werden. An dem Wettbewerb haben sich kommunale Gebietskörperschaften (Kreise, Städte, Gemeinden bzw. Gemeindeteile und Gemeindeverbände) mit 220 Beiträgen beteiligt. Adressaten der meisten Wettbewerbsbeiträge sind Kinder und Jugendliche. Zumeist liegt die Federführung der jeweiligen kommunalen Strategien bei den Jugendämtern. In zwei Dritteln der Beiträge ist auch das jeweils zuständige Bundesland einbezogen. In ebenfalls zwei Dritteln der Wettbewerbsbeiträge fußen die Aktivitäten auf abgestimmte Konzepte, zu 60% werden die Projekte von den Kommunen finanziert, zu 20% von den jeweiligen Ländern, zu

14% von Sponsoren. Bei rund 40% der Beiträge ist eine abschließende Evaluation der Effekte geplant. Immerhin 40% der beteiligten Kommunen verfügen über Koordinatorinnen oder Koordinatoren für Suchtprävention und –hilfe.

Die Preisträger - es sollen jeweils zwei kreisfreie sowie zwei kreisangehörige Städte und zwei Landkreise prämiert werden - sollen ihre kommunalen Strategien im Rahmen einer Abschlussveranstaltung am 24. Juni 2002 in Berlin im Umfeld des Weltdrogentages präsentieren.

1.2 Maßnahmen zur Reduzierung tabakbedingter Erkrankungen

1.2.1 Gesundheitsziel "den Tabakkonsum senken"

Ende 2001 hat das Bundesministerium für Gesundheit „Gesundheitsziele“ für Deutschland definiert und veröffentlicht.

Diese Gesundheitsziele sind im Konsens zwischen Gesundheitsministerin, den Ländern, den zentralen Verbänden des Gesundheitswesens, Nichtregierungsorganisationen und Selbsthilfeverbänden verabschiedet worden.

Zu den fünf prioritären Zielen gehört auch das Ziel „den Tabakkonsum senken“.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern des Bundes, der Länder, den Krankenkassen, der Wissenschaft und von Nichtregierungsorganisationen, hat derzeit eine Bestandsaufnahme in folgenden Bereichen durchgeführt: Projekte und Maßnahmen zur allgemeinen Raucherentwöhnung und speziell zur Raucherentwöhnung bei Jugendlichen, Projekte und Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen sowie im Bereich der Tabakpolitik insbesondere strukturelle/gesetzliche Maßnahmen zur Einschränkung des Zugangs und der Verfügbarkeit von Tabakwaren und des Nichtraucherschutzes.

Es ist vorgesehen, im Juli 2002 ein entsprechendes Maßnahmenbündel zur Umsetzung des Zieles vorzulegen.

1.2.2 Empfehlungen des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001 zu Prävention des Tabakkonsums

In seinem Jahresgutachten von 2000/2001 hat sich der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen⁴ zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, darunter auch zur Versorgungslage und der Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung beim Lungenkarzinom einschließlich der Prävention des Rauchens, geäußert.

Danach zählt in Deutschland das Lungenkarzinom mit jährlich 28.200 Neuerkrankungen zur häufigsten bösartigen Tumorerkrankung des Mannes mit einer sehr geringen Überlebensprognose von 9%. Bei den Frauen liegt das Lungenkarzinom in der Gruppe der fünf häufigsten Krebserkrankungen mit steigender Tendenz.

Bei Männern wird 90% der Lungenkrebserkrankungen (bei Frauen 30-60%) direkt durch das Rauchen verursacht.

Zur Prävention des Rauchens stellte der Sachverständigenrat in Übereinstimmung mit den wesentlichen Deutschen Gesellschaften bzw. Institutionen aus dem Gesundheitssektor fest, dass angesichts der weiten Verbreitung des Rauchens in Deutschland eine durchgängige Unterversorgung in der Primärprävention vorliegt, die gegenwärtigen Anstrengungen zur Prävention unzureichend sind und unterbreitet konkrete Vorschläge für eine nationale Anti-Tabak-Politik.

Prävention wird als wirksamste Möglichkeit zur Reduzierung der großen gesundheitlichen Gefahren des Rauchens angesehen und sollte in Form von konzertierten, nachhaltigen und multimodalen Kampagnen und unter Beteiligung zahlreicher Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens durchgeführt werden.

Die Ziele einer Anti-Tabak-Kampagne sollen dabei primär auf nichtrauchende Personen und hier insbesondere die gefährdete Gruppe von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sein, bereits rauchenden Personen Hilfsangebote zum Ausstieg oder zur Reduktion des Rauchens anbieten und der Allgemeinbevölkerung Maßnahmen zum Schutz vor unfreiwilliger Passivrauchexposition anbieten.

Präventionsmaßnahmen gegen das Rauchen sollten bereits in der Grundschule beginnen, bevor mit dem Rauchen begonnen wird. Die Angebote sollten weiterhin für vom Rauchen besonders betroffene Zielgruppen flächendeckend angeboten werden. Als Beispiele für Maßnahmen werden vom Sachverständigenrat genannt: Massenmedienkampagnen, zielgruppen-, regional- und settingbezogene Programme, Preiserhöhungen, Werbeverbote,

⁴ Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III Über-, Unter- und Fehlversorgung; Gutachten 2000/2001; BMG Bonn

Verkaufsbeschränkungen, Abschaffung von Zigarettenautomaten, örtliche Rauchverbote, Schaffung rauchfreier Zonen und die Eindämmung des Schmuggels.

Abschließend regt der Sachverständigenrat an, die geforderte Anti-Tabak-Politik mit weiteren nationalen übersektoralen Kampagnen zu vernetzen und zum vordringlichen Thema einer breit geführten Diskussion zu Gesundheitszielen in Deutschland zu machen.

1.2.3 SchülerInnenwettbewerb "Be smart - don't start"

Am 5. November 2001 startete zum dritten Mal in Deutschland und in fünfzehn Ländern Europas der SchülerInnenwettbewerb "Be smart - don't start". Der Wettbewerb soll dazu beitragen, dass der Einstieg in das Rauchen verzögert wird und dass sich die Klassen mit dem Thema Rauchen auseinandersetzen. Der europäische SchülerInnen-Wettbewerb "Be smart - don't start" richtet sich an siebte und achte Klassen, wo der Anteil von RaucherInnen noch gering ist. Die SchülerInnen entscheiden sich gemeinsam, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen. In Klassengesprächen wird dann jeweils überprüft, ob das gelingt oder warum es Probleme gibt. Wer durchhält, kann einen Sach- oder Geldpreis und eventuell eine Reise in eine attraktive europäische Stadt gewinnen. Der Wettbewerb wird jetzt zum dritten Mal ausgeführt. Im Schuljahr 2000/2001 beteiligten sich in Deutschland rund 4.500 Schulklassen mit rund 100.000 TeilnehmerInnen. Bei dem neuen Wettbewerb 2001/2002 sind es bereits rund 5.800 Schulklassen mit über 150.000 TeilnehmerInnen.

Das Projekt wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Europäischen Kommission gefördert. Europaweit wird es vom "Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung" in Kiel koordiniert. Es beteiligen sich mittlerweile alle 16 Bundesländer an dem Wettbewerb.⁵

Auswertungen der bisherigen Wettbewerbe zeigen, dass sie einen präventiven Effekt haben. Der Übergang vom Nichtrauchen zum täglichen Rauchen verzögert sich. Insbesondere in Anbetracht des vergleichsweise geringen zeitlichen Aufwandes, den die Klassen aufwenden müssen, um das Programm durchzuführen und der Vielzahl von Fächern, in denen der Wettbewerb durchgeführt werden kann, wird deutlich, dass Interventionen nicht aufwendig gestaltet sein müssen, um wirksam zu sein.⁶

⁵ Weitere Informationen sind erhältlich beim "Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord)", Düstenbrooker Weg 2, 24105 Kiel. Tel.: 0431-5702970, Fax: 0431-5702929, email: be.smart@ift-nord.de; Internet: www.ift-nord.de

⁶ Wiborg/Hanewinkel/Kliche (2002): Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne 'Be smart - don't start': eine Analyse nach Schularten; In: Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) Nr. 127; S.430 ff.

1.2.4 Internationaler Wettbewerb zum Rauchen „Rauchfrei 2002 - 10.000 EURO zu gewinnen“

Deutschland nimmt im Jahre 2002 zum zweiten Mal an dem internationalen Wettbewerb teil.

Es handelt sich um eine weltweite Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die in Deutschland von der Koalition gegen das Rauchen umgesetzt wird. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ist Schirmherrin der Kampagne. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat die Durchführung mit finanzieller Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung übernommen.

Ziel der Kampagne ist es, möglichst viele Raucherinnen und Raucher in Deutschland dazu zu bewegen, ab dem 01. Mai 2002 mindestens vier Wochen lang nicht zu rauchen. Die Aktion startete bereits am Aschermittwoch, dem 13. Februar 2002, um den Raucherinnen und Rauchern ausreichend Zeit zur Vorbereitung ihres Ausstiegs zu geben.

Die Kampagne bietet Motivation durch finanzielle Anreize: Preise im Gesamtwert von 10.000 Euro sind zu gewinnen. Beteiligen können sich übrigens auch Nichtraucher: Wenn sie Raucherinnen und Raucher zur Teilnahme motivieren und unterstützen, haben sie die gleichen Gewinnchancen wie Raucher.

Bei der ersten Kampagne dieser Art im Jahr 2000 nahmen fast 25.000 Raucherinnen und Raucher teil. In einer Befragung 12 Monate nach der Kampagne gaben 30% an, seit der Teilnahme Nichtraucher zu sein. Dieses Ergebnis zeigt, dass eine Massenkampagne zu Verhaltensänderungen beitragen kann.

Eine Vielzahl von staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen unterstützen den Wettbewerb aktiv, darunter Gesundheitsämter, Kliniken, Praxen, Krankenkassen, Betriebe wie Daimler Chrysler, Deutsche Post, Deutsche Telekom, Siemens, Bosch, Johnson & Johnson sowie das Deutsche Rote Kreuz und die Mitglieder der Koalition gegen das Rauchen wie - neben dem Deutschen Krebsforschungszentrum – die Bundesärztekammer, Deutsche Herzstiftung, Deutsche Lungenstiftung, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Bundesvereinigung für Gesundheit, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und das WHO Partnerschaftsprojekt zur Verminderung der Tabakabhängigkeit.

Klasse2000 – Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung bei Grundschulkindern

Idee und Konzept von Klasse2000 wurden 1991 von einem Expertengremium aus Pädagogik, Medizin, Psychologie, Ernährung und Sport am Klinikum Nürnberg entwickelt und in zunächst 234 Schulklassen umgesetzt. Heute ist Klasse2000 das in Deutschland am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung an Grundschulen. Allein im Schuljahr 2001/2002 nehmen bundesweit annähernd 110.000 Schüler aus 4.100 Klassen teil. Der Klasse2000-Unterricht beginnt in der 1. Klasse und begleitet die Kinder bis zur 4. Klasse. Mit dem frühzeitigen Beginn und der kontinuierlichen Begleitung der Kinder während der gesamten Grundschulzeit setzt Klasse2000 nachgewiesene Wirkfaktoren schulischer Gesundheitsförderung um. Klasse2000 geht von der Prämisse aus, dass die beste Suchtvorbeugung eine gelungene Persönlichkeitsentwicklung ist und fördert daher eine bewusste und akzeptierende Wahrnehmung des eigenen Körpers, eine positive Einstellung zur Gesundheit, Selbstwert, Selbständigkeit und soziale Kompetenz sowie die Fähigkeit, Gruppendruck zu widerstehen und „Nein“ zu sagen. Ergänzt wird das breit angelegte Präventionsprogramm durch die Einübung eines kritischen Umgangs mit Genussmitteln und Alltagsdrogen. Zusätzlich initiiert Klasse2000 ein gemeinsames Engagement von Kindern, Lehrern, Eltern und Sponsoren für ein gesünderes schulisches Umfeld.



Die Unterrichtsinhalte werden spielerisch vermittelt. Furchtappelle, wie sie im Rahmen früherer Formen der Suchtprävention eingesetzt wurden, sind Klasse2000 fremd. Ein besonderes Kennzeichen von Klasse2000 ist der Einsatz speziell geschulter Klasse2000-Gesundheitsförderer. Klasse2000-Gesundheitsförderer sind Fachleute aus den Bereichen Pädagogik und Gesundheit, z.B. Mitarbeiter von Gesundheitsämtern und Suchtpräventionsfachstellen. Sie führen 2 bis 3 Unterrichtseinheiten pro Schuljahr durch, die von ca. 10 weiteren Stunden durch die Klassenlehrer ergänzt und vertieft werden.

Als Identifikationsfigur begleitet KLARO (bzw. KLARA) die Schülerinnen und Schüler während des gesamten Unterrichtsprogramms. KLARO wird den Kindern als Partner vorgestellt, der möchte, dass es ihnen gut geht, und Wege zum Wohlfühlen vermittelt.

So wird KLARO zum Freund. Oft danken die Kinder ihm in Briefen, so z.B. ein Schüler nach der 4. Klasse: „Lieber Klaro, nun kennen wir uns schon vier Jahre. Heute schreibe ich dir diesen Brief, weil ich dir berichten möchte, was wir in der Unterrichtsreihe unternommen haben. Was mir besonders gut gefiel, war das Ausfüllen des Heftes in der 4. Klasse. Weißt du, wie viel Spaß das gemacht hat? Du hast echt coole Fragen gestellt. Vor allem lernten wir, dass wir nicht rauchen und keinen Alkohol trinken sollen. Ebenso hast du es geschafft, uns näher kennen zu lernen. Außerdem wussten wir vieles nicht von den anderen Klassenkameraden, was sie können. Weißt du überhaupt, was du in unserer Klasse geschafft hast? Seit diesen Stunden mögen wir uns viel mehr! Natürlich machte mir auch das Interviewen und Spielen Spaß. Du hast uns gezeigt wie man gesund lebt . . . Vielen Dank für alles. Ich wünsche dir noch alles Gute für die Zukunft und grüße dich recht herzlich . . . „

Kontakt:
 Klasse 2000
 Institut für Präventive Pneumologie
 Klinikum Nürnberg
 Prof.-Ernst-Nathan-Str.1
 90340 Nürnberg
 Tel.: 0911-3983196
 Fax: 0911-3983406
 Email: thomas.dupree@fen-net.de

1.2.5 Verhandlungen mit der Tabakindustrie zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen

Gerade die Zunahme von jugendlichen Rauchern, insbesondere von jungen Mädchen, gibt Anlass zur Besorgnis. Neben verschiedenen Maßnahmen zur Prävention wurden deshalb auch schon seit längerem Gespräche mit der Tabakindustrie geführt, um ihre Verantwortung im Bereich des Jugendschutzes zu verdeutlichen. Dabei ging es auch um die Forderung nach der substantiellen Unterstützung für einen Fond zur Prävention des Tabakkonsums Jugendlicher. Im Rahmen dieser Gespräche wurde immer klar gestellt, dass eine inhaltliche Einflussnahme der Zigarettenindustrie auf die mit der geplanten Zuwendung

durchzuführenden Maßnahmen ausgeschlossen sein muss. Weiterhin wurde großer Wert auf eine Nachhaltigkeit von Projekten gelegt. Es muss zudem klar sein, dass keinerlei politische „Gegengeschäfte“ zu erwarten sind.

Am 20. März 2002 wurde in Berlin zwischen der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und dem Verband der Zigarettenindustrie sowie ihren Mitgliedsfirmen die Vereinbarung zur Finanzierung von Programmen zur Förderung des Nichtrauchens von Kindern und Jugendlichen geschlossen. In der Vereinbarung verpflichtet sich die Zigarettenindustrie für einen Zeitraum von fünf Jahren zur Zahlung von insgesamt 11,8 Mio.€. Damit übernimmt die Industrie auch Verantwortung für erforderliche Maßnahmen zum Nichtrauchen im Kindes- und Jugendalter. Mit der Umsetzung der Projekte wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beauftragt und diese im Rahmen ihrer Aufgaben ohne jede Einflussnahme in eigener Verantwortung durchführen. Mit der Vereinbarung geht die Bundesregierung keinerlei politische Verpflichtungen gegenüber der Zigarettenindustrie ein: Der Vertrag ist transparent und legt eine Informationspflicht für alle Maßnahmen zur Prävention des Rauchens von Kindern und Jugendlichen fest, die mit finanziellen Mitteln der Zigarettenindustrie durchgeführt werden. Während der Laufzeit des Vertrages verzichtet die Zigarettenindustrie über bestehende Verpflichtungen hinaus auf eigene nationale Aktionen zur Ansprache von Kindern und Jugendlichen. Die Vereinbarung beeinflusst auch nicht zukünftige Maßnahmen der Bundesregierung gegen das Rauchen, wie beispielsweise die Verordnung zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, die der Bundestag im vergangenen Jahr beschlossen hat.

1.2.6 Maßnahmen zum Jugendschutz

Nach Gesprächen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit den Ländern ist geplant, die Regelungen des gesetzlichen Jugendschutzes den veränderten gesellschaftlichen Gegebenheiten und technischen Möglichkeiten anzupassen. Hierbei geht es auch um den Schutz junger Menschen vor Gefährdungen durch Nikotin. Nach den Erfordernissen des Jugend- 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 bedarf es eines gewerblichen Abgabeverbotes in Ergänzung des bestehenden Rauchverbotes, das auch im Bereich des Zigarettenabsatzes durch Automaten Anwendung finden soll. Die heutige

Technik gestattet Vorrichtungen an den Automaten, die eine Bedienung mit Waren nur für einen bestimmten Personenkreis zulassen.

In diesem Zusammenhang wird auch die Einschränkung der Freigabe von Werbefilmen und Werbeprogrammen für Kinder und Jugendliche, die für Tabakwaren oder alkoholische Getränke werben, geprüft.

1.2.7 Änderung der Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherschutz beschlossen

Die am 31. Mai 2001 (Weltnichtrauchertag) vom Deutschen Bundestag verabschiedete Entschließung mit dem Ziel der Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Betrieben wurde im zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) umgesetzt. Das Bundeskabinett hat eine entsprechende Änderung der Arbeitsstättenverordnung am 10. April 2002 beschlossen, wonach die Arbeitgeber dafür sorgen müssen, dass nichtrauchende Beschäftigte in Arbeitsstätten „wirksam vor den Gefahren des Rauchens geschützt werden müssen“. Die Verordnung bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates.

1.3 Maßnahmen zur Reduzierung alkoholbedingter Probleme

1.3.1 Gespräche mit der Alkoholindustrie

Am 22. Juni 2000 trafen sich Vertreter der Werbewirtschaft, der Alkoholindustrie, der Medien und des Sports mit der Bundesministerin für Gesundheit sowie der damaligen Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und erörterten den Themenkomplex Kinder/Jugendliche und Alkohol. Trotz unterschiedlicher Auffassung in Einzelfragen wurde die Übereinstimmung erzielt, folgende Vorhaben gemeinsam durchzuführen:

Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit wurde mit Länderbeteiligung eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit der Wirtschaft vereinbart, die „Vorschläge zum verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken“ erarbeiten soll. Diese Arbeitsgruppe hat ein Expertenhearing durchgeführt, in dem vor allem die Frage der negativen und positiven Wirkungen von Alkoholkonsum erörtert wurden. Weiterhin wurde die Frage des Für und Wider von Trinkregeln für Gesundheitskampagnen erörtert.

Unter Beteiligung von Politik, Wissenschaft und Wirtschaft wurde am 15./16. November 2001 ein Kongress durchgeführt, der sich dem Thema „Prävention im Zusammenhang mit riskantem Alkoholkonsum“ widmete. Vertreter der Weltgesundheitsorganisation, der EU-Kommission, aus europäischen Nachbarländern sowie aus der Alkoholwirtschaft, der Alkoholforschung und Gesundheitspolitik diskutierten über Möglichkeiten einer Zusammenarbeit. Zur Zeit wird die Publikation der Vorträge und der Ergebnisse der verschiedenen Arbeitsgruppen vorbereitet.

Die von Bund, Ländern und Industrie eingesetzte Arbeitsgruppe wird die Ergebnisse bei der Ausarbeitung zu Vorschlägen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol berücksichtigen.

1.3.2 Expertise "Werbung und Alkohol - Auswirkungen auf das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen"

Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse über tatsächliche Auswirkungen der Alkoholwerbung und ihre Wirkung auf das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist die Expertise zum Thema „Werbung und Alkohol“ vergeben worden. Anlass ist die sowohl von Vertretern der Alkoholindustrie als auch der Werbewirtschaft wiederholt vorgetragene These, Werbung trage nur zur Verschiebung von Marktanteilen bei und bedinge keine Konsumsteigerung. Eine Einschränkung der Alkoholwerbung bzw. die Erweiterung der Verhaltensregeln des Deutschen Werberates über die Werbung für alkoholische Getränke wird deshalb von Alkoholindustrie und Werbewirtschaft nicht für erforderlich gehalten. Hinzu kommt, dass die Alkoholwerbung in allen Print- und AV-Medien sowie durch Sponsoring im Bereich des Sports stark zugenommen hat. Zugleich konnten durch eine Vielzahl von Forschungsergebnissen der letzten zwanzig Jahre die gesundheitlichen Schädigungen durch Alkoholkonsum belegt werden.

Ziel der Untersuchung ist es, Erkenntnisse für die Entwicklung von Maßnahmen im Bereich der Prävention für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zu erbringen. Dazu ist die Beantwortung einer Reihe von Fragen erforderlich, z.B.: Prägt Alkoholwerbung eine positive Einstellung zum Alkohol bei Kindern und Jugendlichen? Hat Alkoholwerbung einen Einfluss auf den Konsum? Gibt es relevante Altersgrenzen und bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede? Welche weiteren Faktoren wirken in diesem Zusammenhang?

Mit der Durchführung der Studie, die auch eine Aufarbeitung der nationalen und internationalen Literatur beinhaltet, wurde das Zentrum für angewandte Psychologie,

Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS), Universität Bochum, beauftragt. Sie wird im Jahr 2002 abgeschlossen werden.

Aktionsplan Alkohol - Umsetzung in Bremen

Der von der WHO ins Leben gerufene und von der Bundesregierung aufgenommene „Aktionsplan Alkohol“ wird in Bremen seit drei Jahren intensiv umgesetzt. Dabei hat Bremen die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ aufgegriffen und im Jahre 2000 ein Aktionsbündnis gegründet, für das aus allen Bereichen der Wirtschaft und des öffentlichen Lebens Personen und Institutionen gewonnen wurden. Für das Aktionsbündnis wurde ein Bündnisrat gebildet, deren Mitglieder sich besonders verantwortlich für das Gelingen des „Aktionsplanes Alkohol“ fühlen. Den Vorsitz für das Aktionsbündnis hat die Gesundheitssenatorin übernommen und die Organisation liegt bei der Suchtprävention und dem Referat Suchtkrankenhilfe des Senators für Gesundheit sowie beim Institut für Suchtprävention und angewandte pädagogische Psychologie (ISAPP).

Ziel: Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol, d. h. genussvolles und mäßiges Trinken in Situationen, in denen Alkoholkonsum erwünscht ist, Punktnüchternheit in Situationen und Lebensabschnitten, in denen Alkoholkonsum schädlich ist.

Methoden: Kampagnen, Materialverbreitung, Einbeziehung verschiedenster Multiplikatoren, Fortbildungen, Peer-Einsatz, Materialentwicklung.

Evaluation / Dokumentation: Die Plakate der Kampagne „Alkohol – Irgendwann wird's zuviel“, die aus Hamburg übernommen wurden, werden im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung evaluiert. Die bisherigen Aktionen des Aktionsplanes und des Aktionsbündnisses wurden dokumentiert.

Der Aktionsplan und das Aktionsbündnis umfassen verschiedene Projekte.

- Jugendkampagne „Alkohol – Irgendwann ist der Spaß vorbei“

Mit einer breit angelegten Kampagne für Jugendliche von 15 – 25 Jahren wurde die erste Aktivität des Aktionsbündnisses gesetzt. Die Plakate hierzu wurden in Schulen, Jugendfreizeitheimen, Sportvereinen, Kirchengemeinden u. a. Einrichtungen angebracht. Begleitend wurde ein Wettbewerb „Volle Pulle – kreativ!“ mit einer großen Auftaktveranstaltung auf dem Marktplatz gestartet, der zu über 100 teilweise sehr guten Einsendungen führte. Die Preisverleihung wurde in einer großen Veranstaltung in der oberen Rathaushalle durchgeführt.

Ziele: Das Thema „Alkohol“ zum Diskussionsthema bei Jugendlichen machen. Kritische Auseinandersetzung im Hinblick auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol hervorrufen.

Methoden: Plakate, Wettbewerb, öffentlichkeitswirksame Preisverleihung.

Evaluation / Dokumentation: Die Plakate der Kampagne werden evaluiert. Alle Maßnahmen werden dokumentiert.

Kontakt:

Bremer Aktionsbündnis "Alkohol -
Vernunft setzt die Grenzen"

c/o ISAPP

Frau Sonja Lünzmann

Am Dobben 91

28203 Bremen

Tel.: 0421-5977669

Fax: 0421-5977670

Email: s.luenzmann@bremer-aktionsbuendnis.de

www.bremer-aktionsbuendnis.de

1.4 Maßnahmen zur Reduzierung des illegalen Drogenkonsums und des Mischkonsums

1.4.1 Drogenprävention in der Partyszene - www.drugcom.de

Pünktlich zur Berliner Love Parade wurde am 21. Juli 2001 bei der BZgA ein Internet-Projekt namens [drugcom.de](http://www.drugcom.de) installiert, das ein zielgruppenspezifisches Angebot für Jugendliche darstellt, die schon Erfahrungen mit Drogen – hauptsächlich mit Cannabis und Ecstasy – gesammelt haben. www.drugcom.de ist darauf angelegt, die Kommunikation mit bereits drogenerfahrenen Jugendlichen zu fördern, die in der Regel nur schwierig über herkömmliche Angebote erreicht werden können. Mit Hilfe internet-gestützter, anonymer Informations- und Beratungsmöglichkeiten sollen jugendliche DrogenkonsumentInnen dazu angeregt werden, ihren Drogenkonsum kritisch zu reflektieren sowie dazu befähigt werden, den eigenen Konsum in maßvolle Bahnen zu lenken. Der Jahresbericht 2001 zeigt u.a., dass [drugcom.de](http://www.drugcom.de) im Durchschnitt rund 330 mal pro Tag besucht wird⁷, wobei junge Drogenkonsumenten bis zum Alter von etwa 20 Jahren die größte Nutzungsfrequenz aufweisen. Die meisten Zugriffe von [drugcom.de](http://www.drugcom.de) erfolgen auf die Informationsseiten, und insbesondere die Wissenstests finden breites Interesse. Aber auch die interaktiven Kommunikationsforen, Chatforum, E-Mail- und Online-Beratung werden – vor allem von Jugendlichen, aber auch von Multiplikatoren und Eltern mit Beratungsbedarf – genutzt. Überwiegend zeigen sich die Nutzer von [drugcom.de](http://www.drugcom.de) mit dem bereitgestellten Angebot zufrieden, sowohl im Hinblick auf Nutzerfreundlichkeit und Design als auch in bezug auf den Informationsgehalt und den ‚Fun-Faktor‘. Zukünftige Anstrengungen bei [drugcom.de](http://www.drugcom.de) sind vor allem darauf gerichtet, den Bekanntheits- und Nutzungsgrad sowie das bestehende Informationsangebot noch weiter auszubauen und durch kontinuierliche und innovative Weiterentwicklungen auch langfristiges Nutzungsverhalten sicherzustellen.

www.drugcom.de

Im Zeitraum vom Juli bis Dezember 2001 wurde die Seite 630.000 mal aufgerufen, wobei es zu 36.000 Besuchen kam, das sind rund 330 pro Tag.

Überwiegend kam man direkt auf die homepage von "<http://www.drugcom.de>"; aber auch zum nicht unerheblichen Teil u.a. über die homepage der BZgA auf [drugcom.de](http://www.drugcom.de) und zum kleineren Teil auch über die homepage des BMG.

Dabei wurde vor allem die Seite „druginfo“ aufgerufen, nämlich 15.700 mal.

Es handelt sich dabei um 10.000 Wissenstests und um 5.700 Aufrufe der „faq“ (frequently asked questions),

⁷ Mittlerweile greifen fast 500 Nutzer täglich auf die Internetseite von [drugcom.de](http://www.drugcom.de) zu (Stand: März 2002)

der „häufig gestellten Fragen“.

Die Fragen verteilten sich wie folgt zu:

Cannabis	6.200 (davon 3.700 ausgefüllte Fragebögen) (61%)
Ecstasy	3.000 (1.700) (57%)
Alkohol	2.800 (1.500) (54%)
Nikotin	2.000 (1.400) (70%)

Die Seite „drugtalk“ (also Teilnahme am chat oder Einzelberatung) wurde 10.000 mal besucht. Bei den rund 40 durchgeführten online-Beratungen handelte es sich überwiegend um Teilnehmer mit „eigenen Problemen“ mit den Schwerpunkten psychosoziale und medizinische Beratung.

Email-Anfragen (überwiegend zu Cannabis) kamen überwiegend von Jugendlichen und nur zum kleinen Teil z.B. von Eltern oder Lehrern.

Die Seiten wurde weit überwiegend von der erwarteten und angestrebten Zielgruppe aufgerufen; das Durchschnittsalter lag bei 20 Jahren:

Altersgruppen:

unter 16 Jahren	21 % (16 bis 21 Jahre = 63 %)
16 bis 18 Jahre	24 %
19 bis 21 Jahre	18 %
22 bis 24 Jahre	11 %
25 bis 27 Jahre	7 %
28 bis 30 Jahre	6 %
älter als 30 Jahre	14 %

Drogenkonsumerfahrungen:

Aktueller Konsum bei

Cannabis	61 %
Alkohol	70 %
Nikotin	58 %
Ecstasy	44 %

d.h. es wurden mehrheitlich aktuelle Konsumenten angesprochen.

In der ersten Auswertung zeigt sich, dass die angestrebte Zielgruppe erreicht werden konnte und dass das Schwergewicht auf cannabisbezogenen Fragestellungen lag.

Darüber hinaus wurde im September 2001 mit szenenahen Initiativen und Experten aus der Suchtprävention und Suchthilfe eine bundesweite Expertentagung durchgeführt. Deren Ziel war es, in einem Konsensprozess die zentralen Eckpunkte einer nachhaltigen Sucht- und Drogenpolitik im Bereich des Partysettings zu formulieren und tragfähige Leitlinien für die Prävention in der Partyszene zu verabschieden. Die Ergebnisse dieser Expertentagung werden im Sommer 2002 in einer Fachheftreihe der BZgA unter dem Titel „Suchtprävention in der Partyszene“ publiziert. Zentrale Erkenntnisse dieser Tagung betreffen die Möglichkeiten und Grenzen von Drugchecking, Peer-Ansätzen und Risikokommunikation für ihren Einsatz in drogenahen Settings.

Partypack.de



Der Konsum von Ecstasy und anderen synthetischen Drogen (Partydrogen) ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Von besonderer Bedeutung sind vor allem Fragen nach den potentiellen Gesundheitsgefahren, der Suchtgefährdung, den sozialen Auswirkungen, dem Aufklärungs- und Informationsbedarf. Als unzureichend und verbesserungswürdig schätzen wir den Kontakt zwischen dem etablierten Drogenhilfesystem und der entstandenen Zielgruppe ein.

Aus diesem Grund entwickelte die Drogenhilfe Köln e.V. 1999 das Internet Angebot und ist seit September 2000 mit www.partypack.de online. Das Angebot richtet sich vor allem an:

- Jugendliche aus der Techno- und Partyszene. Die angesprochene Zielgruppe differenziert sich in
- NichtkonsumentInnen, DrogenexperimentiererInnen, GelegenheitskonsumentInnen und Dauer/RisikokonsumentInnen.

Das Angebot richtet sich aber auch an MultiplikatorInnen aus dem Drogenhilfereich, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, Eltern, Bezugspersonen und Angehörige (Freunde, Lebenspartner, Verwandte), die mit dem Drogenkonsum von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen konfrontiert sind.

Diese Ziele werden erreicht über einen umfangreichen Informations- und Beratungsteil (to be informed) einerseits und den service- bzw. szenespezifischen Teil (to be part of it) andererseits.

Der Informations- und Beratungsteil enthält u.a.

- zielgruppenspezifische Informationen über sogenannte Partydrogen, deren Risiken, Nebenwirkungen und Gefahren; Safer-use Informationen; Erste-Hilfe-Hinweise zu drogenspezifischen Notfallsituationen; schnelle und zuverlässige E-Mail Beratung ; Kiffertest; Adressverzeichnis zur Vermittlung an Hilfs- und Beratungsstellen; Linkliste zu Online-Drogenberatungs-Chats; Hinweise zu strafrechtlichen Konsequenzen im Zusammenhang mit illegalen Drogen ; Warnhinweise auf besonders gefährliche bzw. besonders verunreinigte Drogen, die auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden; Literaturliste
- MultiplikatorInnenbereich mit Infos zu suchtpreventiven Fortbildungsveranstaltungen, Adressenliste etc.

Daneben gibt es einen sogenannten **Service**teil, der nicht direkt mit dem Themengebiet Drogen zu tun haben:

- Tagesaktueller Partykalender ; Szene-News mit aktuellen Hinweisen und Tipps für die Szene (neue Clubs, Plattenkritiken etc., Möglichkeit für Veranstalter, aber auch für Partygäste, Bilder und Videos von Parties abzubilden sowie Lob und Kritik zu Veranstaltungen einzusenden
- NachwuchsproduzentInnen/MusikerInnen können ihre selbstproduzierten Tracks auf www.partypack.de als Mp3-Format zum Download (herunterladen) bereitstellen und bewerben.

Dieser Teil dient auch dazu, eine regionale Anbindung der Zielgruppe zu erreichen, um auch eine Weiterleitung in regionale Beratungs- und Behandlungsangebote zu gewährleisten. Zusätzlich gibt es eine Bewerbung des Projektes über Flyer spezielle Angebote für die Kölner Partyszene, Pressearbeit etc.

Um ein gut funktionierendes Informations- und Beratungssystem für die Klientinnen und Klienten anbieten zu können, hat sich die AG Partypack intern gebildet. Diese setzt sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen, dem Verbundsystem der Drogenhilfe angeschlossenen Drogenberatungsstellen zusammen. So ist ein schneller Übergang von „unverbindlichen“ Online-Erstkontakten in eine verbindliche E-Mail-Beratung oder in eine persönliche Beratung möglich.

Ergebnisse

Im Vergleich zum Vorjahr konnte die durchschnittliche Besucherzahl im Jahr 2001 fast verdoppelt werden. www.partypack.de wird täglich im Durchschnitt von ca. 190 Personen besucht. Zu den am häufigsten aufgerufenen Seiten von www.partypack.de gehören die Drogen-Info-Seiten. Es besteht großes Interesse an Wirkung, Nebenwirkungen und Risiken von psychoaktiven Substanzen. Einer sehr hohen Zugriffszahl erfreut sich auch der interaktive „Kiffertest“. Dieser Test ermöglicht KonsumentInnen von Cannabis durch Ankreuzen von mehr als zwanzig Fragen, über ihre Konsumgewohnheiten reflektieren zu können. Der Partykalender mit stetig aktualisierten Partyterminen für Köln findet ebenso reges Interesse. Informationen zu Drug-Checking (Ergebnisse besonders verunreinigter Drogen) sowie das Angebot zu Drogen und Strafrecht gehören ebenfalls zu den hochfrequentierten Seiten

E-Mail Anfragen

Die Qualität der eingehenden E-Mail Anfragen hat sich deutlich verändert. Gingen im Jahr 2000 und zu Beginn des Jahres 2001 hauptsächlich Anfragen ein, die eher als klassische Informationsfragen zu Drogen und deren Wirkung einzustufen sind, veränderte sich die Art der Anfragen innerhalb des Jahres 2001 erheblich. Eingehende E-Mails bekommen, wie aus der Statistik ersichtlich, immer stärker den Aspekt von Beratung. KonsumentInnen fragen sehr deutlich nach

Möglichkeiten, den Konsum einzuschränken, zu verändern oder zu beenden. Viele der Anfragenden berichten auch über Probleme im psychischen Bereich, die aus Grenzerfahrungen mit Drogen, Horrortrips etc. resultieren. Ein weiterer Bereich, in dem viele Fragen eingehen, lässt sich unter der Überschrift Drogen & Strafrecht zusammenfassen. Immer mehr KonsumentInnen kommen entweder mit dem Betäubungsmittelgesetz, mit der Führerscheinverordnung oder mit auf Drogenkonsum kontrollierenden Arbeitgebern in Kontakt und wenden sich dann per E-Mail an uns.

In beiden Bereichen erreichen uns Anfragen von KonsumentInnen, Angehörigen (Eltern, Freunde...) und MultiplikatorInnen, die in der Regel (ausgenommen vom Wochenende) innerhalb von 48 Std. beantwortet werden.

Drogenhilfe Köln e.V.
 Fachstelle für Suchtprävention
 Hans-Böckler Str. 5
 50354 Hürth
 Tel: 02233/709259
 Fax: 02233/709263
 e-mail: praevention@drogenhilfe.de,
 internet: <http://www.drogenhilfe-koeln.de/praevention>

1.4.2 Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FRED)

Unter Beteiligung von acht Bundesländern hat im Oktober 2000 das Bundesmodell „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (FRED) begonnen. Das Modellprojekt wird an 15 verschiedenen Modellstandorten durchgeführt.

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,
- die Konfrontation mit den eigenen Grenzen sowie den Folgen des Drogengebrauchs zu ermöglichen,
- eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu lernen,
- zu einer Verhaltensänderung zu motivieren,
- 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 – 21jährigen. Der Schwerpunkt liegt auf der Gruppe, die vor dem Hintergrund des § 31a BtMG 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 Experimentierstadium des Drogenkonsums dem Konsumenten Angebote zu Hilfe und Ausstieg zu vermitteln, damit der Drogenkonsum nicht zu gesundheitlichen und sozialen Schäden führt.

Modellstandorte	Träger
München	Prop e.V.
Freising	Prop e.V.
Berlin-Spandau	Caritasverband e.V.
Berlin-Friedrichshain	Karuna e.V.
Potsdam	Chill out e.V.
Henningsdorf	DRK
Rostock	Gesundheitsamt
Stralsund	DRK Suchtberatung
Hannover	Step e.V.
Osnabrück	Diakonisches Werk
Bochum	Krisenhilfe e.V.
Hamm	AK für Jugendhilfe
Worms/ Alzey	Jugend und Drogenberatung
Idar-Oberstein	Ev. Beratungsstelle Help
Leipzig	Zentrum für Integration

Erste Ergebnisse

Bis zum 31.12.2001 wurden etwa 280 telefonische Erstkontakte von Konsumenten dokumentiert. 65% dieser Kontakte kamen über die Vermittlung durch die Polizei zustande, etwa 25% wurden durch die Jugendgerichtshilfe vermittelt. An neun Standorten sind bisher 22 Kurse durchgeführt worden.

Mehr als 80% der Interessenten waren unter 20 Jahren, mit ebenfalls 80% waren eindeutig mehr junge Männer als Frauen in den Kursen vertreten.

Am häufigsten (96%) war Cannabis, gefolgt von Ecstasy, konsumiert worden. 86% der erstmalig auffällig gewordenen DrogenkonsumentInnen hatten noch keinen Kontakt zum Hilfesystem. Dies zeigt, dass mit dem Modell die Zielgruppe sehr gut erreicht wird und dass tatsächlich ein frühzeitiges Interventionsangebot entwickelt wurde.

Die Beurteilung des Kursangebotes durch die Nutzer erhielt zu 87% die Note (sehr) gut und nur in knapp 2% ein ausreichend/mangelhaft. Dennoch ist die Optimierung des Kursangebotes auch weiterhin eine wichtige Aufgabe des Modellprojektes.

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.

1.4.3 Problematischer Cannabiskonsum in Deutschland: Untersuchung der Klientel mit Cannabisdiagnose

Zur wissenschaftlichen Analyse der starken Zunahme der Klienten mit einer primären Cannabis-Diagnose in den ambulanten Einrichtungen hat das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für Therapieforchung (IFT) München mit der Durchführung eines Projekts beauftragt. Hintergrund sind nicht nur steigende Klientenzahlen, sondern auch die weite Verbreitung der Droge an sich, die zunehmende Verfügbarkeit hoch potenter Cannabisvarianten auf dem Markt, damit möglicherweise verbundene Veränderungen im Konsumverhalten und das von Fachleuten berichtete mangelnde Interesse der Beratungsstellen für Probleme im Umfeld von Cannabiskonsum. Gleichwohl haben die Behandlungsfälle in ambulanten Einrichtungen nach Hochrechnungen des IFT auf Basis des Dokumentationssystems EBIS von 1996 bis 1999 auf ca. 11.000 zugenommen.

Im Rahmen der Studie werden neben der Analyse der klinischen und sozialen Epidemiologie der Klientel und einer sozialen und psychischen Anamnese und Diagnose auch mögliche Konsequenzen für Struktur und Arbeitsweise ambulanter Einrichtungen erarbeitet.

Es wird erwartet, dass die Ergebnisse die Einschätzung aktueller Entwicklungen des Drogenkonsums erleichtern, Argumente vor dem Hintergrund einer Debatte um die Entpönalisierung bereitstellen und Hinweise für die Weiterentwicklung von Beratung und Hilfe geben. Nicht zuletzt dürften die Ergebnisse für die Verbesserung der Therapie relevant sein. Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren.

Therapieladen

Gründung und Vereinsziel

Der Therapieladen e.V. existiert seit 1985 und wurde in der Berliner Jugend- und Drogenhilfe als **ambulantes Therapieprojekt** für jugendliche Cannabiskonsumenten gegründet. Das Vereinsziel ist, mit einem spezifischen **Präventions- und Therapieangebot** junge drogenmissbrauchende Menschen frühzeitig zu erreichen und psychotherapeutisch zu behandeln.

Ziele und Angebote des Therapieladens

Ambulante Therapie

Der Therapieladen hat sich als bundesweit einmaliges ambulantes Therapieprojekt speziell für Konsumenten von **Cannabis und Partydrogen** etabliert. Die konzeptionelle Abgrenzung gegenüber Opiatabhängigen hat sich für diese Konsumentengruppe fachlich bewährt. Sowohl die Konsummuster und Suchtformen als auch die Folgeprobleme des Cannabis- und Partydrogenkonsums unterscheiden sich von denen bei Opiatkonsumenten. Der Schwerpunkt der Arbeit ist

die psychotherapeutische Behandlung von Suchtproblemen und damit zusammenhängenden oder zugrundeliegenden psychischen Störungen.

Zielgruppen für die Therapie

Jugendliche mit problematischem Drogenkonsum bzw. Suchtproblemen

- Für Jugendliche unter 18 Jahren wird die ambulante Psychotherapie im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes angeboten. In Zusammenarbeit mit den Fachdiensten (Kinder- und Jugendpsychiatrie) und den Jugendämtern wird der Therapieplan abgestimmt. Eltern werden in Beratungsgesprächen oder familientherapeutischen Sitzungen miteinbezogen.

Cannabis- und Partydrogenabhängige Erwachsene

- Bei erwachsenen Klienten (18 bis über 40 Jährige) wird die ambulante Therapie im Rahmen der Suchtrehabilitation durchgeführt. Die Kosten werden von den Rentenversicherungsträgern oder Krankenkassen übernommen. Die Behandlungsdauer umfasst 12-18 Monate und wird in einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt.

Sekundärprävention

- Im Rahmen der Suchtprävention ist der *Therapieladen* primär in der Qualifizierung von Multiplikatoren tätig. Mit Seminaren und Fortbildungsangeboten werden Mitarbeiter aus der Jugendhilfe, Schule und dem Gesundheitswesen für den Umgang mit dem Drogenkonsum Jugendlicher sensibilisiert und geschult. Im weiteren beteiligt sich die Einrichtung an überregionalen Suchtpräventionsprojekten und bietet mit eigenem Präventionsmaterial **Konzepte für die Sekundärprävention**. Die entwickelten Präventionsbroschüren für jugendliche Konsumenten: **Cannabis denn Sünde sein und Drogen und Du** finden starke Nachfrage im gesamten Bundesgebiet. Seit Oktober 2001 gibt es die im Rahmen eines EU-Projektes entwickelte webpage www.drogen-und-du.de. Auf dieser Internetseite können sich Jugendliche über Drogen sachkundig machen und mehr über ihr eigenes persönliches Risikopotential erfahren.

Erfahrungen aus dem Projekt

In der Prävention

Die praktische Erfahrung aus unserer präventiven Arbeit zeigt, dass in der Risikodebatte um die Droge Cannabis der Balanceakt einer differenzierten Einschätzung möglicher Risiken des Konsums eine besondere Herausforderung ist. Nach wie vor werden praktische Erfahrungen oder wissenschaftliche Erkenntnisse für die Beweise der Harmlosigkeit oder auch der Gefährlichkeit von Cannabis herangezogen. Eine Risikoeinschätzung, die sich jedoch nur auf den Stoff konzentriert geht grundsätzlich in die falsche Richtung und ist wenig hilfreich für den konkreten Umgang mit dem individuellen Konsum Jugendlicher. Ein Hauptziel unserer Präventionsarbeit ist deshalb - unter dem Motto „**Check Dein Risiko**“ - zu einer differenzierten Einschätzung von individuellen Risiken des Konsums beizutragen. Die große Nachfrage und der Erfolg unserer Broschüren **Cannabis denn Sünde sein** und **Drogen und Du** hat uns darin bestätigt, dass der Blick auf den persönlichen Umgang mit Drogen und die Möglichkeit mit Hilfe von Tests persönliche Risikomerkmale zu erkennen, auf Akzeptanz und Glaubwürdigkeit stoßen.

In der ambulanten Therapie mit Jugendlichen

Seit Jahren war die Tendenz zu beobachten, dass Jugendliche in der Drogenhilfe kaum betreut wurden und insbesondere die neue „Partydrogengeneration“ von den Angeboten der klassischen Drogenhilfe wenig erreicht wurden. Obwohl wir im Therapieladen speziell mit dieser Zielgruppe arbeiten, konnten wir aus finanziellen Gründen nur in wenigen Fällen Jugendliche unter 18 Jahren längerfristig therapeutisch behandeln. Seit dem Jahr 2000 haben wir deshalb mit dem Landesjugendamt Berlin eine Vertragsvereinbarung für ein spezielles ambulantes Therapieangebot für drogenkonsumierende Jugendliche, welches auf der gesetzlichen Grundlage des Kinder- und Jugendhilfegesetz angeboten und durchgeführt wird.

Die bisherigen Erfahrungen in diesem Bereich zeigen:

- Es gibt einen großen Handlungsbedarf nach spezifischer Frühintervention für jugendliche Drogenkonsumenten und deren Bezugspersonen.
- Aufgrund der komplexen Problemkonstellationen jugendlicher Drogenkonsumenten ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Hilfsangeboten (sozialpädagogische Hilfe, jugendpsychiatrische Hilfe, psychotherapeutische Hilfe) erforderlich und weiter auszubauen
- Die Behandlung des Drogenmissbrauchs im Jugendalter erfordert einen individuell abgestimmten flexiblen Umgang mit therapeutischen Zielen (z.B. Abstinenzanforderungen)

Kontakt:

Therapieladen e.V.

Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter.

Potsdamer Str. 131

10783 Berlin

tel: 030 21751741, fax 030-21751742

e-mail: info@therapieladen.de,

www.therapieladen.de , www.drogen-und-du.de

1.5 Maßnahmen zur Reduzierung alkohol- und drogenbedingter Verkehrsunfälle

1.5.1 Alkohol am Steuer

Durch eine am 1. April 2001 in Kraft getretene Änderung des Straßenverkehrsgesetzes werden die Rechtsfolgen der bisherigen 0,8-Promillegrenze bereits ab 0,5 Promille angewendet. Verstöße gegen die 0,5-Promillegrenze werden damit in aller Regel mit einer Geldbuße von 250 € beim erstmaligen Verstoß und einem Monat Fahrverbot geahndet, im Wiederholungsfall mit einer Geldbuße von 500 € und drei Monaten Fahrverbot. Im Rahmen des Punktsystems werden die Verstöße jeweils mit vier Punkten bewertet und im Verkehrszentralregister eingetragen.

Die Gesetzesänderung war erforderlich, um der Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkoholeinfluss durch eine angemessene Geldbuße und die Verhängung eines Fahrverbots Rechnung zu tragen. Das bisherige Nebeneinander der 0,5- und 0,8-Promillegrenze wurde beseitigt und für den Bürger eine verständlichere Regelung eingeführt. Von dieser Neuregelung wird ein deutliches Signal ausgehen, das dem Kraftfahrer die Bedeutung und Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkoholeinfluss klar vor Augen führt.

1.5.2 Drogen und Arzneimittel am Steuer

Das Führen von Kraftfahrzeugen unter dem Einfluss von Drogen wird seit dem 1. August 1998 als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße und Fahrverbot geahndet. Damit wurde ein wichtiger Auffangtatbestand zu den bestehenden strafrechtlichen Bestimmungen geschaffen, der unabhängig von der Feststellung der Fahruntüchtigkeit anwendbar ist. Die Liste der verbotenen berauschenden Mittel wird nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen fortgeschrieben. Durch ein Forschungsprojekt der Bundesanstalt für Straßenwesen werden die Auswirkungen der zum 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Regelung der Fahrerlaubnis-Verordnung hinsichtlich der Klärung von Eignungszweifeln bei Betäubungsmitteln und Arzneimitteln untersucht, um einen Überblick über die Anzahl der Eignungsüberprüfungen wegen Fahrens unter Drogeneinfluss, wegen Drogenbesitzes und die Anzahl der daraus resultierenden Fahrerlaubnisentziehungen zu erhalten.

Außerdem wurden in den letzten Jahren von der Bundesanstalt für Straßenwesen zu der Problematik „Drogen und Arzneimittel“ weitere Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen durchgeführt bzw. begonnen

(z. B. Schulungsprogramm für Polizeibeamte zur „Drogenerkennung im Straßenverkehr“, Nachweis verkehrsrelevanter Beeinträchtigungen durch Drogen, Fahruntüchtigkeit durch Cannabis, Amphetamine und Kokain (Literaturanalyse), Methadonsubstitution und Verkehrssicherheit, opiathaltige Schmerzmittel und Verkehrssicherheit).

1.6 Soziale und ökonomische Rahmenbedingungen für die Suchtprävention

Die Förderung individueller Lebenskompetenzen ist zwar eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen befähigt werden, mit gesundheitlichen und sozialen Risiken kompetent umzugehen und somit auch Schutzfaktoren gegen eine Suchterkrankung zu entwickeln. Andererseits ist aber auch klar, dass die sozialen Bedingungen, unter denen Menschen aufwachsen und ihr unmittelbares Wohnumfeld einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen haben. Arbeitslosigkeit, fehlende berufliche und schulische Abschlüsse und ein niedriges Einkommen, z.B. bei Alleinerziehenden, fördern die Möglichkeiten einer Suchtentwicklung. Die soziodemographischen Daten aus dem Suchthilfesystem belegen, dass unter Suchtkranken die soziale Chancengleichheit überproportional vermindert ist.

Die im folgenden dargestellten Programme der Bundesregierung zielen darauf ab, die sozialen Chancen der Betroffenen zu verbessern.

Auch die Empfehlungen der "Kinder- und Jugendkommission" verweisen auf die sozialen Ursachen einer verschlechterten Chancengleichheit für einen Teil von Jugendlichen. Die Bundesregierung wird diese Empfehlungen in ihre Überlegungen aufnehmen, um suchtpreventive Strukturen zu fördern.

1.6.1 Suchtkranke weisen eine erhebliche "Armutspopulation" auf

Die soziodemographischen Daten, die aus dem Hilfesystem für Sucht- und Drogenkranke bekannt sind, zeigen, dass Suchtkranke eine erhebliche "Armutspopulation" aufweisen: Unter ihnen gibt es einen überproportionalen Anteil an Beschäftigungslosen und Sozialhilfeempfängern, des weiteren sind viele verschuldet und nicht wenige leiden an zusätzlichen chronischen Erkrankungen. 28% der alkoholkranken Männer, die sich 2000⁸ in einer *ambulanten Behandlung* befanden, waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend. 1997 waren

⁸ Welsch (2001): Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland; Zeitschrift SUCHT, Sonderheft 3

17% ohne oder mit abgebrochener Ausbildung, 61% ohne oder nur mit einem Hauptschulabschluss⁹.

Bei den alkoholabhängigen Frauen in *ambulanter Behandlung* waren im Jahr 2000 42% arbeitslos bzw. arbeitssuchend. 1997 waren 24% ohne oder mit abgebrochener Ausbildung, 54% ohne oder nur mit einem Hauptschulabschluss¹⁰.

In den *stationären Behandlungseinrichtungen* (Fachkliniken) war die Situation noch schlechter. Im Jahr 2000 waren 55% der männlichen und 63% der weiblichen Klienten arbeitslos¹¹. 10,1% der Männer und 15,2% der Frauen bezogen Sozialhilfe¹². In der vergleichbaren Altersgruppe liegen diese Anteile bei 2,6 bzw. 4,1%¹³.

Noch schlechter ist die Situation in der Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholkranken. Hier liegen Daten aus dem Bundesmodellprogramm "Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit"¹⁴ vor, die dies deutlich machen:

Die Arbeitslosigkeit liegt bei 50% in der Gruppe der Alkoholkranken, über 10,9% sind obdach- bzw. wohnungslos; 45% leiden an einer Lebererkrankung, über 25% an einer Magen- und Darmerkrankung und 40% weisen Persönlichkeitsstörungen auf.

In der Gruppe der Drogenabhängigen sind all diese Faktoren noch zugespitzter, zumal diese Gruppe auch von der Altersstruktur her deutlich jünger ist als die Gruppe der Alkoholkranken.

48% der drogenabhängigen Männer, die sich 2000 in einer *ambulantem Behandlung* befanden, waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend. 1997 waren 55% ohne oder mit abgebrochener Ausbildung und 76% ohne oder nur mit Hauptschulabschluss.

Bei den drogenabhängigen Frauen in *ambulanter Behandlung* waren im Jahr 2000 68% arbeitslos bzw. arbeitssuchend. 1997 waren 62% ohne oder mit abgebrochener Ausbildung und 60% ohne oder nur mit Hauptschulabschluss.

In den *stationären Behandlungseinrichtungen* (Fachkliniken) war die Situation noch gravierender. 1998 waren 73,8% der drogenabhängigen Klienten arbeitslos oder arbeitssuchend. 20,3% der Männer und 39,8% der Frauen bezogen Sozialhilfe. In der vergleichbaren Altersgruppe liegt dieser Anteil bei 3,2 bzw. 6,0%.

⁹ Einrichtungsbezogenes Informationssystem (EBIS); hier in: Jahrbuch Sucht 2000; Geesthacht 1999; S.155

¹⁰ ebenda

¹¹ Welsch (2001): Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland; Zeitschrift SUCHT, Sonderheft 3

¹² Jahresstatistik 1998 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Stationäres einrichtungsbezogenes Dokumentationssystem SEDOS); Sonderheft 2 der Zeitschrift SUCHT vom Oktober 1999; Geesthacht

¹³ Statistisches Jahrbuch 1999

¹⁴ Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit; Bericht der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS), Köln 2000

Eine problematische Verschuldung weisen rund 30% der Alkoholkranken und 43% der Drogenabhängigen auf. In der stationären Nachsorge haben 25% eine Verschuldung bis zu 100.000 DM und 5% über 100.000 DM.

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 der Alkoholiker- und Drogenszene).

20% der weiblichen und 37% der männlichen Alkoholkranken sind ledig (in der Allgemeinbevölkerung sind es in dieser Altersgruppe etwa 8% der Frauen und 15% der Männer); 26% der Frauen und 34% der Männer leben allein. Bei den Drogenabhängigen sind sogar 70% der Frauen und 82% der Männer ledig (in der Allgemeinbevölkerung sind es in dieser Altersgruppe etwa 34% der Frauen und 50% der Männer), und 22% der Frauen und 31% der Männer leben allein.

Allein mit Kind(ern) leben rund 10% der Suchtkranken.

1.6.2 Die soziale Stadt – ein neuer Ansatz in der Städtebaupolitik fördert auch Suchtprävention

Das 1999 aufgelegte Programm „*Die soziale Stadt*“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (BMVWB) hat das Ziel, Stadtteile, in denen sich soziale, wirtschaftliche und städtebauliche Probleme verschärfen, aus ihrer Abseitsstellung herauszubringen und zu stabilisieren, die beteiligten Ressorts und Ressourcen zu bündeln, wie z.B. Ausbildungs- und Beschäftigungsförderung, Qualifizierung von Jugendlichen, Verbesserung der sozialen Infrastruktur oder Maßnahmen im Bereich der Familien- und Jugendpolitik.

Der Bund hat 1999 erstmalig 100 Mio. DM für besonders entwicklungsbedürftige Stadtteile bereitgestellt. Zusammen mit ergänzenden Mitteln der Länder und Gemeinden erreicht das Programm ein Finanzvolumen von 300 Mio. DM. Im Jahr 2001 wurden die Bundesmittel auf 150 Mio. DM aufgestockt. Insgesamt fördert der Bund seit 1999 249 Maßnahmen in 184 Gemeinden.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt über das „Deutsche Institut für Urbanistik“ (difu) in Berlin.

Im Mittelpunkt des Förderprogramms steht die Aktivierung der Bewohner und lokaler Akteure, sich für die nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation in ihrem Gebiet einzusetzen. Eine soziale Abwärtsbewegung in gefährdeten Stadtteilen einzudämmen sowie

einer Verwahrlosung unserer Städte entgegenzutreten erfordert allerdings mehr als die Bereitstellung von Finanzierungsmitteln. Die nachhaltige Entwicklung attraktiver Stadtteile setzt als komplexe Aufgabe der Städte- und Wohnungsbaupolitik einen ständigen Dialog mit den betroffenen Bewohnern voraus. Folgende Erwartungen werden an das Programm gestellt:

- Ökologische Impulse durch ökologisches Planen, Bauen und Wohnen;
- Partizipatorische Impulse durch Entwicklung und Nutzung der Initiativen der Bewohner zur attraktiven Quartiersgestaltung;
- Beschäftigungsimpulse durch Stärkung der lokalen Wirtschaft, Schaffung und Sicherung örtlicher Arbeitsplätze sowie Qualifizierung von Arbeitssuchenden;
- Politische Impulse durch den integrativen Einsatz verschiedener Politikfelder (Vernetzung von Wohnungsbau, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftsförderung, sowie Jugend- und Sozialpolitik).

Dabei geht es um die Aktivierung von Eigeninitiative, von Selbsthilfepotenzialen, die Entwicklung eines gemeinsamen Bewusstseins und die Festigung nachbarschaftlicher Netzwerke.

Damit ist das Programm „Die soziale Stadt“ (*weitere Infos unter: www.sozialestadt.de*) nicht nur ein innovatives städtebauliches Investitionsprogramm, sondern auch ein zukunftsweisendes integratives Förderkonzept zur Stabilisierung sozialer Brennpunkte.

1.6.3 Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E & C Programm)

Vernetzung ist auch das Stichwort beim Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E & C Programm)“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Eine Vielzahl von jugendpolitischen Maßnahmen und Strukturen werden hierbei zu einem Gesamtpaket zusammengefasst, um so Lücken im Angebotsnetz zu schließen. Es geht darum, die sozialräumlichen Perspektiven stärker in den Blick zu nehmen und im ganzheitlichen Hilfeansatz von Jugendhilfe, Schule, Arbeitsverwaltung, Stadtplanung, der Sozial-, Gesundheits- und Kulturpolitik zu entwickeln. Das Programm bezieht sich – wie das Programm „Soziale Stadt“ – auf städtische Quartiere, aber auch strukturschwache ländliche Räume, die durch die Anhäufung sozialer Probleme davon bedroht sind, in das soziale Abseits zu geraten. Denn in sozialen Brennpunkten häufen sich Armut und soziale Ausgrenzung. Diese Quartiere verfügen häufig über eine schlechtere soziale Infrastruktur. Ethnische Konflikte, vor allem in den Schulen, Spuren von

Verwahrlosung, wachsender Alkoholismus, Müll und Vandalismus, Delinquenz und Kriminalität sind sichtbare Ausdrücke der mit der starken Benachteiligung einhergehenden Bedrohung des öffentlichen Raumes.

In Abstimmung zwischen Bund und Ländern sind 260 innerstädtische Quartiere ermittelt worden, in denen ein besonderer städtebaulicher Erneuerungsbedarf festgestellt wurde. Beabsichtigt ist, kommunale Aktionsprogramme in folgenden Bereichen anzuregen:

- Soziale und ethnische Integration, das Zusammenleben in der Nachbarschaft;
- Öffentlicher Raum und Sicherheit;
- Wohnen und Wohnumfeld;
- Soziale Infrastruktur, Schule und Ausbildung, Kinder- und Jugendhilfe, Förderung und Unterstützung der Familien;
- Arbeitsmarktpolitik und Wirtschaftsförderung;
- Gesundheitsförderung, besondere soziale Lebenslagen;
- Neuorganisation und Vernetzung kommunaler Steuerungsinstrumente;
- Gebietsbezogener gebündelter Ressourceneinsatz.

Planungen in den Bereichen von Jugendhilfe, Schule und Ausbildung und der Stadtentwicklung müssen koordiniert werden, um Synergieeffekte zu erreichen. Soziale Probleme sind nicht auf einzelne Zuständigkeiten zu verteilen, sondern es sind integrierte Konzepte zur nachhaltigen Verbesserung der Situation in sozialen Brennpunkten notwendig. Deshalb sollen mit dem Programm „E & C“ auch Modelle entwickelt werden, die die soziale, berufliche und gesellschaftliche Integration junger Menschen in diesen Sozialräumen fördert, u.a. mit folgenden Programmschwerpunkten:

- Wettbewerb „Fit für Leben und Arbeit/neue Praxismodelle zur beruflichen und sozialen Integration von Jugendlichen“;
- Vernetzung im Stadtteil und Stadtteilmanagement;
- Ressourcenorientierung – Gezielte Einbeziehung von sozial benachteiligten Jugendlichen in Sport, Kultur und Politik;
- Anlaufstellen und Interessenvertretungen für Migrantinnen und Migranten;
- Förderung von ehrenamtlichem Engagement in strukturschwachen ländlichen Gebieten.

Es werden u.a. an 43 Standorten besonders benachteiligten Jugendlichen in Abstimmung mit der Arbeitsverwaltung die nötigen sozialen und beruflichen Schlüsselqualifikationen vermittelt. Über 1.000 Jugendliche wurden im Rahmen eines „freiwilligen Sozialen

Trainingsjahres“ von lokalen Qualifizierungsbüros betreut. Davon sind 34,4% beruflich integriert worden. 52,1% sind als sozial integriert zu bezeichnen und lediglich 13,4% blieben danach arbeitslos.

Außerdem werden in 12 sozialen Brennpunkten modellhafte Einrichtungen der Jugendsozialarbeit, überwiegend Jugendgemeinschaftswerke, zu zentralen Anlaufstellen für Aussiedler und nichtdeutsche Jugendliche, die auf Integrationshilfen angewiesen sind, weiterentwickelt.

Es sollen zur Modellentwicklung ausdrücklich Akteure auf Bundes- und Landesebene wie auf der Ebene der Gebietskörperschaften aktiv an der Herausbildung von fachlichen Standards, der Frage der Qualitätsentwicklung, der Entwicklung von Steuerungsinstrumenten wie eines integrierten Ressourceneinsatzes beteiligt werden.

(Nähere Infos über: www.eundc.de).

Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Programmes wurde das „Deutsche Jugendinstitut“ (DJI) (nähere Infos über: www.dji.de) in München in enger Kooperation mit der Projektgruppe „Soziale Stadt“ beim difu in Berlin beauftragt. Über die Informationsplattform bietet sich die Chance, sich fach- und trägerübergreifend zu informieren und abzustimmen und in einem Forum die eigenen Erfahrungen vorzustellen und in das Gesamtverfahren einzubringen.

S.C.H.I.R.M.

heißt: Straßenkinder im Kommunikations-Haus mit Integrations- und Resozialisierungs-Möglichkeiten. Es ist ein Streetworkprojekt mit Anlaufstelle und Notübernachtung für Straßenkinder.

Das S.C.H.I.R.M.-Projekt besteht seit August 1991. Träger ist der gemeinnützige Verein S.C.H.I.R.M.-Projekt e.V. Er ist seit 1995 anerkannter Träger der freien Jugendhilfe und Mitglied im Landesverband des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) Sachsen-Anhalt e.V.

Seit 10 Jahren sind wir für Straßenkinder tätig. Die Stadt Halle/S. und das Land Sachsen-Anhalt fördern die Arbeit mit finanziellen Zuwendungen.

Unsere Einrichtung befindet sich in der Nähe des Hauptbahnhofs. Wir sind Anlaufstelle für Kinder, Jugendliche und junge Heranwachsende. Für die meisten treffen die gängigen Vorstellungen von einem Zuhause oder einem normalen Tagesablauf nicht zu. Die jungen Leute schlagen sich auf der Straße durch und sie leben „von der Hand in den Mund“. Die Ursachen hierfür sind sehr unterschiedlich und liegen oft in schlimmen Erfahrungen in der Kindheit. Im vergangenen Jahr nutzten 193 Straßenkinder im Alter zwischen 14 und 27 Jahren unsere Angebote. Zwei Drittel davon waren Jungen bzw. junge Männer, ein Drittel Mädchen bzw. Frauen.

Die Zielgruppe wird folgendermaßen beschrieben:

Straßenkinder haben,

- sich weitgehend von gesellschaftlich normierten Sozialisationsinstanzen wie Familie / Jugendhilfeeinrichtungen und Schule oder Ausbildung abgewendet,
- sich der Straße zugewandt und finden sich dort mit anderen Jugendlichen zusammen, so dass die Straße zur wesentlichen oder auch einzigen Sozialisationsinstanz und zum Lebensmittelpunkt wird,
- mit ihrem Handeln - oft in mehrfacher Hinsicht - gegen gesellschaftlich anerkannte und durchgesetzte „Normalzustände“ verstoßen (Drogenkonsum und -handel, Prostitution, Delinquenz, Betteln usw.).

Diese Merkmale kennzeichnen dauerhafte Verhaltensweisen und verfestigte Handlungsmuster.

In vielen Fällen wuchsen diese jungen Menschen in problematischen Familienverhältnissen auf. Gescheiterte Heim- und Psychiatrieaufenthalte und fehlgeschlagene Versuche der Reintegration in Jugendhilfeeinrichtungen stigmatisieren diese jungen Menschen zu schwererziehbaren Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In der Regel sind sie über das traditionelle

Jugendhilfesystem nicht mehr erreichbar. Sie ziehen sich in subkulturelle Lebenswelten zurück. Für die Klientel wird die Straße zum existenziellen Lebensraum sowie zu ihrem Zuhause.
 Problemlagen sind: Familiäre Konflikte, Obdachlosigkeit, fehlende Ausbildung, Delinquenz und Prostitution. Insbesondere durch den Konsum sowie durch die Bedingungen des Konsums von illegalen Drogen (fehlende Hygiene, mehrfache Verwendung von Spritzen, Mangelernährung, Wohnungslosigkeit etc.) gehen die Straßenkinder höchste gesundheitliche Risiken ein.

Was tun wir?

Die Einrichtung bietet niedrigschwellige und lebensweltorientierte Hilfen, die schadens- und risikominimierende Wirkung haben. Grundsatz der Arbeit ist die Akzeptanz der Lebensweise der Klientel sowie die individuelle Beziehungsarbeit.

Die jungen Leute kommen in unser Haus oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter suchen sie an ihrem Aufenthaltsorten in der Stadt Halle auf (Streetwork).

Zur Zeit gibt es für das Haus folgende Öffnungszeiten: Montag bis Freitag 10.00 Uhr bis 14.00 Uhr und 17.00 Uhr bis 20.00 Uhr.

Während der Öffnungszeiten der Anlaufstelle sind mindestens zwei Mitarbeiter/-innen anwesend

In unseren Räumen können sich die Jugendlichen satt essen und mit einer Tasse Kaffee aufwärmen, duschen, die Wäsche wechseln oder reinigen und einen Schlafplatz organisieren.

Die Beratungsgespräche mit den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern helfen Probleme zu lösen und vermitteln in weitere Hilfsangebote.

Die medizinische Sprechstunde bietet konkrete Hilfe der Gesundheitsvorsorge an.

Weiterhin gibt es im Hause einen Krafraum. Das Sportprojekt dient dem Aggressionsabbau, dem Anti-Aggressionstraining, der physischen und psychischen Stabilisierung und der Erhöhung der Belastungsfähigkeit.

Es erfolgt ein zielgruppenorientiertes Training durch einen ausgebildeten Trainer in der Zeit von Montag bis Freitag von 10.00 - 18.00 Uhr im Krafraum oder den Außenanlagen.

Zudem besteht in Krisensituationen die Möglichkeit der Notübernachtung für maximal vier Personen.

Die Streetwork findet überwiegend in der Zeit von 15.00 – 21.00 Uhr statt.

In der Regel suchen jeweils zwei Sozialarbeiter/ -innen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihrem Lebensumfeld auf und sind durch die gelbe charakteristische Dienstkleidung erkennbar.

Streetwork versucht junge Menschen zu erreichen, die aufgrund von Schwellenängsten, Misstrauen oder Unvermögen von keiner anderen Form der Sozialarbeit (mehr) erreicht werden können. Dies trifft insbesondere auf die Zielgruppe der Straßenkinder zu.

Kontakt:

S.C.H.I.R.M.-Projekt e.V.

Herrn Siegert

Rudolf-Ernst-Weise-Str.8

06112 Halle/Saale

1.7 Empfehlungen der „Sachverständigenkommission: Elfter Kinder- und Jugendbericht“ für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen

Der Kommission geht es um das Verständnis für eine öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen und um die Gestaltung einer *sozialen Infrastruktur* hierfür. Sie stellt u.a. fest, dass die Kinder- und Jugendhilfe einen Beitrag für die *Schaffung positiver Lebensbedingungen* für Kinder, Jugendliche und ihre Familien leistet. Die öffentlichen Ausgaben dafür haben sich von rund 14 Mrd. € im Jahr 1992 auf 18 Mrd. € in 1999 entwickelt, von denen die Kommunen 60% tragen.

Die Kinder- und Jugendhilfe orientiert sich dabei an fachliche Standards, die auch für die Suchtprävention gelten:

- *Lebensweltorientierung* als Hinwendung zu den Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen und den Sichtweisen und Deutungsmustern der Adressaten;
- *Dienstleistungsorientierung* statt hoheitlich-eingreifender Fürsorge;
- *Professionalität* und fachliches Handeln auf wissenschaftlicher Grundlage.

Die Kommission bemängelt aber die fehlende regelmäßige *Evaluation* aller Handlungsfelder, um die Effizienz der Maßnahmen zu überprüfen.

Die Kommission stellt die zunehmende *Selbstsozialisation von Jugendlichen in informellen Netzen* fest. Dies ist ein Umstand, der für Maßnahmen der (sekundären) Suchtprävention, die erfolgreich sein und Jugendliche überhaupt erreichen soll, von großer Bedeutung ist. Weiterhin weist die Kommission auf die wachsende Bedeutung von Jugendlichen als Konsumentengruppe hin, deren Kaufkraft auf über 9 Mrd. € geschätzt wird. Die Kehrseite dieser Situation ist die zunehmende *Verschuldung* von Jugendlichen.

Die Kommission verweist auf die Bedeutung *neuer Medienformate*, wie vor allem auf das Fernsehen und das Internet hin, die Jugendliche früh mit den Problemen der Erwachsenen konfrontiert, wobei die an sich begrüßenswerten Ansätze der Selbstkontrolle in diesen Medien den Jugendschutz dennoch vor neue Herausforderung stellt.

Die Kommission verweist auf den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Gesundheit als „*Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens*“ definiert. Es zeige sich, dass dieses Wohlbefinden in vielerlei Hinsicht eingeschränkt sei, insbesondere durch chronische Krankheiten, Behinderung, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch *sowie durch den Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum*.

Die Kommission hält diese Einschränkungen für *weitgehend sozial bedingt*. Weiterhin plädiert die Kommission dafür, stärker die eigenen Ressourcen von Jugendlichen zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu fördern. „*Familien in sozial benachteiligten Lagen brauchen hierfür gezielte Unterstützung. Bildungseinrichtungen, allen voran die Schule, müssen sich ändern und zu gesundheitsfördernden Einrichtungen werden. Die Förderung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen muss in dem Sinne eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe werden, dass sie Prävention verstärkt, gesundheitsbewusste Lebensweisen fördert und die Nutzung individueller und kollektiver Ressourcen unterstützt*“, so die Kommission¹⁵.

¹⁵ Nähere Informationen unter: Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht 2002 unter: www.bmfsfj.de

2 Gesundheitliche Folgen des Konsums von Suchtmitteln

Es gibt vielfache gesundheitliche Folgeschäden einer Suchterkrankung. In diesem Kapitel wird im wesentlichen auf die Folgeschäden des Rauchens bei Frauen, auf die Folgen des Alkoholkonsums und des Mischkonsums von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen und auf die Gefahren von Infektionskrankheiten insbesondere unter Drogenabhängigen aufmerksam gemacht.

Dies geschieht,

- weil die Gruppe der rauchenden Frauen in den letzten Jahren angestiegen ist,
- weil die Risiken des Alkoholkonsums - auch wenn er nicht exzessiv stattfindet - oft unterschätzt werden,
- weil zudem der Mischkonsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen (Cannabis und Ecstasy) unter Jugendlichen zunimmt und
- weil die Gefahren einer HIV-, aber vor allem einer Hepatitisinfektion unter Drogenabhängigen unterschätzt wird.

2.1 Frauen und Rauchen: Lungenkrebs nimmt zu

Die Europäische Woche der Krebsbekämpfung im Rahmen des EU-Programms „Europa gegen den Krebs“ wurde vom 8. - 14. Oktober 2001 in allen EU-Mitgliedstaaten unter dem Motto „Frauen und Rauchen“ begangen.

Der Anteil rauchender Frauen wächst. Dieser, seit längerer Zeit zu beobachtende Trend, schlägt sich nun leider auch in steigenden Erkrankungszahlen nieder - gerade auch was den Lungenkrebs betrifft. Eines der besten Mittel gegen den Krebs ist die Prävention. Auch wenn nicht jede Krebsart durch Vorbeugung verhindert werden kann, ist unbestreitbar, dass die meisten Lungenkrebsfälle auf das Rauchen zurückzuführen sind - also durch eigenverantwortliches Handeln vermeidbar wären. Bei Männern steht der Lungenkrebs seit Jahren an oberster Stelle, und Frauen holen immer mehr auf.

Während noch 1990 die Zahl der Neuerkrankungen an Lungenkrebs bei Frauen auf weniger als 7.000 Fälle vom Robert Koch-Institut geschätzt wurde, musste für das Jahr 1998 bereits

von ca. 9.000 Fällen ausgegangen werden. Der mittlere jährliche Zuwachs beträgt 3,5% und ist mit 6,3% in der Altersgruppe der 45 - 60jährigen Frauen besonders stark. Da die Überlebenschancen bei Lungenkrebs gering sind, entsprechen die Erkrankungsfälle leider den Todesfällen: Im Jahr 1998 starben ca. 9.000 Frauen an dieser hauptsächlich auf das Rauchen zurückzuführenden Erkrankung. Damit liegt Lungenkrebs hinter Brustkrebs und Darmkrebs an dritter Stelle der Krebstodesursachen bei Frauen.

Als alarmierend muss angesehen werden, dass die Zahl der Raucherinnen, insbesondere auch in den neuen Bundesländern, nach wie vor zunimmt, also der Trend zu immer mehr Lungenkrebsfällen in der weiblichen Bevölkerung weiter anhalten wird: Die in den Jahren 1990/92 und 1998 vom Robert Koch Institut durchgeführten Gesundheitssurveys ergaben einen Anstieg der Zigarettenraucherinnen in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren in Ostdeutschland von 33,7% auf 43,8%, in der Altersgruppe von 40 bis unter 50 Jahren sogar um fast das Doppelte von 14,3% auf 27%.

Nach einer im Jahre 2000/2001 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten repräsentativen Umfrage in der Bevölkerung im Alter zwischen 18 - 59 Jahren liegt der Anteil rauchender Frauen in Ost- und Westdeutschland zusammen bei knapp 30%. Besonders besorgniserregend ist dabei der hohe Anteil junger Frauen unter den Raucherinnen. In der Altersgruppe der 18- 24jährigen liegt er nur etwas unter dem Anteil männlicher Raucher. Dieses Ergebnis bestätigt auch die entsprechenden Daten des Gesundheitssurveys von 1998.

Den Trend zur Geschlechterangleichung beim Rauchverhalten belegt auch die Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Jugendliche und junge Erwachsene in der Altersgruppe zwischen 12 - 25 Jahren untersucht hat. In der jüngsten Untersuchungsgruppe, den 12 - 17jährigen, übersteigt der Anteil rauchender Mädchen sogar den Anteil rauchender Jungen.

Die vorliegenden Daten belegen einen erheblichen Bedarf für verstärkte Anstrengungen bei der Prävention und Ausstiegshilfen. Bei den Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung des Nichtrauchens sind Mädchen und junge Frauen eine ganz besonders wichtige Zielgruppe.

Die BZgA und die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) haben folgende

Projekte speziell für die Zielgruppe Frauen entwickelt.

- Die Broschüre „Die Luft anhalten oder warum rauchen Frauen?“ ist eine Broschüre der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, die sich mit Informationen über Motive zum Rauchen, die gesundheitlichen Gefahren, aber auch über Ausstiegshilfen an Frauen und Mädchen richtet.
- Kampagne „Rauchfrei - für mein Baby“ zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft mit folgenden Publikationen:
 - Ein Beratungs-Leitfaden „rauchfrei in der Schwangerschaft für Frauenärzte“, den Ärzte in der Schwangerenberatung zur Förderung des Nichtrauchens nutzen können.
 - Ich bekomme ein Baby - rauchfrei“ ist eine Broschüre für Schwangere und deren Partner.
 - Das Baby ist da - rauchfrei“ ist eine Broschüre für junge Eltern zur Festigung des Entschlusses zum Nichtrauchen.

In Vorbereitung befinden sich Ausstiegshilfen für jugendliche Raucherinnen und Raucher, hierbei werden spezielle Ausstiegshilfen für junge Raucherinnen dargestellt.¹⁶

Daten und Fakten zum Tabakkonsum in Deutschland

Quelle: Jahrbuch Sucht 2002

Tabakverbrauch je Einwohner:

	1998	1999	2000
Zigaretten	1687 Stück	1770 Stück	1699 Stück
Zigarren und Zigarillos	24 Stück	28 Stück	31 Stück
Feinschnitt	180 g	171 g	178 g
Pfeifentabak	12 g	12 g	11 g

Ausgaben für Tabakwaren:

1998	1999	2000
38,9 Mrd. DM	41,2 Mrd. DM	40,6 Mrd. DM

Einnahmen aus Tabaksteuern: 2000: 22,4 Mrd. DM

Der Steueranteil am Einzelhandelspreis von Zigaretten beträgt in Deutschland 69,4%

Werbeausgaben:

	1997	1999	2000
In Sponsoring, Außenwerbung, Kino, Zeitungen, Zeitschriften, Radio & Fernsehen	682 Mio DM	615 Mio DM	

Weitere Daten:

- 2000 wurden in Deutschland knapp 140 Mrd. Zigaretten geraucht, 1999 lag der Verbrauch bei 145 Mrd. Zigaretten
- Allein die 15-24-jährigen Raucher und Raucherinnen gaben 2000 rund 4 Mrd. DM für Tabakwaren aus
- Unter Einbeziehung der Säuglinge und Kleinkinder sind 76,5 % der Bevölkerung Nichtraucher, 71,4% der männlichen und 81,45 der weiblichen Bevölkerung

¹⁶ Diese und weitere Materialien zum Rauchen sind zu beziehen über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimerstr. 200, 51109 Köln oder auch im internet www.bzga.de. Weitere Informationen zu Trends und Kennziffern für Krebskrankheiten sind zu finden unter www.rki.de/KREBS

- Der Anteil der Raucher beträgt 39% bei den Männern und 31% bei den Frauen
- Hochgerechnet auf die Bevölkerung (18-59 Jahre) sind dies 16,7 Mio Raucher (9,5 Mio Männer und 7,2 Mio Frauen), von denen 5,8 Mio (35%) starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sind. Die meisten Raucher finden sich in der Altersgruppe der 18-20-Jährigen (45%)
- Jährlich ist in Deutschland mit ca. 100.000 tabakbedingten Todesfällen zu rechnen, davon entfallen auf:

Krebs:	43.000
Kreislaufkrankungen:	37.000
Atemwegserkrankungen:	20.000

2.2 Alkoholbezogene Probleme

Alkoholassoziierte Erkrankungen gehen mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Folgen¹⁷ für die Betroffenen und ihre Familien und für die gesamte Gesellschaft einher. Es gibt mindestens 1,6 Mio. behandlungsbedürftige Alkoholranke in Deutschland. Insgesamt konsumieren rund 9 Mio. Menschen Alkohol in riskanter Weise, d.h. über der Menge, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als schädlich definiert. Selbst der moderate Alkoholkonsum führt in 15% der Fälle zur Abhängigkeit.

Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und -konsum können zu vielfachen Organschäden führen. Die häufigsten Diagnosen bei Alkoholabhängigen sind Delirium tremens, Krampfanfälle und Kopfverletzungen, dazu kommen Leberzirrhosen, außerdem alkoholbedingte Verletzungen.

Chronischer Alkoholkonsum kann auch zu Krebserkrankungen führen (z.B. Mundhöhlen- oder Darmkrebs). Das relative Risiko einer Krebserkrankung steigt bei Alkoholkonsumenten, die auch rauchen, was in hohem Maß der Fall ist. Das Risiko einer Lebererkrankung steigt ebenfalls mit dem Konsum. Das Risiko bei Frauen ist nahezu doppelt so hoch wie das bei Männern. Chronischer Alkoholkonsum führt überdies bei einer chronischen Hepatitisinfektion zu einem beschleunigten Verlauf einer Lebererkrankung. Bei ca. 1,4 Mio. Patienten mit einer chronischen Hepatitis in Deutschland ist dies ein erhebliches gesundheitliches Problem. Die protektive Wirkung in bezug auf bestimmte Herzerkrankungen wird insbesondere bei kurzzeitiger exzessiver Alkoholaufnahme ("binge drinking") aufgehoben. Die positiven Effekte sind überdies auch durch eine ausgewogene Ernährung oder sportliche Betätigung zu erzielen. Weiterhin werden hirnorganische Schäden

¹⁷ vgl. den Übersichtsbeitrag von Singer et.al.: Alkoholassoziierte Organschäden; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 33 vom 17. August 2001; Küfner, Kraus: Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 14 vom 04. April 2002

verursacht. Bei etwa einem Drittel aller Alkoholabhängigen finden sich Zeichen von Nerven- und Gehirnschäden.

Alkohol in der Schwangerschaft ist die bedeutendste Ursachen für Schädigungen beim Embryo und beim Kleinkind. Bei rund 800.000 Geburten pro Jahr werden rund 8.000 Kinder alkoholabhängiger Frauen geboren, von denen mindestens ein Drittel entsprechende Schädigungen (Alkoholembryoopathie) aufweist.

Daten und Fakten zum Alkoholkonsum in Deutschland

Alkoholverbrauch je Einwohner:

	1998	1999	2000	Veränderung
an reinem Alkohol	10,6 Liter	10,6 Liter	10,5 Liter	- 0,9 %
Bier	127,5 Liter	127,5 Liter	125,5 Liter	
Wein	18,1 Liter	18 Liter	19 Liter	
Schaumwein	4,7 Liter	4,9 Liter	4,1 Liter	
Spirituosen	6,0 Liter	5,9 Liter	5,8 Liter	

Alkoholsteuereinnahmen: 2000: 6,79 Mrd. DM

Werbeaufwendungen für alkoholische Getränke in Mrd. DM:

	1998	1999	2000
Gesamt	1,227 Mrd.	1,085 Mrd.	1,167 Mrd.

Konsumenten, Missbraucher, Abhängige:

Altersgruppen	18-59 Jahre	18-69 Jahre
Riskanter Konsum, insges.	7,8 Mio. (16 %)	9,3 Mio.
davon missbräuchlicher Konsum	2,4 Mio. (5 %)	2,7 Mio.
davon abhängiger Konsum	1,5 Mio. (3 %)	1,6 Mio.

Mortalität:

Jährlich sterben ca. 42 000 Personen direkt oder indirekt (z.B. durch alkoholisierten Unfallverursacher) an den Folgen von Alkoholmissbrauch

Volkswirtschaftliche Kosten:

Alkoholbezogene Krankheiten pro Jahr ca. 40 Mrd. DM, davon 13,7 Mrd. DM durch alkoholbezogene Mortalität

weitere Daten:

- Ca. 1,6 Mio. Menschen sind in Deutschland akut alkoholabhängig (2,4 % der Bevölkerung), von diesen wird nur etwa jeder 10. ambulant (100 000) oder stationär (25 000) fachlich in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe behandelt
- Bei ca. 2,65 Mio. Menschen liegt ein Alkoholmissbrauch vor
- Pro Jahr werden 238 000 Straftaten unter Alkoholeinfluss begangen
- Im Straßenverkehr spielt jährlich bei 60 % der 150 000 Verurteilten Trunkenheit eine Rolle, bei 33 000 Verkehrsunfällen mit Personenschaden ist Alkohol im Spiel, etwa 1 500 Personen werden bei Verkehrsunfällen mit Alkoholeinfluss getötet (etwa 25 %)
- In Europa wird nach Angaben der WHO jeder 3. Unfalltote im Alter zwischen 18 und 35 Jahren direkt durch Alkoholeinfluss verursacht
- Arbeitsunfähigkeit und Invalidität wird wegen Alkoholerkrankungen bei ca. 92 000 Fällen pro Jahr festgestellt; zur Frühberentung kommt es bei etwa 6 500 Fällen pro Jahr
- Etwa 10 - 12 % der Bevölkerung konsumiert Alkohol in einer Größenordnung, die langfristig ein hohes Risiko gesundheitlicher und sozialer Schäden mit sich bringt
- Etwa 3 bis 5 Mio. Menschen sind als Angehörige von Alkoholabhängigen betroffen
- Etwa jeder 10. Patient in der niedergelassenen Praxis und jeder 5. Patient im Krankenhaus hat Alkohol- und/oder Drogenprobleme; diese werden in der Regel nicht als solche erkannt und behandelt

Quelle: Jahrbuch Sucht 2002 und WHO; weitere Daten im Internet unter: www.dhs.de

2.2.1 Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und riskantem Alkoholkonsum¹⁸

Das Risiko gesundheitlicher Folgen steigt mit der Menge des Nikotinkonsums. Zusätzlicher Konsum von Alkohol erhöht sowohl das gesundheitliche Risiko als auch das Risiko für soziale Folgen wie Unfälle, gewaltsame Auseinandersetzungen oder familiäre Stresssituationen etc. Mit den Daten der Repräsentativerhebung von 1997 (Kraus & Bauernfeind, 1998) wurde der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen starkem Nikotinkonsum und riskantem Alkoholkonsum besteht.

Tabelle 1 zeigt die Prävalenz riskanten Alkoholkonsums in Abhängigkeit der Menge konsumierten Nikotins. Sowohl bei Männer als auch bei Frauen zeigt sich eine klare Zunahme der Prävalenz riskanten Alkoholkonsums mit der Frequenz des Nikotinkonsums. Lediglich bei den jungen Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren scheint starker Nikotinkonsum seltener mit riskantem Alkoholkonsum einherzugehen. Auch zeigt sich bei den 30- bis 59jährigen zwischen den Nichtrauchern und den Rauchern mit geringen Mengen bis zu fünf Zigaretten pro Tag so gut wie kein Unterschied in der Prävalenz riskanten Alkoholkonsums. Erst ab einer Konsummenge von mehr als fünf Zigaretten pro Tag nehmen die Prävalenzen riskanten Alkoholkonsums zu.

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen der Stärke des Tabakkonsums und riskantem Alkoholkonsum (jeweils letzte 30 Tage) (Quelle: Kraus & Bauernfeind, 1998)

Tabakkonsum	Riskanter Alkoholkonsum ¹⁾					
	Gesamt		Männer		Frauen	
	Männer	Frauen	18-29	30-59	18-29	30-59
Nichtraucher	16,7	5,6	8,6	19,5	1,3	6,9
- 5 Zigaretten	20,0	8,5	18,7	20,6	10,3	7,4
> 5-20 Zigaretten	27,0	13,6	21,1	29,4	16,5	12,4
> 20 Zigaretten	48,9	21,4	43,7	50,2	5,2	25,4

1) >20 gr Reinalkohol pro Tag / >30 gr Reinalkohol pro Tag für Frauen / Männer

Die Ergebnisse weisen deutlich auf einen Zusammenhang zwischen Tabak- und Alkoholkonsum hin. Generell nimmt der Anteil von Alkoholkonsumenten mit einem riskanten Verhalten mit der Stärke des Rauchens zu. Bei den Männern trinkt die Hälfte und bei den Frauen etwa jede fünfte in riskanter Weise Alkohol. Für diesen Personenkreis erhöhen sich die gesundheitlichen und sozialen Schäden erheblich.

¹⁸ Kraus 2001: Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Sonderauswertungen für das Bundesministerium für Gesundheit

2.2.2 Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabak, Alkohol und Ecstasy bzw. Tabak, Alkohol und Cannabis¹⁹

Unabhängig von anderen Faktoren stellt der Konsum von illegalen Drogen wie Ecstasy und Cannabis für sich genommen ein gesundheitliches Risiko dar. Werden zusätzlich (gleichzeitig oder in zeitlicher Folge) Nikotin und/oder Alkohol konsumiert, nimmt das Risiko gesundheitlicher und/oder sozialer Folgen erheblich zu. Mit den Daten der Repräsentativerhebung 2000 (Kraus & Augustin, 2001) wurde der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum besteht.

Tabelle 2 zeigt die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy und Cannabis in Abhängigkeit von Alkohol- und Nikotinkonsum. Sowohl die Prävalenz von Ecstasy als auch die von Cannabis nimmt mit der Stärke des Alkohol- und Tabakkonsums generell zu. Lediglich der Cannabiskonsum scheint bei Personen mit geringem oder riskantem Alkoholkonsum stärker mit geringem bis mittlerem Tabakkonsum assoziiert zu sein. Starke Raucher haben hingegen eine etwas geringere Prävalenz des Cannabiskonsums.

Tabelle 2: 12-Monats Prävalenz von Ecstasy und Cannabis in Abhängigkeit des Tabak und Alkoholkonsums (jeweils letzte 30 Tage) (Quelle: Kraus & Augustin, 2001)

Tabakkonsum	Kein Alkoholkonsum		Geringer Alkoholkonsum ¹⁾		Riskanter Alkoholkonsum ²⁾	
	Ecstasy	Cannabis	Ecstasy	Cannabis	Ecstasy	Cannabis
Nichtraucher	0,2	0,8	0,1	2,1	0	4,5
- 5 Zigaretten	0	1,9	1,5	13,7	2,9	26,4
> 5-20 Zigaretten	0	5,0	1,1	10,8	4,2	25,2
> 20 Zigaretten	0	0	3,4	8,4	3,1	19,8

1) >0-20 gr Reinalkohol pro Tag / >0-30 gr Reinalkohol pro Tag für Frauen / Männer

2) >20 gr Reinalkohol pro Tag / >30 gr Reinalkohol pro Tag für Frauen / Männer

Die Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen starkem Tabakkonsum, geringer Alkoholmenge und Ecstasykonsum aber auch zwischen allen Niveaus von Tabakkonsum, riskantem Alkoholkonsum und Ecstasykonsum. Umgekehrt ist die Wahrscheinlichkeit des Ecstasykonsums für Nichtraucher unabhängig vom Alkoholkonsum äußerst gering. Cannabis wird bevorzugt von Rauchern mit riskantem Alkoholkonsumverhalten konsumiert. Naturgemäß ist für Nichtraucher die Wahrscheinlichkeit des Cannabiskonsums gering. Allerdings neigen starke Raucher seltener zum Cannabiskonsum als leichte und mittlere Raucher. Wie bereits beim Zusammenhang zwischen Tabak- und Alkoholkonsum ist hier

¹⁹ ebenda

auf den kumulativen Effekt der gesundheitlichen und psychosozialen Risiken verschiedener psychotroper Substanzen hinzuweisen.

2.3 Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen²⁰

Nadel- und Spriztentausch, das gemeinsame Benutzen von Löffeln und Filtern oder Flüssigkeiten zum Reinigen der Utensilien gelten als Haupttransmissionswege für Viren und Bakterien. Drogenabhängige mit intravenösen Applikationsformen haben deshalb ein besonders großes Risiko, an Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B oder C zu erkranken. Verschiedene Indikatoren können Hinweise auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten in der Gruppe der Drogenkonsumenten geben: Ergebnisse von Laboruntersuchungen, Daten aus dem ambulanten Behandlungssetting, Studien über inhaftierte Drogenabhängige und Obduktionen von Drogentodesfällen durch forensische Institute.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) erhebt als Bundesbehörde flächendeckend Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Hepatitisinfektionen. Das AIDS-Zentrum des Robert-Koch-Institutes veröffentlicht in regelmäßigen Abständen Daten von intravenös applizierenden (Opiat-)Konsumenten über bestätigte HIV-Antikörpertests. Nach der deutschen Laborberichtsverordnung sind alle Laboratorien seit 1987 in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym an das AIDS-Zentrum des Robert-Koch-Instituts zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter, Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Ein regelmäßiges Update der epidemiologischen Daten ist über das Internet abrufbar (www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

2.3.1 HIV und AIDS

Die Gruppe der Drogenkonsumenten ist, nach der Gruppe der Homosexuellen, die zahlenmäßig zweitgrößte Risikogruppe für HIV-Infektionen und AIDS. Die Anzahl der AIDS-Fälle variiert in den einzelnen Bundesländern beträchtlich. Während in den neuen

²⁰ Dieser Teil des Drogen- und Suchtberichtes ist dem "Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001" der Deutschen Referenzstelle für die europäische Drogenbeobachtungsstelle (DBDD) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom 01.12.2001 entnommen.

Bundesländern immer noch wenige Menschen an AIDS erkrankt sind, ist deren Zahl in den Stadtstaaten Berlin (1.461 Fälle) und Hamburg (971 Fälle) am höchsten. Nach Angaben des Aidszentrums im Robert-Koch-Institut (www.hiv.rki.de) beträgt Ende des Jahres 2000 der Anteil der i.v. Drogenabhängigen an der Zahl der neu gemeldeten Aids-Fälle in Deutschland 12,4%, in Hamburg und Baden-Württemberg ist der Anteil mit 34,2% bzw. 25,3% bundesweit am höchsten. Bezogen auf die kumulierte Gesamtzahl von 19.199 Aidsfällen im Register beträgt der Anteil 14,9%. 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 Sprizentauschprogramme haben hier offensichtlich gewirkt. Durch die Einführung neuer antiretroviraler Substanzen und der quantitativen Bestimmung der HIV-RNA ist eine wirksamere Therapie möglich. Drogenkonsumenten können diese Behandlung bei spezialisierten Allgemeinärzten und in Krankenhäusern in Anspruch nehmen, Kostenträger der Behandlung sind die Krankenkassen. Schätzungsweise 15-20% der HAART-Patienten (Highly Activating Antiretrovirale Treatment) sind Abhängige mit intravenösem Drogengebrauch.

2.3.2 Hepatitis B und C

Bundesweite Studien, die Aussagen über die Verbreitung von Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen machen können, liegen bisher noch nicht vor. Wenn man aber die Prävalenzen der vorliegenden Studien hochrechnet auf die geschätzte Gesamtzahl von 150.000 Heroinabhängigen, muss mit einer Anzahl von 70.000 bis 120.000 Drogenabhängigen mit einer Hepatitis-C-Infektionen und mit langfristig chronischen Leberschäden gerechnet werden.

Das neue Infektionsschutzgesetz sieht jedoch vor, dass künftig auch Informationen über die Übertragung von Hepatitis B und C von Ärzten und Labors an die Gesundheitsämter gemeldet werden müssen. Die Informationen sollen anschließend vom Robert-Koch-Institut aggregiert und ausgewertet werden. Lokale Studien (qualifizierte Entzugsbehandlung, Haftanstalt, Substitution) zeigen sehr hohe Hepatitis B und C Prävalenz bei Opiatabhängigen in unterschiedlichen Settings. In München führten Backmund, Meyer & Zielonka (2001)²¹ von 1997 bis 1999 bei 492 stationär entwöhnten Opiat- oder

²¹ Backmund et.al. (2001): Prävalenzdaten zu Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen in München; Zeitschrift SUCHTMEDZIN 3, 1

mehrfachabhängigen Patienten Bluttests durch. Von 1997 bis 1999 ist der Anteil der Patienten mit Hepatitis B kontinuierlich gestiegen.

Tabelle 1: Prävalenzdaten von Hepatitis B und C

	1997 N = 181	1998 N = 171	1999 N = 140 ¹⁾
%Anti-HBc	36%	45%	52%
%HBs-Antigen	2%	2%	2%
%Anti-HBs positiv	35%	42%	63%
%Anti-HCV positiv	62%	67%	66%
% HCV-RNA positiv	39%	45%	45%

Quelle: Backmund, Meyer & Zielonka (2001)

In einer Studie von Holbach, Frösner, Donnerbauer, Dittmeier & Holbach (1998)²² wurden 120 stationär behandelte, i.v. drogenkonsumierende Patienten, serologisch auf Hepatitismarker der Typen A, B und C untersucht. Bei 66% waren Antikörper gegen Hepatitis C verbreitet, bei 48% Hepatitis B und bei 28% Hepatitis A. Generell ist die Datenlage bezüglich Hepatitisserkrankungen bei i.v. Drogenabhängigen weiterhin durch Einzelergebnisse gekennzeichnet.

2.3.3 Prävention von Infektionskrankheiten

Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B und C oder Tuberkulose werden in Deutschland vor allem durch niedrigschwellige Kontakt- und Kriseninterventionsstellen angeboten. Auch Projekte oder Einrichtungen, deren Zielgruppe drogengefährdete Personen oder mit Drogen experimentierende Gruppen sind, verfügen häufig über Angebote zur Prävention von Infektionskrankheiten. Zu den regelmäßigen Angeboten zählen Spritzentausch, die kostenlose Vergabe von Kondomen und Beratung. Sterile Spritzen können in Apotheken zu günstigen Preisen gekauft werden. Wenn seitens des Drogenabhängigen kein Geld vorhanden ist, sind die Apotheken zur kostenlosen Abgabe steriler Spritzen verpflichtet. Sie können aber auch an Spritzenautomaten oder Spritzentauschstellen der AIDS- und Drogenhilfen kostenlos erhalten oder getauscht werden. In einigen deutschen Großstädten gibt es darüber hinaus mobile Spritzentauschangebote für i.v. Drogenkonsumenten. Auch zur Prävention von

²² Holbach et.al. (1998): Prävalenz von Hepatitismarkern der Typen A,B,C und assoziiertes Risikoverhalten unter Patienten nach intravenösem Drogenkonsum; Zeitschrift SUCHT 44,6

Hepatitiserkrankungen werden in Deutschland infektionsprophylaktische Maßnahmen für Suchtgefährdete und Drogenabhängige angeboten. In Berlin wird seit 1996 vom Verein Mobilfix/Fixpunkt e.V. Hepatitis-Aufklärung und -impfung für Drogenkonsumenten durchgeführt. Ein „Hepatitis mobil“ befindet sich an einem szenenahen Treffpunkt. Zielgruppe der Hepatitis A und B Impfungen und Beratungen sind i.v. Drogenkonsumenten und Klienten, bei denen eine hochgradige Gefährdung zum Einstieg in den i.v. Drogenkonsum vorliegt (z.B. Sniefer, Raucher von Heroin oder Kokain). Die deutsche AIDS-Hilfe klärt im Rahmen von „safer use“ auf ihrer Homepage www.aidshilfe.de <http://www.aidshilfe.de/html/service/drogen/spritzen.htm> über Risiken im Umfeld von Drogen auf.

Kondome zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten sind für die Gruppe der Drogenabhängigen relativ leicht erhältlich. Auf lokaler Ebene werden sie im Rahmen von niedrigschwelliger Drogenarbeit häufig kostenlos verteilt. Für geringe Beträge sind sie auch in Apotheken oder Supermärkten oder an Automaten in Bars oder Diskotheken erhältlich. Anonymes AIDS-Testen wurde lange Zeit vom Bundesgesundheitsministerium gefördert. In vielen deutschen Gesundheitsämtern ist eine kostenlose HIV-Testung mit anschließender Beratung möglich. Während das Erbmaterial von HIV durch den „PCR“-Test bereits nach zwei bis drei Tagen nachweisbar ist, können HIV-Antikörper erst nach ca. drei Monaten nachgewiesen werden. Als erstes Verfahren wird der „ELISA“-Test eingesetzt. Bei positivem Ergebnis wird ein weiterer Antikörpertest eingesetzt, der sogenannte „Western-Blot“. Antikörper gegen HIV-1, HIV-2 und ihre Untertypen können hierdurch nachgewiesen werden. HIV-Tests gehören seit 1999 zum Katalog vertragsärztlicher Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn Krankheitszeichen auf eine HIV-Infektion hindeuten. Wird der Test jedoch gewünscht, ohne dass solche Krankheitszeichen vorliegen, muss der Test vom Untersuchten selbst bezahlt werden.

Neben diesen Angeboten gibt es spezielle Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten. In einem zweijährigen Modellprojekt wurden z.B. in zwei Niedersächsischen Strafvollzugsanstalten Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe etabliert (vgl. Meyenberg et al 1999)²³.

²³ Meyenburg et. al.(1999): Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug; Universität Oldenburg

3 Wichtige Zielgruppen von Prävention und Hilfe

Wir wissen aus der Forschung und der Alltagserfahrung der Hilfsorganisationen, dass die Risiken, eine Suchterkrankung zu erleiden oder besonders anfällig dafür zu sein, nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt sind. Deshalb haben sich im Bereich der Prävention und der Hilfe in den letzten Jahren *unterschiedliche Angebote* entwickelt, die sich *an bestimmte Zielgruppen wenden, die ein höheres Risiko tragen, eine Suchterkrankung zu erleiden*, um diese Gruppen frühzeitiger und gezielter mit Maßnahmen zur Prävention und Hilfe ansprechen zu können. Einige sind im folgenden Kapitel aufgeführt, u.a.

- die Gruppe *drogenabhängiger Frauen*, die noch weiteren Risiken ausgesetzt sind, wenn sie der Prostitution nachgehen;
- die Gruppe der *Kinder von Suchtkranken*, die einem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt sind;
- die Gruppe von *jungen Aussiedlern*, die durch besonders riskante Konsummuster von Alkohol und Heroin auffällig geworden sind und eine damit verbundene überproportionale Rate von Todesfällen und
- *Bundeswehrsoldaten*, weil hier vorwiegend junge Männer mit riskanten Konsummengen von Alkohol auffällig sind und zunehmend auch Cannabis konsumiert wird;
- *drogenabhängige Gefangene*, die den intravenösen Drogenkonsum auch in der Haft fortsetzen.

Weiterhin widmet sich der Bericht auch den sogenannten „*stoffungebundenen Süchten*“, bei denen es noch immer umstritten ist, ob es sich hierbei um ein Suchtphänomen handelt, z.B. bei den unter jungen Mädchen und Frauen weit verbreiteten Essstörungen. In diesem Kapitel wird das *pathologische Glücksspiel* dargestellt, das eine zunehmend größere Dimension erhält. Hier haben die Rentenversicherungsträger 2001 in einer Vereinbarung festgelegt, wann eine Rehabilitationsbehandlung finanziert wird. Diese wird in der Regel in Fachkliniken und ambulanten Einrichtungen durchgeführt, die auch Alkohol- und Medikamentenabhängige behandeln.

Darüber hinaus widmet sich der Bericht den *Selbsthilfegruppen von vorwiegend Opiatabhängigen und ihren Eltern*. Die Selbsthilfe ist ein wesentlicher Bestandteil der

Hilfen für alkoholranke Menschen. Im Bereich der illegalen Drogen dagegen entwickelt sich dieser Ansatz erst langsam. Deshalb ist ihm in diesem Bericht ein größerer Raum gewidmet worden.

3.1 Frauen und Sucht, insbesondere Hilfen für drogenabhängige Frauen

Wie viele Frauen sind von Suchtproblemen betroffen?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass in jeder 4.-5. Familie ein Suchtkranker oder eine Suchtkranke lebt. Das ist insofern bedeutend, als Frauen oft als sog. Co-Abhängige durch die Sucht ihrer Partner betroffen sind.

In der Altersgruppe 18-59-jährigen betreiben bundesweit ca. 720.000 Frauen einen missbräuchlichen Alkoholkonsum und ca. 450.000 sind behandlungsbedürftig alkoholabhängig. Das entspricht ca. 30% aller Betroffenen. (Missbrauch insgesamt: 2,4 Mio/ Abhängigkeit insgesamt: 1,5 Mio).

Von den sog. harten illegalen Drogen wie z.B. Opiate (Heroin oder Kokain/Crack) sind etwa 30.000-45.000 Frauen abhängig (insgesamt ca. 100.000-150.000 Personen).

In ihrem Essverhalten gestört sind etwa 11 - 30% der Bevölkerung, das entspricht mindestens 8 Mio. Menschen. Davon sind 95% Frauen und Mädchen.

1.125.000 Frauen in Deutschland konsumieren Arzneimittel in problematischer Weise bzw. sind medikamentenabhängig. Diese Summe entspricht einem Anteil von 75% der Gesamtzahl der Betroffenen.(1,5 Mio).

Aktuelle Entwicklung des Konsumverhaltens

Die Bereitschaft, legale und illegale Drogen zu nehmen ist bei Frauen und Mädchen in den vergangenen Jahren grundsätzlich geringer als bei Jungen und Männern. Die Daten im Hinblick auf Alkohol und Tabak verdeutlichen, dass seit Mitte der 90er Jahre zwar der Konsum abnimmt, aber vor allem im Hinblick auf die Konsummenge der Männer.

Die Vermutung liegt nahe, dass junge Mädchen sich der Konsummenge der jungen Männer anpassen.

Ob es eine solche Annäherung auch im Zusammenhang mit den traditionell weiblichen Ausprägungen der Sucht wie z.B. im Zusammenhang mit Essstörungen und Medikamentenabhängigkeit vorliegt, kann mit Zahlen derzeit nicht belegt werden.

Suchtmittel werden von Frauen im wesentlichen dazu eingesetzt, um mit psychosozialen

Belastungen besser umgehen zu können. Schwierigkeiten, die aufgrund von äußeren Bedingungen entstehen, z.B. in Ausbildung und Arbeitsplatz, Überforderung als Mutter, Ehe- und/oder Berufsfrau werden häufig als eigenes Ungenügen empfunden – und nicht zuletzt mit Suchtmitteln bekämpft. Insofern bildet Sucht auch die psychosozialen Belastungen ab, denen Frauen im gesellschaftlichen Zusammenleben ausgesetzt sind. Sucht betrifft daher Frauen aller Altersgruppen und zieht sich durch alle soziale Schichten und Berufsgruppen.

Viele der verschiedenen Programme, Maßnahmen oder Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe berücksichtigen in ihrer Ausrichtung nicht in wünschenswertem Umfang geschlechtsbezogene Aspekte. Aus diesem Grund haben sich in Deutschland etwa 15 spezielle Einrichtungen gebildet, die Hilfsangebote ausschließlich für Frauen machen und weitgehend auf feministischer Grundlage arbeiten. Ein wichtiger Ausgangspunkt für diese Einrichtungen besteht unter anderem auch darin, dass sich Frauen in gemischten Einrichtungen, in denen sie fast immer deutlich unterrepräsentiert sind, nicht ausreichend mit ihren spezifischen Erfahrungen auseinandersetzen können. Im Bereich stationärer Entwöhnungseinrichtungen finden sich ebenfalls, speziell auf Frauen ausgerichtete Angebote. Nahezu jede Großstadt verfügt darüber hinaus über spezielle Beratungsangebote für suchtgefährdete und abhängige Mädchen. Daneben existieren spezifische Angebote für drogenabhängige weibliche Prostituierte. In Hamburg wurde 2000 der erste Drogenkonsumraum speziell für weibliche Konsumenten eröffnet. Neben zahlreichen psychosozialen Angeboten und lebenspraktischen Basishilfen (Spritzentausch, Kondomvergabe usw.) tragen diese Stellen z.B. mit der Konzeption spezieller Übernachtungsprojekte der Tatsache Rechnung, dass die meisten Prostituierten bis in die Morgenstunden arbeiten und damit andere Schlafenszeiten benötigen als sie von normalen Notunterkünften angeboten werden. Sogenannte „Hurenprojekte“ existieren beispielsweise in Berlin (Hydra e.V.) und in Bochum (Madonna e.V.).

Zahlreiche der genannten Fachstellen sind neben der psychosozialen Beratungstätigkeit auch im Rahmen der Multiplikatorenarbeit tätig und beraten und unterstützen Erzieher, Lehrer und Sozialpädagogen in ihrer Arbeit mit suchtgefährdeten oder abhängigen Frauen und Mädchen. Auch im Bereich der Prävention berücksichtigen viele der zuvor beschriebenen Programme, Maßnahmen und Aktivitäten geschlechtsbezogene Aspekte.

Ragazza - Hilfen für drogenabhängige und sich prostituierende Frauen

Ragazza e.V. ist eine Kontakt- und Beratungsstelle für drogenkonsumierende und sich prostituierende Frauen in Hamburg St. Georg. 1991 begann unser Projekt mit der Straßensozialarbeit. Heute bieten wir zusätzlich verschiedene Formen von Überlebenshilfen, Beratungen, Notschlafplätze und einen Drogenkonsumraum an.

Im multiprofessionellen Team arbeiten Krankenschwestern und Sozialpädagoginnen. Zusätzlich kann, aus Spendenmitteln, derzeit an sechs Stunden wöchentlich eine Ärztin finanziert werden.

Ragazza arbeitet niedrigschwellig und akzeptanzorientiert, d.h. die Frauen müssen keine Zugangsvoraussetzungen erfüllen, um das Angebot in Anspruch nehmen zu können. Wir bieten neben dem breiten Spektrum von Überlebenshilfen (Essen, Trinken, Wäsche waschen, sich ausruhen, Spritzentausch), auch weiterführende Hilfen wie Vermittlung in Entgiftung und Therapie, Einzelbetreuungen, Besuche in Gefängnis oder Krankenhaus, Krisenintervention, u.a. an.

Zielgruppe von ragazza e.V. sind ausschließlich drogenkonsumierende Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen. Unsere Klientinnen sind zwischen 13 Jahre und 50 Jahre alt. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Arbeit mit bereits volljährigen Frauen. Ein Großteil der Frauen sind polytoxikoman und konsumieren intravenös sowohl Kokain, als auch Heroin, manchmal zusätzlich mit Tabletten aufgekocht. Reine Heroinkonsumentinnen gibt es nicht mehr. Die Hauptdroge unserer Klientinnen ist Crack. Crackkonsum verändert die gesamte Drogenszene. Die Wirkung ist sehr kurz und führt zu starker Unruhe und Aggression. Die Frauen befinden sich in einem schnellen und permanenten Wechsel zwischen Prostitution und Drogenbeschaffung. Dieser Kreislauf führt zu tagelangem Schlafentzug, so dass wir es in der täglichen Arbeit oft mit psychischen und physischen Zusammenbrüchen zu tun haben, die nur noch vom Notarzt versorgt werden können. Diese Lebens- und Konsumbedingungen führen zu einer Reihe starker gesundheitlicher Beeinträchtigungen, wie z.B. Lungenentzündungen, Abszesse oder Psychosen. Auch aus diesem Grund bemühen wir uns seit Jahren um eine Kostenübernahme der Honorarstelle für die Ärztin. Eine allgemeinärztliche und gynäkologische Versorgung der Klientinnen in unseren Räumen hat sich als förderlich erwiesen, weil die Frauen es i.d.R. nicht schaffen, sich in Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen zu begeben.

Unsere Arbeit orientiert sich an den Arbeitszeiten der Klientinnen, d.h. dass das Angebot zu unterschiedlichen Tages- und Nachtzeiten stattfindet. Für die Mitarbeiterinnen bedeutet das in einem stark wechselnden Rhythmus zu arbeiten und zu leben. Zusätzlich belastend sind die schwierigen, durch Sucht und Gewalt geprägten Lebenssituationen der Klientinnen, die sie in die Einrichtung hineinragen und mit denen es umzugehen heißt. Regelmäßiger Austausch in Teambesprechungen und in Supervision, sowie ein gut eingespieltes Team sind daher eine wichtige Voraussetzung, diese Belastungen verkraften zu können.

So ist es dann auch möglich, mit Spaß an der Arbeit den Kontakt zu den Klientinnen zu suchen und zu finden.

Kontakt:

Ragazza - Hilfen für drogenabhängige und sich prostituierende Frauen

Brennerstr. 81

20099 Hamburg

Tel & Anrufbeantworter: 040 / 24 46 31

Fax: 040 / 28 05 50 33

3.2 Kinder von Suchtkranken

Man kann davon ausgehen, dass allein 1,8 - 2 Mio. Kinder im Alter bis zu 18 Jahren mit der Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit eines oder beider Elternteile leben. Untersuchungen belegen die traurige Tatsache, dass etwa 30% der Kinder aus Alkoholikerfamilien selbst wieder abhängig werden. Und dies, obwohl diese Kinder unter der Familiensituation gelitten haben. Hinzu kommt, dass viele der betroffenen Kinder unter Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Störungen leiden. Nur etwa ein Viertel der Kinder, die in einer alkoholbelasteten Familie aufwachsen, gehen „unbeschadet“ aus dieser Kindheit hervor.

Bundesweit gibt es im ambulanten Bereich sehr wenige spezifische Hilfen für solche Kinder und ihre Eltern. Aber die Politik kann diese gezielten Hilfen nicht allein leisten. Es ist eine

gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der es darum geht, Kindern und ihren Familien zu helfen. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert zudem ein Forschungsprojekt an der Katholischen Fachhochschule Köln zu diesem Bereich.

Mittlerweile gibt es einige Projekte, die besondere Angebote für Suchtkranke mit Kindern machen. Im stationären Bereich gibt es etwa 20 Therapieeinrichtungen, die Kinder drogenabhängiger Eltern mit aufnehmen. Einige davon, z.B. in Ingenheim (Therapiezentrum Villa Maria), Lüneburg (Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch) oder Obersulm (Therapiezentrum Friedrichshof) haben spezielle Kindereinrichtungen entwickelt, die zum Teil mit Anerkennung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz die begleitende Unterstützung der Kinder in den Regelsystemen (Kindergarten, Schule) sicherstellen. Die Finanzierung des Aufenthaltes der Kinder ist dabei bisher unzureichend gelöst.

Liliput Beratung für Mutter & Kind

Ausgangssituation

In Nürnberg leben über 1000 Frauen, die illegale Drogen konsumieren. 1993 wurde von Dipl.-Sozialpädagoginnen der Nürnberger Drogenhilfe der Verein Lilith gegründet, um speziell für diese Zielgruppe bedarfs- und situationsgerechte professionelle Unterstützung zu bieten. Seit 1995 ist Lilith e.V. Träger verschiedener sozialer Einrichtungen. Zu den Standardangeboten des Vereines gehören Beratung, Betreuung, Krisenintervention, ambulante Therapie, Streetwork, Betreutes Wohnen, ein Frauencafé und ein Arbeitsprojekt für Drogenkonsumentinnen. Von den zehn hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des Vereines Lilith werden jährlich über 300 Frauen beraten und betreut. Ca. 1/3 dieser Frauen haben ein oder mehrere Kinder.

Bundesweit wird das Thema Kinder von Drogenabhängigen sowohl von der Drogenhilfe, als auch von der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe weitgehend vernachlässigt.

Lilith e.V. hat sich mit der Situation dieser Familien intensiv beschäftigt und sieht hier dringenden Handlungsbedarf, den betroffenen Kindern spezifische Hilfen zukommen zu lassen.

Viele Kinder

- leben mit ihren alleinerziehenden Müttern sozial isoliert und haben kaum Kontakt zu Gleichaltrigen
- erleben die Drogenabhängigkeit ihrer Mütter als ein Leben ohne festen Bezugs- und Orientierungsrahmen, verbunden mit Stimmungsschwankungen und instabilem Verhalten der Mutter
- übernehmen (altersunangemessene) Verantwortung für ihre Mütter und sind überfordert
- erleben ihre Mütter mitunter in lebensbedrohlichen Situationen
- wissen um die Drogenabhängigkeit ihrer Mütter und hüten dieses „verbotene“ Familiengeheimnis
- leiden unter nicht behandelten Entwicklungsrückständen und/oder Verhaltensauffälligkeiten

Viele Mütter

- leiden ihren Kindern gegenüber unter massiver Schuld und scheuen sich aus Angst- und Schamgefühlen heraus, öffentliche Angebote der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe zu nutzen
- sind nicht informiert und aufgeklärt über Risiken des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft
- Um die Lebensumstände der betroffenen Kinder zu verbessern, hat Lilith in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Sozialwesen der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule das Konzept „Liliput Beratung für Mutter & Kind“ entwickelt, das im Rahmen einer AB-Maßnahme seit dem 1. Oktober 2000 realisiert und erprobt wird.

Ziele von Liliput - Beratung für Mutter & Kind

- Verbesserung der Lebenssituation und der Entwicklungschancen der betroffenen Kinder; Erhalt und Förderung des Kindeswohls; Stärkung des kindlichen Umfeldes; Stärkung der Mütter in ihrer Erziehungsfähigkeit; Aufklärung und Information für die einschlägige Fachöffentlichkeit, um das Netz an sozialen und gesundheitlichen Hilfen für die Zielgruppe leichter erreichbar zu machen; Vernetzung des Hilfsangebotes; Aufklärung und Information über Angebote der Kinder-, Jugend-, und Gesundheitshilfe; Abbau von Ängsten und Stigmatisierungen; Prävention; Suchtprävention

Zielgruppen von Liliput Beratung für Mutter & Kind

- Kinder von drogenkonsumierenden, ehemals drogenkonsumierenden und substituierten Frauen; drogenkonsumierende, ehemals drogenkonsumierende und substituierte Schwangere/Mütter; Fachöffentlichkeit

Angebote und Arbeitsweisen von Liliput Beratung für Mutter & Kind

- Einzelberatung für Schwangere/Mütter; Einzelberatung für Kinder; Mütter-/Schwangerensprechstunde; Kinderbetreuung; Gruppenangebote; Geburtsvorbereitungskurs; PEKIP - Gruppe; Babymassagekurs; Hausaufgabenbetreuung; Kinderspielnachmittage; Freizeitaktivitäten; Vermittlung (z.B. Kindergärten, Frühfördereinrichtungen, KinderärztInnen, Hebammen, Kliniken); Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Multiplikatorinnenschulungen, Fachtagungen, Arbeitskreise)

Resümee und Perspektiven

Mit dem Projekt Liliput - Beratung für Mutter & Kind wurden in dem kurzen Zeitraum von 1 1/2 Jahren sehr viele Mütter mit ihren Kinder erreicht, die bislang noch keinen Zugang zum Netz der Nürnberger Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe hatten. Insbesondere schwangere Drogenkonsumentinnen nahmen dieses einmalige Angebot gerne an.

Regional und bundesweit erfährt das Projekt Liliput sehr viel Beachtung und Anerkennung.

Tatsächlich konnten die Lebenssituationen und Entwicklungschancen vieler Kinder stark verbessert werden. Dieses Ziel wurde durch Beratung, Aufklärung, Information und Vermittlung an andere Institutionen und/oder Berufsgruppen sowie durch Gruppenangebote und die konkrete Förderung im Einzelfall erreicht. Dem Projekt ist es gelungen, basierend auf einer vertrauensvollen Beziehung seitens der Mutter zu ihrer Beraterin, Kindern und Müttern aus ihrer Isolation zu helfen und den Zugang zu den notwendigen Hilfen anderer Einrichtungen zu verschaffen.

Auch die Stadt Nürnberg bewertet die Ergebnisse dieses Projektes als sehr erfolgreich und übernimmt nach Beendigung der Modellphase ab Herbst 2002 einen Großteil der Kosten.

Kontakt

Lilith e.V. Verein zur Unterstützung
von Frauen mit einer Drogenproblematik
Bogenstraße 30 in 90459 Nürnberg, Tel.: 0911/472218

Was muss ein Kind und seine suchtkranken Eltern möglicherweise bewältigen ?

Kind:

- *chaotischer Alltag*
- *Vernachlässigung*
- *soziale Isolation*
- *Familiengeheimnis*
- *emotionale Verunsicherung / Instabilität*
- *Angst vor dem Verlust der Eltern*
- *Übernahme von nicht kindgerechter Verantwortung*
- *Gefühl des „selbstverschuldeten Einzelschicksals“*

Eltern:

- *Suchterkrankung*
- *Beschaffungsstress*
- *Angst vor strafrechtlicher Verfolgung*
- *schlechter Gesundheitszustand*
- *finanzielle Probleme*
- *Schuldgefühle*
- *Angst, Kind zu verlieren*

MAKS, Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken

MAKS ist ein ambulantes Angebot für Kinder von Suchtkranken. Sowohl von aktuell konsumierenden (legaler und illegaler Bereich), wie auch von trocken bzw. clean lebenden Eltern.

Das Alter der Kinder und Jugendlichen bewegt sich zwischen 3 und 19 Jahren.

Ebenfalls bestehen Beratungsmöglichkeiten für suchtmittelkonsumierende schwangere Frauen und Eltern mit Kleinkindern.

MAKS bietet für die Kinder hauptsächlich Gruppenarbeit an. Durch den Kontakt mit ebenso betroffenen Kindern soll das häufig erlebte Gefühl des selbstverschuldeten Einzelschicksals geklärt werden. Über den Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen sowohl untereinander, wie auch zu den GruppenleiterInnen, können Schritte aus der meist realen sozialen Isolation gegangen werden.

Der Suchtkreislauf („Suchtkranke Eltern - suchtkranke Kinder“) soll so durchbrochen und eventuell bereits bestehende Probleme bearbeitet werden. Wichtig hierbei ist, dass den Weg zu uns auch viele, zumindest scheinbar unproblematische Kinder (und deren Eltern) gehen.

In der Regel wird vonseiten der Eltern Kontakt zu MAKS aufgenommen (bei älteren Kindern gibt es Ausnahmen).

Die Elternarbeit nimmt einen beträchtlichen Stellenwert innerhalb unseres Angebotes ein und wird in einem klaren Kontakt besprochen:

- grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit (Elternabend, Elterngespräch)
- pünktliches Erscheinen (der Kinder) zur wöchentlich 1x stattfindenden Gruppenstunde
- bei Nichterscheinen abmelden (wobei es keine moralische Gewichtung der Entschuldigung gibt, ... keine Lust ist ebenso gültig wie eine Geburtstags Einladung oder ein Zahnarztbesuch...)
- die Eltern müssen ihren Kindern grundsätzlich „grünes Licht“ zum Sprechen über die Sucht der Eltern und der für sie daraus resultierenden Themen und Probleme mitgeben.

Es bestehen zur Zeit sechs Gruppen und diverse Einzelkontakte (insg. 74 Kinder).

MAKS ist vielfältig vernetzt mit anderen Angeboten wie z. B.: Suchtberatungsstellen, betreute Wohngemeinschaften, diversen Heimen, Wendepunkt, Schulen, Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen, Kliniken.

Wer darüber hinaus Interesse an unserer Arbeit hat, kann gerne unter der Kontaktadresse den aktuellen Jahresbericht anfordern.

Kontakt:

Helga Dilger

Kartäuserstraße 77

79104 Freiburg

Tel.: 07 61 / 3 32 16

Träger:

Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der

Erzdiözese Freiburg e.V. Oberau 21, 79102 Freiburg, Tel.: 07621/21807

3.3 Eltern von Drogenkonsumenten

Die Beratung und Hilfe für Eltern von Drogenkonsumenten ist vorwiegend Aufgabe der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen. Etwa jede zehnte Intervention diesen Einrichtungen richtet sich an Angehörige. Im „Bundesverband der Elternkreise“ (BVEK) und in den „Elternkreisen für akzeptierende Drogenarbeit“ haben sich Selbsthilfegruppen von Eltern (Elternkreise) zusammengefunden. Diese werden häufig von professionellen Einrichtungen unterstützt. Schwerpunkte dieser Selbsthilfegruppen bestehen vor allem in dem Erfahrungsaustausch und der Unterstützung beim Umgang mit der Drogenabhängigkeit der Kinder. In einigen Fällen erwachsen aus den Selbsthilfeinitiativen auch formale organisierte Angehörigengruppen (z.B. eingetragene Vereine), die sich durch eigene Angebote von Einzelberatungen, Gruppenangeboten, Krisenintervention und Öffentlichkeitsarbeit und Information auch nach außen wenden. Mit beiden Elternverbänden fanden Gespräche mit der Drogenbeauftragten statt.²⁴

3.4 Migranten und Sucht

Die vom BMG in Auftrag gegebenen Expertisen zum Thema „Migration und Sucht“²⁵ kamen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Analyse der Befragungsdaten von jugendlichen Berufsschülern hat gezeigt, dass der Konsum von **Alkohol** bei männlichen und weiblichen Migranten deutlich unter den Werten deutscher Jugendlicher liegt. Insbesondere Jugendliche islamischen Glaubens konsumieren deutlich weniger

²⁴ Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e.V., Köthener Str. 38, 10963 Berlin, Tel.: 030-5567020, Fax: 030-5567021, www.home.snafu.de/bvek
 Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V., c/o Jürgen Heimchen, Steinbeck 16, 42119 Wuppertal, email: akzeptierende.eltern@t-online.de

Alkohol als Jugendliche anderer Religionszugehörigkeit. Mit der Dauer des Aufenthaltes in Deutschland (insbesondere in der zweiten und dritten Generation) gleichen sich die Werte an.

Der Konsum von Tabak scheint dagegen bei Migranten die Risikoverhaltensweise schlechthin zu sein: Im Bereich des **Rauchens** liegt der Anteil bei Deutschen und Migranten annähernd gleich. Auffallend ist der hohe Anteil Raucher bei den weiblichen Migrantinnen, der dem Wert der männlichen Migranten gleich kommt. Im Berufsschulbereich fand sich bei den weiblichen Jugendlichen sogar ein höherer Wert. Anders als bei deutschen Jugendlichen ist bei den Migranten der Anteil der Raucher bei den Abiturienten mit Abstand am höchsten.

Der **Medikamentenkonsum** mit Abhängigkeitsrisiko ist bei Migranten eher niedrig. Wo er festgestellt wird, ist er eher weiblich dominiert.

Im Bereich der **illegalen** Drogen ist der Anteil der Drogenerfahrenen unter den Migranten sehr hoch; extrem hoch ist er bei Jugendlichen aus der Jugendhilfe. Gleichwohl liegt der Anteil der Migranten aber immer noch deutlich unter dem der Deutschen; insbesondere weibliche Jugendliche experimentieren weniger mit dem Konsum von illegalen Drogen. Von den konsumierten Stoffen liegen Cannabisprodukte an erster, Ecstasy an zweiter Stelle.

2. Eine Erhebung bei Schülern (Stadt Marl) zu Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und jugendlichen Aussiedlern im Vergleich zu deutschen Jugendlichen zeigte, dass Aussiedler und deutsche Jugendliche sich in ihren Konsummustern sehr ähnlich sind. Die Aussiedler scheinen zumindest nicht auffälliger zu sein und z.T. sogar weniger zu konsumieren als die Deutschen. Allerdings gibt es Untergruppen von jungen Aussiedlern, die exzessiven Konsum von Alkohol und Heroin betreiben und in repräsentativen Erhebungen nicht erfasst werden. Hier stammen die Informationen vor allem von den niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen für Migranten und Drogen- und Suchtberatungsstellen.

Die türkischen Jugendlichen konsumieren Alkoholika weniger häufig und weniger intensiv als deutsche Jugendliche. Das gilt ebenso für den Umgang mit Cannabis. Auch die Konsumbereitschaft ist für diese Substanzen signifikant geringer ausgeprägt. Als mögliche Ursache vermuten die Autoren kulturelle Unterschiede im Umgang mit diesen Drogen. Während in der deutschen Kultur sowie in der Kultur der Herkunftsländer der Aussiedler der Alkoholkonsum eine legitime Form des Drogengebrauchs ist, scheint Alkoholkonsum nach den Maßstäben der türkischen Kultur unangemessen zu sein.

Die Konsumgewohnheiten der Eltern stellen einen geeigneten Prädiktor für den Alkoholkonsum Jugendlicher dar. Die erfolgreiche Vermittlung kultureller Normen dürfte sich daher in einem geringeren Konsum niederschlagen. Jedoch gibt es auch bei den Türken eine Gruppe von Jugendlichen, die alkoholgefährdet sind. Immerhin mehr als 9% der türkischen Probanden gaben an, regelmäßig „weiche“ Alkoholika zu konsumieren. Bei der Intensität des Alkoholkonsums liegen die türkischen Probanden unter dem Konsum der deutschen Jugendlichen. Besonders

²⁵ Migration und Sucht; Expertisen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 141/I-III der Schriftenreihe des BMG; Baden-Baden 2002

alkoholgefährdet scheinen türkische Jugendliche mit weniger günstigen sozialen Lebensbedingungen zu sein.

3. Eine Analyse der hausärztlichen Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen kam zu dem Ergebnis, dass der Anteil von süchtigen Migranten in der hausärztlichen Praxis geringer ist, als ihr Anteil in der Bevölkerung erwarten ließe. Unterschiede zur deutschen Wohnbevölkerung ergaben sich z.B. im Hinblick auf Krankheitserleben, Körperverständnis etc..

Migranten aus Ost- und Südosteuropa greifen häufiger zu Alkohol als Migranten aus türkischen/nordafrikanischen/orientalischen Ländern. Dies wird durch den Einfluss des Islam erklärt. Die Tabuisierung im Islam aufgrund religiöser Gebote scheint eine protektive Wirkung zu haben. Bei Angehörigen aus dem osteuropäischen Raum ist der Umgang mit Alkohol hingegen eher durch einen unkritischen Umgang geprägt, der ein Erkennen und eine Behandlung von alkoholbedingten Problemen erschwert.

Nikotin, Alkohol und illegale Drogen spielen bei Migrantinnen eine geringere Rolle als bei Migranten. Wenn sie aber illegale Drogen nehmen, drohen besonders bei Familien aus dem islamischen Kulturkreis Sanktionen bis hin zur radikalen Ausgrenzung. Alkoholsucht ist ein eindeutiger Schwerpunkt im Suchtverhalten von Deutschen und von Migranten aus dem mittel-/osteuropäischen sowie südosteuropäischen Raum. Bei den Migranten aus anderen Herkunftsräumen ist diese Dominanz deutlich schwächer. Ein großes migrantenspezifisches und behandlungsbedürftiges Problem scheint ein exzessiver Nikotinkonsum zu sein. Der Genuss von Tabak wird nicht im Zusammenhang mit gesundheitsschädlichen Auswirkungen gebracht. Bei illegalen Drogen wie Heroin und Kokain fallen bei einem Teil der MigrantInnen bisweilen andere Konsummuster auf als bei Deutschen. Bei zunehmender Sucht verwischen sich die kulturellen Unterschiede. Bei Frauen aus dem türkisch-islamischen Kulturkreis wird ein erheblicher Gebrauch von Tabletten, vor allem von Schmerzmitteln und Sedativa, beschrieben.

4. Die *Ergebnisse der Expertisen* wurden im Rahmen eines von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren im Auftrag des BMG koordinierten Fachgesprächs am 16. Januar 2002 diskutiert, um Schlussfolgerungen für die Prävention und für zielgruppenspezifische Beratungsangebote zu erarbeiten. Die Experten kamen zu dem Schluss, dass es nicht erforderlich ist, neue Angebote der Beratung und Hilfe auf den Weg zu bringen. Wichtig ist vielmehr, bestehende Angebote im Hinblick auf die Situation von Migranten weiterzuqualifizieren und zu sensibilisieren. Empfohlen wurde auch, Personen mit Migrationshintergrund verstärkt als Mitarbeiter in Beratungseinrichtungen zu berücksichtigen.

migration.gus [aktuell]

Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Immer mehr russischsprechende junge Menschen konsumieren Drogen und Rauschmittel. Waren es im Jahre 1997 noch 15 drogenabhängige Klient(inn)en dieser Zielgruppe bei mudra, so betreuten wir 1998 schon 35, 1999 80 und 2000 über 100 Personen. Die Zahlen für 2001 liegen erwartungsgemäß noch höher. Es handelt sich dabei in erster Linie um männliche Jugendliche und junge Erwachsene, die gemeinsam mit ihren Eltern aus

den Nachfolgestaaten der früheren Sowjetunion, insbesondere aus Kasachstan nach Deutschland emigriert sind, kaum deutsch sprechen und vielfach an den Bedingungen und Anforderungen der hiesigen Gesellschaft scheitern.

migration.gus [spezifische probleme]

Russischsprachige Drogenkonsument(inn)en fallen durch äußerst exzessive Konsummuster auf. Die Hauptdroge ist Heroin, häufig in Kombination mit harten Alkoholika, zunehmend auch mit Speed und XTC. Die hohe Zahl der Drogentoten in dieser Gruppe von Drogenkonsument(inn)en ist eine Folge des Konsumverhaltens.

Russischsprachige Drogenkonsument(inn)en nehmen bestehende Angebote der Drogenhilfe kaum wahr und gelten als äußerst schwer erreichbar. In ihren Herkunftsländern wurde Drogenkonsum totgeschwiegen, es galt als typisch westliches Phänomen. Drogenabhängige wurden als „Asoziale“ inhaftiert oder in Psychiatrischen Anstalten verwahrt. Angebote vergleichbar mit dem in Deutschland vorhandenen Drogenhilfe- und Therapiesystem existierten in diesen Länder nicht. Das Hilfesystem ist für sie fremd und undurchschaubar, es wird mit Behörden und Ämtern gleichgesetzt und das Misstrauen ist groß. Drogenberatungsstellen, Entzugsstationen oder Therapieeinrichtungen sind den Betroffenen weitgehend unbekannt. Dies gilt auch für Standards (westlicher) Drogenhilfeeinrichtungen wie z.B. anonyme und kostenfreie Beratung, Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht usw. Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren die Kontaktaufnahme zusätzlich.

Der Erstkontakt zu einer Drogenhilfeeinrichtung kommt selten „freiwillig“ zustande, vielmehr ist dafür familiärer oder institutioneller (z.B. Polizei, Justiz) Druck verantwortlich. In den Familien ist gleichzeitig ein völlig irrationales und kontraproduktives Verhalten im Umgang mit den drogenkonsumierenden Angehörigen zu beobachten. Insbesondere Mütter tendieren zu einem ausgeprägten co-abhängigen Verhalten, indem sie ihre drogenkonsumierenden Kinder bis an das Ende der eigenen Kräfte und an die Grenzen ihrer finanziellen Möglichkeiten unterstützen. Erst dann wird der schwere und mit vielen Ängsten beladene Gang in eine Beratungsstelle angetreten und sich Unterstützung geholt.

migration.gus [Grundsätze]

Aufklärung, Information, Beratung und Betreuung müssen den Erfahrungshintergrund, den aktuellen Wissensstand und insbesondere den kulturellen Hintergrund einschließlich der Wertvorstellungen der Hilfesuchenden akzeptieren und bei der Entwicklung von Hilfsangeboten einbeziehen. Folgende Punkte gilt es besonders zu berücksichtigen: Tabuisierung des Themas „Drogen und Sucht“ in den Herkunftsländern

- Familien empfinden es als Schande, von diesem Problem betroffen zu sein
- Gravierendes Informations- und Wissensdefizit betreffend die verschiedenen Substanzen mit ihren Wirkungen, Risiken und Gefahren sowie bezogen auf das Drogenhilfesystem
- Vermeidung von semantischen/interkulturellen Missverständnissen (z.B. Klärung von Begrifflichkeiten)
- Bedarf an muttersprachlichen Beratungs-/Betreuungs- und Therapeutischen Angebote
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Betroffenen, v.a. der Familien

migration.gus [Kommunikation]

Präventive Maßnahmen und Informationsveranstaltungen durch die mudra-Drogenhilfe in Schulen, Bildungs-, Jugend- und Freizeiteinrichtungen dienen der sachlichen Aufklärung über Wirkungsweisen und Risiken der verschiedenen Substanzen, der Vorstellung des Drogenhilfesystems, vor allem aber der Kommunikation mit den jungen Migrant(inn)en, auf der aufbauend Kontakte geknüpft werden und Vertrauen wächst.

Ergänzend werden Multiplikatorenschulungen durchgeführt, um Lehrkräften, Ausbildern, Fachkräften in Jugend- und Freizeiteinrichtungen und Angehörigen eine grundlegende Basis an spezifischem Wissen zu vermitteln. Die gezielte Schulung von Personen, die innerhalb der russischsprachigen Gemeinschaft großen Respekt genießen, ist ein weiterer wichtiger Eckpfeiler der mudra-Arbeit.

mudra hat in den letzten Jahren verschiedene Informationsmaterialien zum Thema entwickelt und erfolgreich in der Arbeit eingesetzt. Diese zeichnen sich durch zielgruppenspezifische Gestaltung, insbesondere durch Zweisprachigkeit aus und sind bundesweit stark nachgefragt.

migration.gus [beratung]

mudra stellt im Sinne von sekundärpräventiven Ansätzen für Menschen, die bereits Drogen konsumieren oder abhängig sind, Informationen und Hilfsangebote zur Verfügung, die eine Verschlechterung ihrer Lage verhindern, Problembewusstsein für die eigene Situation schaffen und Rat und Hilfe bei der Suche nach Lösungswegen vermitteln. Hierzu zählen aufsuchende Arbeit, niedrigschwellige Hilfen, Beratungsangebote, Betreuung in der JVA, Vermittlungen in andere Einrichtungen, unterstützende Maßnahmen für Eltern und Angehörige, und, und, ...

Im Vordergrund der Tätigkeit in der Beratungsstelle steht die persönliche Beziehung zwischen Klient/in und Berater/in. Die Beratung erfordert viel Einfühlungsvermögen und nimmt vergleichsweise mehr Zeit in Anspruch als mit unseren herkömmlichen Klientel. Um auch Ratsuchende mit mangelnden Deutschkenntnissen adäquat beraten zu können, steht eine russischsprachige Mitarbeiterin zur Verfügung. mudra legt großen Wert darauf, dass auch Menschen kommen können, die noch keinen konkreten Beratungs- oder Ausstiegswunsch haben, sondern sich unverbindlich orientieren und umschaun möchten, Kaffee trinken, niedrigschwellige Angebote wie Waschmaschine, Trockner, Essen, Spritzenvergabe, etc. nutzen wollen oder für einen Kontaktaufbau einfach mehr Zeit brauchen. Durch den Kontakt zu deutschsprachigen Klient(inn)en in unserem Kontaktafè, greift zwischenzeitlich auch der „peer-support“, eine Maßnahme der im Rahmen des Erfahrungsaustausches und der Informationsweitergabe z.B. über „Safer Use-Strategien“ wichtige Bedeutung zukommt.

migration.gus [therapie]

Das Therapieangebot für diese Klientel ist zur Zeit noch äußerst defizitär. Russischsprachige Drogenabhängige fühlen sich in den herkömmlichen Einrichtungen kaum verstanden. Es fehlt weitgehend an speziellen Konzepten, welche den soziokulturellen Hintergrund dieser Menschen integrativ nutzen. Muttersprachliche Angebote und Personal mit der nötigen

interkulturellen Kompetenz sind eher die Ausnahme. Dies gilt gleichwohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich.

migration.gus [Angehörige]

Die Familie spielt im Leben eines russischsprachigen Drogenkonsumenten nach wie vor die zentrale Rolle. Sie muss daher in die Arbeit einbezogen werden. Seit dem Jahre 2000 bietet mudra eine äußerst nachgefragte Angehörigengruppe an, die Hilfe und Unterstützung anbietet und von einer russischsprachigen Fachkraft geleitet wird.

migration.gus [Ausblick]

Wir gehen davon aus, dass die Drogenproblematik bei jungen russischsprachigen Migrant(inn)en in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Die Drogenhilfe muss daher spezifische Konzepte entwickeln, um adäquate Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangebote zu schaffen. Es muss ein verstärktes Augenmerk auf die Einstellung muttersprachlicher Mitarbeiter/innen gerichtet werden, es muss zum Standard einer Drogenhilfeeinrichtung im ambulanten wie im stationären Bereich gehören, spezifische Angebote für Migrant(inn)en vorzuhalten. Die in diesem Bereich in einzelnen Regionen Deutschland (z.B. Hannover, Nürnberg, ...) gemachten positiven Erfahrungen können dafür genutzt werden. Die Unterstützung durch die Politik und die Leistungsträger der Drogenhilfe und Rehabilitation ist in diesem Zusammenhang dringend erforderlich.

mudra

Alternative Jugend- u. Drogenhilfe e.V.
Ludwigstraße 61, 90402 Nürnberg
mudra-Projekt „migration und Drogen - GUS“
fon 0911/20 59 744 fax 0911 / 20 59 747
migration@mudra-online.de
Kontakt: Kay Osterloh
www.mudra-online.de

Um die Aufklärungs- und Präventionsarbeit gezielt zu verbessern, hat der Beauftragte der Bundesregierung für Aussiedlerfragen, Jochen Welt, gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, eine Reihe aufeinander abgestimmter Maßnahmen beschlossen: 2002 wird eine Informationsbroschüre der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) zur Suchtproblematik und zum Hilfesystem in einer deutsch-russischen Version veröffentlicht. Die DHS wird ebenfalls ein Video erstellen, das über Beratungsangebote für suchtgefährdete und suchtkranke Aussiedler informiert. Sie hat außerdem eine Liste mit Informations- und Beratungshilfen in Sprachen aus dem osteuropäischen Raum zusammengestellt. Zudem wird aus Integrationsmitteln des BMI in Kooperation mit der DHS eine Werkstattreihe "Sucht-Migration-Hilfe für Fachkräfte in der Arbeit mit Aussiedlern" gefördert, um die Suchtprobleme klarer zu erkennen, die migrationsspezifischen Hintergründe besser zu verstehen und gezielter Hilfe anbieten zu können.

3.4.1 Konzeption Werkstattgespräche Migration und Sucht

In den letzten Jahren haben Drogengefährdung, -missbrauch und -abhängigkeit bei einer Teilgruppe Aussiedler/innen eine Dimension erreicht, die Aktivitäten notwendig macht. In den letzten Jahren wenden sich vermehrt russischsprachige Klienten/innen an die Beratungsstellen der Suchthilfe. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass es sich hier um eine Gruppe mit ausgeprägt spezifischen Sucht- und Verhaltensmustern handelt, die mit den herkömmlichen Arbeitsansätzen nicht ausreichend erreicht werden konnte. Probleme, bzw.

Verunsicherungen ergeben sich nicht nur aus den sprachlichen Schwierigkeiten und der für die Mitarbeiter/-innen weitgehend unbekanntem Mentalität dieser Menschen.

Bisher wurde den Problemlagen von Aussiedler/innen in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nur geringe Beachtung geschenkt. Es gibt nur ganz wenige Einrichtungen, die Mitarbeiter/innen mit relevanten Sprach- und Kulturkenntnissen beschäftigen und oft werden Aussiedler/innen von Beratungsstellen oder Kliniken zurückgewiesen, weil sie nicht angemessen beraten oder in bestehende Gruppen integriert werden können. Einen Grund für die zu geringe Beachtung spezifischer Probleme suchtgefährdeter oder suchtkranker Aussiedler/innen liegt auch darin, dass es nicht genügend auf diesen Adressatenkreis spezialisierte Fachkräfte gibt.

Der zentrale Gedanke der Fortbildung ist es, die zur Suchtberatung von Aussiedler/innen erforderliche Fachkompetenz zu vermitteln und unter Berücksichtigung aussiedlerspezifischer Problematik einen Dialog zu fördern, um so einen Beitrag für das gegenseitige Verständnis der Menschen verschiedener Kulturen in unserem Land zu leisten.²⁶

- In den Herkunftsländern hat die Suchtgefährdung von Jugendlichen seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion erheblich zugenommen. Diese Entwicklung wird seit Mitte der 90er Jahre beobachtet. Die Zahl der neu einreisenden drogenerfahrenen Jugendlichen wird deshalb vermutlich ansteigen.
- Das soziale Umfeld der Jugendlichen und die Bedingungen der Eingliederungen können durchaus ebenfalls als potenzielle Suchtursachen beschrieben werden.
- Durch das biographische Ereignis der Migration muss sich die gesamte Familie auf neue Orientierungs- und Handlungsmuster einstellen. Wenn es nicht gelingt, Zugang zum Arbeits-, Ausbildungs- und Wohnungsmarkt zu finden, steigt bekanntlich die Suchtgefährdung.
- Jugendliche sind in ihrem individuellen Sozialisationsprozess besonders gefährdet.
- Zunehmende Ausgrenzung und Isolation führen zu Gruppen- und Cliquenbildung, die vornehmlich durch negative Solidarität zusammengehalten wird. „Die wollen mich nicht, also will ich die auch nicht!“ so etwa lautet die Bündnisformel der negativen Solidarität.
- Damit einher geht ein erheblicher Gruppendruck, dem sich der Einzelne nur sehr schwer entziehen kann. Resultat ist: Wenn nur ein jugendlicher Zugang zu illegalen Drogen hat, dann ist die gesamte Gruppe gefährdet.
- Hinzu kommt, dass illegale Drogen erheblich riskanter benutzt werden. Berichte aus Entgiftungsstationen belegen, dass Spätaussiedler erheblich jünger als deutsche Opiatabhängige sind und dass als Einstiegsdroge häufiger Heroin erwähnt wird.

Isolation und Abschottung bringen mit sich, dass russischsprachige Drogenkonsumenten/innen keine oder kaum Kontakte zu einheimischen Drogengebraucher/innen haben und damit auch nicht von Szeneerfahrungen profitieren. Außerdem lernen sie auch nicht die entsprechenden Hilfsangebote kennen. Das Vermitteln

²⁶ Träger der Maßnahme sind die Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO) und der Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V. (FDR), von denen auch die Grundüberlegungen des Fortbildungskonzeptes stammen, die hier auszugsweise zitiert sind.

von Wissen hinsichtlich „safer use-Praktiken“ (z.B. Verwendung von sterilen Einwegspritzen - kein Spritzentausch, vorsichtiges Antesten des Stoffes, etc.) im Rahmen des „Peer-support“ kann so nicht oder nur äußerst eingeschränkt geleistet werden. Die Zahl der Drogentoten unter jungen Russlanddeutschen steigt besorgniserregend an. Auch hier ist zu vermuten, dass durch die Isolation keine Informationen über beispielsweise sehr reines oder auch verunreinigtes Heroin zwischen den Szenen weitergegeben werden können.

Ein weiteres Indiz ist die Tatsache, dass viele sehr junge Drogenkonsumenten dieser Gruppe mit dem Hepatitis C-Virus infiziert und bis zum Zeitpunkt der Diagnose noch nichts über diese Krankheit, Infizierungswege, Verlauf usw. gewusst haben.

Die Fortbildung Sucht - Hilfe - Migration hat folgende Ziele:

- Verbesserung des theoretischen Grundwissens der Mitarbeiter/innen in den Arbeitsfeldern ‚Suchthilfe‘ und ‚Aussiedler‘ durch grundlegende Informationen und Handlungsideen zum Zusammenhang von Sucht und Aussiedlerarbeit
- Sensibilisierung der Fachkräfte für die Themen Abhängigkeitserkrankungen und Migration
- Hinführung zu einem selbstsicheren und fachgerechten Umgang mit den vielschichtigen Problemen der abhängigkeitskranken Aussiedler/-innen
- Interkulturelle Sensibilisierung
- Verbesserung der Versorgungsqualität der abhängigkeitskranken und -gefährdeten Aussiedler/innen durch die Gewährleistung eines umfassenden Beratungs- und Betreuungsangebotes,
- Aufzeichnung möglicher Kooperationsmodelle im Bereich der Hilfe

Zielgruppe sind die Fachkräfte, die im jeweiligen Arbeitskontext mit suchtmittelgefährdeten und -abhängigen Aussiedler/-innen Kontakt haben.

Die Fortbildung wird an zehn Orten in Deutschland durchgeführt. Geplant sind Hamburg, Potsdam, Erfurt, Kassel, Dortmund, Frankfurt, Bonn/Remagen-Rolandseck, Nürnberg, Stuttgart und München.

3.4.2 Integration von Aussiedlern: die beste Prävention

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 1989 durchgeführt

wird. Im Jahr 2001 ist das Projekt unter dem neuen Titel „Integration durch Sport“ für weitere Zielgruppen (junge Ausländer und benachteiligte deutsche Jugendliche) geöffnet worden. Insgesamt wurden hierfür im Jahr 2001 über 11 Mio. DM bereitgestellt.

Außerdem sind im Haushaltsjahr 2001 aus Integrationsmitteln des BMI zwölf Modellmaßnahmen an elf Standorten zur „Suchtprävention“ insbesondere für drogengefährdete jugendliche Aussiedler gefördert worden. Hierbei werden mittels gezielter sozialpädagogischer Betreuungsprojekte drogengefährdete bzw. abhängige Aussiedler veranlasst, die Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen, weil Aussiedler die Regellangebote häufig von sich aus nicht nutzen. Hierfür sind insgesamt rd. 1,1 Mio. DM zur Verfügung gestellt worden. Das bedeutet gegenüber dem Vorjahr fast eine Vervierfachung der Mittel für diesen Zweck.

Im einzelnen:

1. Projekt:	Vernetzung und Suchtprävention
Projektort:	Kreis Biberach
Träger:	CJD Jugendgemeinschaftswerk Biberach
Projekthinhalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelberatung für Jugendliche, die selber noch keine Drogen konsumieren, sich aber in Cliques aufhalten, wo es zu hartem Drogenkonsum kommt ▪ Hinführung und Vermittlung von bereits drogenabhängigen Jugendlichen an bestehende Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen ▪ Risikominimierung bei durch ersten Drogenkonsum gefährdeten Jugendlichen durch Beratung und Hinführung zu Fachregeldiensten 	
<u>Fazit:</u>	
Die Umsetzung der Ziele erfolgt u.a. durch eine russischsprechende Fachkraft im Rahmen von aufsuchender Sozialarbeit. Es wird durch diese Arbeit mit den „peer-groups“ Vertrauen aufgebaut, um dann den Jugendlichen weitere Angebote zu erschließen.	
2. Projekt:	"Streetwork" und "Case-Management" als Vernetzungs- und Integrationsmaßnahme zur Veränderung suchstoffzentrierter Lebensstile junger Aussiedler im ländlichen Bereich
Projektort:	Kreis Cloppenburg
Träger:	Jugendberatung, -Therapie und –Weiterbildung e. V.
Projekthinhalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Streetwork“ erfolgt in enger Kooperation mit den regionalen und auch überregionalen Fachdiensten für ambulante und stationäre Hilfen ▪ Sicherung der sozialen, insbesondere der Familienstrukturen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsstelle ▪ Heranführung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an die von ihnen benötigten, die Integration fördernden Lebenswelten und die Motivation zur Inanspruchnahme und Nutzung der vorhandenen Angebote und Möglichkeiten 	
<u>Fazit:</u>	
Die aufsuchende Sozialarbeit wird durch „Case-Management“ komplettiert. Dadurch wird eine dauerhafte Einbindung in stabile Strukturen angestrebt. Dies erfordert eine intensive Kooperation mit den unterschiedlichsten Einrichtungen vor Ort.	
3. Projekt:	Netzwerk Beratung Ost-West
Projektort:	Kreis Cloppenburg
Träger:	Heimatverein der Deutschen aus Russland e.V.
Projekthinhalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vernetzung der vorhandenen Institutionen in Jugendpflege, Aussiedlerbetreuung, Sucht- und Drogenberatung, Therapieeinrichtungen usw. zur Integration von Spätaussiedlern im Allgemeinen und zur Stützung von Sucht- und Drogenpräventionsarbeit im Besonderen ▪ Gewinnung und Schulung ehrenamtlicher Mitarbeiter und Multiplikatoren ▪ Hinführung abhängiger oder gefährdeter Aussiedler zu Regeldiensten und Hilfe zur Inanspruchnahme von Therapieangeboten 	
<u>Fazit:</u>	
Das Projekt bildet neben seiner Arbeit mit direkt Betroffenen weitere Schwerpunkte mit Aktionen im Blickfeld der Öffentlichkeit und Einbindung der Bevölkerung durch ehrenamtliche Helfer.	
4. Projekt:	Suchtprävention für junge Spätaussiedler in Würzburg
Projektort:	Stadt Würzburg
Träger:	Arbeiterwohlfahrt Unterfranken
Projekthinhalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchtmittelunspezifische Interventionsmöglichkeiten (z. B. Hinführung in einen geordneten Ausbildungsgang, sinnvolle Arbeits- und Freizeitgestaltung) ▪ Suchtmittelspezifische Maßnahmen, um der Zielgruppe zu helfen, sich andere Verhaltensweisen anzutrainieren ▪ Stärkung der sozialen Kompetenz 	
<u>Fazit:</u>	

Die Arbeit mit den betroffenen Jugendlichen steht im Vordergrund. Ergänzend werden suchtpreventive Angebote z.B. an Schulen unterbreitet.

5. Projekt: Sucht & Migration
Projektort: Oberbergischer Kreis
Träger: Caritasverband für den Oberbergischen Kreis

Projekthalte / Ziele:

- Suchtgefährdete und abhängige Jugendliche sollen durch die Aufarbeitung ihrer migrationsbedingten Defizite in ihrem Wohnumfeld neue Lebensperspektiven und Identifikationsmöglichkeiten entwickeln, die sie von Suchtmitteln unabhängiger machen
- Erwachsene Aussiedler sollen verstärkt Zugang zur Suchtberatung finden
- Vorbereitung der Zusammenarbeit mit örtlichen Begegnungszentren zwecks Durchführung persönlichkeitsfördernder, präventiver Maßnahmen

Fazit:

Neben der Erweiterung des Personenkreises auf Erwachsene sollen hier bestehende Institutionen aktiv in die Präventionsarbeit eingebunden werden.

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

Projekthalte / Ziele:

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

Fazit:

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

7. Projekt: Netzwerk Drogen und Suchtprobleme in der Integrationsarbeit mit Spätaussiedlern
Projektort: Berlin
Träger: Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA)
 Regionalverband Berlin/Brandenburg e. V.

Projekthalte / Ziele:

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

Fazit:

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

8. Projekt: Suchtprävention, Hilfe zur Selbsthilfe
Projektort: Wismar
Träger: Diakonieverein des Kirchenkreises Wismar e. V.

Projekthalte / Ziele:

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

Fazit:

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

9. Projekt: Tandem Taläcker
Projektort: Künzelsau
Träger: Evangelischer Kirchenbezirk Künzelsau

Projekthalte / Ziele:

- Familiäre Orientierungsangebote, z. B. Gesundheitsplanung, Erziehungsberatung, Haushaltsplanung
- Präventionsangebote gegen Drogenmissbrauch und Konfliktlösungen durch Gewalt
- Stärkung der Ressourcen Jugendlicher und insbesondere junger Familien im Bereich der Freizeitgestaltung

Fazit:

Dieses Projekt zielt auf ursprüngliche Präventionsarbeit ab, in dem bestehende Strukturen gestärkt bzw. durch Hilfestellungen bei der Alltagsplanung erneuert werden. Gleichzeitig wird die Heranführung an bestehende örtliche Vereine angestrebt.

10. Projekt: Sozialraumbezogene Integrationsarbeit mit drogenkonsumierenden bzw. –abhängigen jugendlichen Aussiedlern

Projektort:	Kreis Emsland
Träger:	Kreis Emsland
Projekthalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gremien- und Netzwerkarbeit durch Teilnahme des Projektpersonals an und Mitarbeit in dem Arbeitskreis „Integration junger Aussiedler im Landkreis Emsland“ sowie den örtlichen Präventionsräten und Runden Tischen ▪ Einzelfallbezogene sozialpädagogische Arbeit einer Schlüsselperson zur Betreuung drogenkonsumierender bzw. –abhängiger Jugendlicher und ihrer Familien in Kooperation mit der Drogenberatung und maßgebenden Einrichtungen und Behörden (Sozial-, Jugend-, Arbeitsamt, Polizei usw.) ▪ Anbindung an die offene Jugendarbeit insbesondere in Jugendzentren 	
Fazit:	
Im Landkreis Emsland sollen sozialraumbezogene Sozialarbeit und die direkte Arbeit mit den betroffenen Jugendlichen gleichgewichtig entwickelt werden. Hierzu sind kreisweite koordinierende Tätigkeiten notwendig.	

11. Projekt:	Leben in der neuen Welt, Chancen und Risiken
Projektort:	Aachen
Träger:	DRK Kreisverband Aachen
Projekthalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ursachenorientiertes Herangehen an die Suchtproblematik ▪ Ganzheitliche Aufklärung über Sucht ▪ Befähigung, Konflikte suchtmittel- und gewaltfrei zu lösen 	
Fazit:	
Als eine mögliche Suchtursache soll mangelndes Selbstwertgefühl durch Wissensvermittlung gemindert werden. Außerdem werden die Betroffenen an Beratungsstellen sowie an örtliche Vereine zur sinnvollen Freizeitgestaltung herangeführt.	

12. Projekt:	"Die Fähre" - Ein interdisziplinäres Projekt der Suchtkrankenhilfe und Migrationssozialarbeit für Aussiedler
Projektort:	Leipzig
Träger:	Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig
Projekthalte / Ziele:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Eigeninitiative und Unterstützung der Selbsthilfekräfte der Aussiedler ▪ Entwicklung klientenspezifischer ambulanter Hilfe- und Stützsysteme für drogen- und alkoholkonsumierende Aussiedler im Wege der interdisziplinären Kooperation ▪ Verknüpfung der Angebote der Migrationsarbeit mit den Angeboten der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe der Stadt Leipzig 	
Fazit:	
Das Projekt zielt neben der unmittelbaren Präventionsarbeit auf eine umfassende Einbettung von Suchtprävention in die Strukturen vor Ort durch die Entwicklung eines stadtweiten Hilfesystems ab.	

3.5 Maßnahmen zur Suchtprävention in der Bundeswehr

Dem steigenden Suchtverhalten in der Gesamtbevölkerung begegnet die Bundeswehr u. a. mit der Umsetzung der Richtlinien des Bundesministeriums der Verteidigung „zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und –bekämpfung für Soldaten“ vom 08. Juli 1999.

Dazu gehört der Aufbau eines „Dokumentationszentrums Suchtprävention und –bekämpfung“ beim Zentrum Innere Führung in Koblenz. Es soll allen Dienststellen der Bundeswehr als zentrale Informationsstelle für Fragen der Suchtprävention und –bekämpfung zur Verfügung stehen. Das Dokumentationszentrum hat im einzelnen folgende Aufgaben:

- Erfassen aller zentralen Maßnahmen und Lehrhilfen des Bundesministeriums der Verteidigung einschließlich der Vorhaben und Programme der Teilstreitkräfte und des Inspektors des Sanitätsdienstes.

- Sichten/Erfassen der Maßnahmen, Programme und Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), soweit sie für die Nutzung in der Bundeswehr geeignet sind.
 - Kontinuierliche Erweiterung des vorhandenen Literaturbestandes durch fortlaufende fachliche Recherchen.
 - Einstellung von bundeswehrinternen Internet - Seiten zum Thema „Suchtprävention und –bekämpfung in der Bundeswehr“. Dadurch werden für Betroffene, unterstützende Einzelpersonen und Organisationen sowie für sonstige Interessierte einschlägige Informationen, Hilfen, Beratungsangebote ohne Zeitverzug verfügbar gemacht. Ein geplantes netzwerkfähiges Selbstlernprogramm „Suchtprävention“ soll die Suchtprävention in den Streitkräften noch weiter verbessern.
 - Planung, Organisation und Durchführung von Lehrgängen „Berater Suchtprävention“ am Zentrum Innere Führung. Diese Lehrgänge finden seit dem Jahr 2001 als Multiplikatoren Ausbildung für militärisches und ziviles Führungspersonal statt. Das Pilotseminar wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unterstützt. Zur Durchführung der laufenden Lehrgänge werden fachkundige Referenten von Behörden und Einrichtungen außerhalb der Bundeswehr herangezogen. Die bisher durchgeführten Lehrgänge erbrachten ein beachtliches Multiplikatorenpotential für die weiterführende Ausbildung in der Truppe.
 - In den Bundeswehrstandorten sollen die ausgebildeten Multiplikatoren beim Aufbau sogenannter „Netzwerke Suchtprävention“ mitwirken, die nach dem Muster „Kommunikativer Netzwerke“ nach und nach eingerichtet werden. In diese Netzwerke ist neben zuständigen Vorgesetzten und Dienststellenleitern, Truppenärzten, Truppenpsychologen, Militärgeistlichen, Sozialarbeitern des Sozialdienstes der Bundeswehr auch die zivile Seite mit regionalen und lokalen Suchtberatungsstellen eingebunden. Alle den Standort und die jeweilige Region betreffenden Maßnahmen der Suchtprävention sollen im „Netzwerk Suchtprävention“ gemeinsam beraten, beschlossen und umgesetzt werden, um Betroffenen frühzeitig Unterstützung zu gewähren.
- Mitte 2002 wird ein Arbeitspapier mit dem Titel „Drogenmissbrauch in der Bundeswehr“ den Führungskräften in den Streitkräften zur Verfügung gestellt. Es beschäftigt sich mit den rechtlichen Aspekten, die sich aus dem Missbrauch „illegaler Drogen“ ergeben.

- Es ist beabsichtigt, den Beratungsleitfaden der BZgA zur Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen an alle Truppenärzte zu verteilen. Darüber hinaus gibt die Bundeswehr den Selbsthilfeinitiativen von Soldaten mit Alkoholproblemen in der Truppe eine entsprechende Entfaltungsmöglichkeit und fördert solche Aktivitäten in dem gebotenen Umfang.

3.6 Glücksspielsucht wird ernst genommen

Im Juli 2001 fand ein Gespräch der Drogenbeauftragten mit dem Fachverband Glücksspielsucht statt. Zentrales Anliegen war, dass das „pathologische Glücksspiel“ als Krankheit anerkannt und damit die Voraussetzung geschaffen wird, dass die Rentenversicherungsträger auch eine Rehabilitationsbehandlung finanzieren. Die mitunter unfruchtbare Diskussion um die Einordnung dieses Krankheitsbildes in das einer Sucht oder einer primär psychosomatischen Störung haben die Rentenversicherungsträger im Konsens mit der fachöffentlichen Diskussion dahin gehend gelöst, dass sie es als eigenständiges Krankheitsbild eingeordnet haben. Seit März 2001 gibt es eine entsprechende Empfehlungsvereinbarung, die die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation ermöglicht, wenn jemand dem *„häufigen und wiederholten episodenhaften Glücksspiel nachgeht, das die Lebensführung (...) beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt“*.

Was hier ein wenig trocken beschrieben wird, ist für einige zehntausend Menschen und deren Angehörige eine bedrückende Realität. Wenn ein süchtiger Spieler – und das sind in der Regel Automatenglücksspieler – pro Tag leicht einige hundert Mark "verzocken" und Casinospierer locker das zehnfache, dann sind damit schnell ganze Existenzen am Rand des Ruins. Bei pathologischen Spielern hat jeder Dritte Schulden zwischen 10.000 und 50.000 DM und 17% mehr als 50.000 DM, bei Opiatabhängigen belaufen sich diese Quoten auf 20 bzw. 5%, bei Kokainabhängigen zwischen 20 bzw. 10%, also deutlich niedriger.

Gleichwohl ist die Spiellust in jedem Menschen angelegt und auch die Lust am Risiko als Grundform der Lebensbewältigung und der Selbstverwirklichung. Diesen Widerspruch greift das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 23. April 1975 auf, wenn es feststellt: *„Das Verbot, Spielbanken zu eröffnen und zu betreiben, hat – abgesehen davon,*

daß die natürliche Spielleidenschaft vor strafbarer Ausbeutung geschützt werden soll – vor allem die Aufgabe, die Bevölkerung vor den mit der Spielleidenschaft verbundenen Gefahren zu bewahren.“ Und gleichwohl werden – um das illegale Glücksspiel einzudämmen – „staatlich überwachte Betätigungsmöglichkeiten“ (BVerfG vom 19. Juli 2000) zugelassen.

Mittlerweile existieren hier neue Widersprüche: Zum einen haben sich die Spielbanken zu staatlichen Einnahmequellen entwickelt und erwirtschaften, ebenso wie die Lottogesellschaften, erhebliche Finanzmittel, auf die Länder und Kommunen dringend angewiesen sind, wie übrigens auch die Träger der Freien Wohlfahrtsverbände oder auch Kultureinrichtungen.

Zum anderen werden Automatenglücksspiele nicht dieser besonderen staatlichen Kontrolle unterworfen, außer durch Regelungen des Jugendschutzes. Spielbanken erzielten in 2000 rund 2 Mrd. DM Bruttospielertrag. Durch die über 200.000 Glücksspielautomaten wurde ein Bruttospielertrag von 4,2 Mrd. DM erwirtschaftet. Lotto/Totto/Lotterien und Spielbanken verbuchten 1999 rund 4,8 Mrd. DM an Gewinnablieferung an die Länder und noch einmal 3,4 Mrd. DM an Steuern, in 2000 waren es bereits 8,6 Mrd. DM, mehr als die Einnahmen aus der Alkoholsteuer; die Umsätze in diesem Bereich belaufen sich auf mehr als 50 Mrd. DM.

Noch immer gibt es aber keine verlässlichen Zahlen über die Anzahl spielsüchtiger Menschen in Deutschland, die eigentlich einer Behandlung bedürfen. In der EBIS-Statistik, die die Beratungen und Behandlungen im ambulanten Suchthilfebereich erfasst, sind für 2000 rund 1.300 Klienten erfasst, etwa 2% der Gesamtzahl, davon über 90% Männer. Stationär werden etwa 300 Menschen mit dieser Diagnose in spezialisierten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe behandelt, also nur ein sehr kleiner Teil der Gesamtklientenzahl. Allerdings weist die seit Anfang der 80er Jahre stetig ansteigende Zahl von Selbsthilfegruppen sogenannter „Anonymer Spieler“ auf nun über 115 in über 80 Städten doch darauf hin, dass die Gruppe der Betroffenen deutlich größer ist, als die Anzahl derjenigen, die in eine Behandlung gehen. Auf den Sperrlisten der bundesdeutschen Casinos stehen 30.000 Namen, von denen zwei Drittel als spielsüchtig eingeschätzt werden. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Spieler wird auf 30.000 bis 100.000 geschätzt. Die therapeutischen Erfolge zwischen 50 bis 80%, nach denen die Behandelten entweder abstinent leben oder deren Erkrankung verbessert werden konnte, lassen jedenfalls die

Hoffnung zu, dass auch in diesem Bereich eine Suchttherapie lohnt.

Auch die Telephonhotline der BZgA wird in über 500 Fällen jährlich in Anspruch genommen.

Zocker-Hilfe Herford e.V.

Beim Diakonischen Werk in Herford gibt es bereits seit 1987 eine eigenständige Beratungsstelle für Glücksspielabhängige und ihre Angehörigen. Hervorgegangen ist Deutschlands älteste "Zockerberatung" aus der zum gleichen Träger gehörenden Jugend- und Drogenberatungsstelle, an die sich seit Anfang der 80er Jahre vermehrt Menschen mit einer Glücksspielproblematik wandten.

In der Anfangszeit hatten weit über 90% der bis auf wenige Ausnahmen männlichen Klienten Probleme mit Geldspielautomaten, wie sie in Gaststätten und Spielhallen aufgestellt sind.

In den letzten Jahren hat es einige Veränderungen auf dem nach wie vor expandierenden Glücksspielmarkt gegeben, die sich in den Statistiken der Suchtberatungsstellen niederschlagen. In unserer Herforder Beratungsstelle tauchen z.B. die ersten Klienten auf, die Probleme mit der neu eingeführten Sportwette Oddset haben, und auch der Anteil der Casinospiele hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen.

Jahr	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Anteil der Casinospiele in %	2,8%	3,5%	6,9%	5,5%	10,3%	10,0%	12,4%	15,4%	17,7%	16,6%	18,0%

Die Zunahme der hilfesuchenden Casinospiele, die auch von anderen Beratungsstellen sowie von stationären Einrichtungen verzeichnet wird, ist auf dem Hintergrund der Spielbankneugründungen der letzten Jahre zu verstehen. Gab es 1974 bundesweit 13 Casinos, so sind es heute 52 mit rund 60 Automaten-Dependancen. Die staatlichen Einnahmen aus Glücksspielen (ohne Geldspielautomaten) übersteigen übrigens seit 1998 die Erträge aus der Alkoholsteuer. In 2000 lagen die Einnahmen aus Glücksspielen um 1,892 Mrd. DM über der Alkoholsteuer.

Die Landesregierungen von Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen haben inzwischen auf die steigende Glücksspielsuchtproblematik in ihren Ländern reagiert und in ihr Spielbankengesetz (SH) bzw. in ihr Sportwettengesetz (NRW) einen Passus aufgenommen, der besagt, dass ein Teil der jeweiligen Einnahmen Hilfeeinrichtungen für Spielsüchtige zur Verfügung gestellt werden soll.

Die Zocker-Hilfe Herford ist ein Verein, der sich zum Einen als Sprachrohr der Betroffenen versteht, sich für Spielerschutzmaßnahmen einsetzt, in der Öffentlichkeitsarbeit aktiv ist und z.B. gemeinsam mit dem Fachverband Glücksspielsucht e.V. eine Homepage im Internet betreibt (www.gluecksspielsucht.de) und zum Anderen die konkrete Beratungsarbeit vor Ort unterstützt. Der Verein hat derzeit 110 Mitglieder, die sich hauptsächlich aus ehemaligen Klienten, Kolleginnen und Kollegen, politisch Interessierten und auch dem ein oder anderen Prominenten zusammensetzen. Aus Mitteln des Vereins finanzieren wir Projekte, die ansonsten nicht zu realisieren wären, wie z.B. die regelmäßige Sprechstunde einer Anwältin, die bei der Schuldenregulierung unterstützt und eine Kontomitverwaltung anbietet, ein regelmäßiges Lauftraining mit einem Sporttherapeuten, Honorarkräfte als Co-therapeuten für die Gruppenarbeit oder Infomaterial (Flyer und Plakate) über die Beratungsstelle, das an alle Arztpraxen in der Region verteilt wurde.

Kontakt:

Zocker-Hilfe

Ilona Füchtenschnieder

Auf der Freiheit 25

32052 Herford

Tel.: 05221-599850

Fax: 05221-599875

Email: spielsucht@t-online.de

www.gluecksspielsucht.de

3.7 Selbsthilfegruppen von Drogenabhängigen

In Deutschland gibt es eine lange und erfolgreiche Geschichte von Selbsthilfegruppen von und für Suchtkranke. Behandlungsbedürftige Alkoholranke haben es nicht mehr in der Hand, wieviel sie trinken. Sie können nicht nur nicht mehr aufhören, sie brauchen den Alkohol, um zu funktionieren. Aber nicht nur sie sind von der Alkoholkrankheit betroffen. Mit ihnen leiden mehr als 5 Mio. Angehörige, Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen. Für viele der Betroffenen sowie der Angehörigen sind die Selbsthilfeorganisationen oft Rettung aus größter Not. „Vor Ort“ - leisten sie schnell und unbürokratisch Hilfe. Betroffene und ihre Angehörigen erhalten hier wichtige Informationen z.B. zum Thema „Suchtbewältigung“ mit entsprechenden Adressen. Gleichzeitig bieten sich Selbsthilfeorganisationen auch als Mittler zwischen Ärzten und Patienten an. Betroffene finden hier Verständnis, Zuspruch und damit ein Stück Selbstvertrauen.

Aus unserem Gesundheitswesen sind Selbsthilfeorganisationen deshalb heute nicht mehr wegzudenken. Ihre vielseitige, von Menschlichkeit und Bürgernähe geprägte Arbeit kann durch staatliche Organisationen nicht ersetzt werden. Darüber hinaus erinnern uns Selbsthilfegruppen mit ihren vielen ehrenamtlichen Mitarbeitern an unsere Mit-Verantwortung - nicht nur für die eigene Familie, sondern darüber hinaus für diejenigen unter uns, die sich selbst nicht mehr helfen können. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt deshalb seit vielen Jahren Selbsthilfeverbände und fördert verschiedene Modellprojekte, u.a.:

- "Isolation Suchtkranker überwinden - Verbesserung der aufsuchenden Hilfe bei Abhängigkeitskranken durch die Selbsthilfe". Die Mitarbeiter der Selbsthilfegruppen sollen für die aufsuchende Hilfe besser qualifiziert werden. Durch eine Fragebogenaktion soll festgestellt werden, wie hoch der Anteil der aufsuchenden Hilfe ist und welche Erfahrungen vorliegen, wo Schwierigkeiten und Widerstände bestehen und warum.
- "Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung". Das Ziel ist, sozial nicht mehr integrierte Suchtkranke zu erreichen, Impulse zu setzen, aktive Gestaltungsprozesse in den jeweils gegebenen Lebensbedingungen zu entwickeln und dabei soziale Integration und ggfs. berufliche Perspektiven zu entwickeln. Es geht auch um die Evaluation der Thematik "Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung" unter besonderer Berücksichtigung des lebensnahen und praxisorientierten Ansatzes der Suchtselbsthilfe /ehrenamtl. Suchtkrankenhilfe und Arbeitslosen-Selbsthilfe und um Entwicklung von Modell-Strategien und Maßnahmen.
- "Rückfall in der Sucht-Selbsthilfegruppe". Es geht um die Förderung eines offenen und konstruktiven Umgangs mit Rückfällen innerhalb der Suchtselbsthilfe; um die Erörterung möglicher Hintergründe und Ursachen. Evaluierung und Entwicklung von Möglichkeiten der Rückfallbearbeitung in der Gruppe mittels Trainingsprogrammen und Evaluierung und Entwicklung einer möglichen Rückfallprävention.

Bislang standen die Selbsthilfegruppen für Alkoholranke im Vordergrund der öffentlichen Aufmerksamkeit, weil ihre Mitarbeit auch zum festen Bestandteil professioneller Hilfe gehört. Es haben sich nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in den rund 8.000 Selbsthilfegruppen rund 150.000 Suchtkranke zusammengefunden. Gerade durch gemeinsame Projekte und regelmäßige Auseinandersetzungen entsteht in der Selbsthilfe eine Identifikation, die konstruktiv genutzt werden kann. So entdeckt die/der Einzelne seine Ressourcen neu, kann sie nutzen und einsetzen, lernt dazu und leistet etwas. Emotionen und Wünsche werden deutlich und können ausgesprochen und bearbeitet werden. Untersuchungen (z.B. Fredersdorf 1997)²⁷ belegen, dass dieser Effekt über die Grenzen spezifischer Abhängigkeiten hinaus gilt.

In Deutschland sind *Selbsthilfegruppen im Bereich der illegalen Drogen* selten. Es gibt eine Reihe lokaler Gruppen der ‚narcotic anonymous‘ sowie Gruppen der Selbsthilfeorganisation „JES“ (Junkies, Exuser, Substituierte). Dennoch haben sich einige sehr erfolgreiche Nachsorgeprojekte aus dem Prinzip der Selbsthilfe entwickelt. Ausserdem gibt es einige sog. *stationäre Selbsthilfeorganisationen*, die einen vorübergehenden Aufenthalt in einer Selbsthilfeeinrichtung anbieten (*Synanon, Elrond u.a.*). Selbsthilfeprojekte beziehen dabei immer auch professionelle Hilfe mit ein, deren Anteil mehr oder weniger stark ausgeprägt sein kann.

Um ein Bild davon zu bekommen, wen die ambulante Drogenselbsthilfe ansprechen und erreichen kann und welche Wirkung sie auf Konsumverhalten und Krankheitsverlauf ihrer Mitglieder ausübt, hat das Bundesministerium für Gesundheit PD Dr. Frederic Fredersdorf mit einer Studie beauftragt, die 2001 abgeschlossen wurde²⁸. Es ist gelungen, erstmals ein breitgefächertes Bild der Suchtselbsthilfe im Bereich der illegalen Drogen in der Bundesrepublik aufzuzeigen und die Vielfältigkeit der verschiedenen Ansätze von Akzeptanz- bis Abstinenzorientierung anschaulich zu machen.

Vertreter von JES (Junkies, ExUser und Substituierte) and Narcotics Anonymous wurden zu Selbstverständnis und Aktivitäten befragt. Daten aus der Dokumentation stationärer Hilfen wurden dem gegenübergestellt. Insgesamt 265 Initiativen wurden gefunden, die sich den Themen „Leben mit Drogen“, Drogenpolitik und Hilfe für ihre Mitglieder widmen. Von diesen beteiligten sich 73 (27,5%) an einer Umfrage, von den verschiedenen Gruppentypen nahmen zwischen einem Viertel bis zu 80% der Mitglieder teil. Die Gruppen tendieren von

²⁷ Fredersdorf (1997): Sucht, Selbsthilfe und soziale Netzwerke; Katamnese der Suchtselbsthilfe Synanon; Geesthacht

²⁸ F. Fredersdorf, Studie zur ambulanten Suchtselbsthilfe in Deutschland, BMG 2001

den Teilnehmerzahlen nach oben, Kooperation mit dem medizinischen System und der professionellen Suchthilfe findet mehr Akzeptanz als häufig vermutet.

JES – das bundesweite Selbsthilfenetzwerk der Junkies, Ehemaligen und Substituierten

JES wurde 1989 im Rahmen eines Fortbildungsseminars der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Hamburg als Selbsthilfenetzwerk und Interessenvertretung von und für Menschen gegründet, die illegalisierte Drogen nehmen oder genommen haben.

Mittlerweile arbeiten mehr als 30 Gruppen, Initiativen und Vereine sowie zahlreiche Einzelaktivist(inn)en im JES-Netzwerk zusammen. Unser Ziel ist es, ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Leben mit Drogen zu ermöglichen, also ohne Bedrohung durch Strafverfolgung, Kriminalisierung, Krankheit und Ausgrenzung. Um dieses Ziel zu erreichen, leisten wir Hilfe zur Selbsthilfe und setzen uns für eine grundsätzliche Neuorientierung der Drogenpolitik ein – das heißt vor allem: Abkehr von der alleinigen Orientierung an der Abstinenz sowie Abschied von Unterdrückung und Verfolgung von Drogengebrauch und Drogengebraucher(innen).

Da eine solche Neuorientierung nicht von heute auf morgen zu erreichen ist, verfolgen wir eine „Politik der kleinen Schritte“ und leisten auch gesellschaftliche Arbeit. Dazu gehört zum Beispiel, die Öffentlichkeit über die Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Drogenproblemen aufzuklären und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, mit welchen menschenunwürdigen Zuständen und zerstörerischen Prozessen Drogen konsumierende Frauen und Männer gegenwärtig konfrontiert sind, wie diese zustande kommen und Wirkzusammenhänge aufgelöst werden können. Hierbei hat unsere Forderung „für ein Leben mit Drogen“ eine zentrale Bedeutung und ist die Grundlage aller im Netzwerk JES arbeitenden Gruppen

Dabei verherrlichen wir den Drogenkonsum weder, noch rufen wir dazu auf. Auch wir wissen, das manche Drogengebraucher/innen nicht ohne Drogen leben können. Wir wissen aber auch, das viele nicht ohne Drogen leben *wollen* und (mehr oder weniger) selbstbestimmt mit ihnen umgehen können. Wir akzeptieren deshalb jede Entscheidung – mit oder ohne Drogen leben zu wollen.

Dieser Respekt, Akzeptanz und Authentizität stellen die besondere Stärke des JES-Netzwerks dar, denn sie verschaffen uns wiederum Akzeptanz in der Szene – ebenso wie die Tatsache, dass wir bei der Betroffenenkompetenz ansetzen und unsere Botschaften deswegen authentisch sind. Dem Netzwerk erschließen sich damit andere Potentiale als dem professionellen Hilfesystem, zum Beispiel auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für Drogengebraucher/innen sowie in der HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention. Mit vielfältigen Angeboten und Aktivitäten – z.B. *Streetwork, Arbeit mit Inhaftierten, Spritzentausch, Beratung und Betreuung, Substitutionsvermittlung, Safer-Use-Beratung, Kontaktarbeit in eigenen Einrichtungen, Fort- und Weiterbildung, Entwicklung von Informationsmaterialien uvm.* – hat JES sowohl auf Bundes- und regionaler Ebene als auch vor Ort seinen Platz in der „Hilfelandchaft“ gefunden.²⁹

Die durch die Deutsche AIDS-Hilfe 1998 durchgeführte „*Evaluation der Leistungsangebote von JES im Drogenhilfesystem*“ macht die Differenziertheit und Wichtigkeit der Angebote und Aufgaben des JES Netzwerks deutlich. Im Folgenden stellen wir zwei willkürlich ausgewählte Projekte³⁰ vor, die vielleicht einen Eindruck von der Vielfalt des JES-Netzwerks und von unserer Arbeit geben:

HIV/AIDS- und Hepatitisprävention im Justizvollzug

Die Arbeit in Justizvollzugsanstalten ist für jedes Mitglied einer JES- Gruppe eine große Herausforderung, haben doch viele von uns bittere (und vielfach wenig hilfreiche) Erfahrungen mit Inhaftierungen machen müssen. Dennoch verstehen wir es als unsere solidarische Verpflichtung, hier tätig zu werden, auch wenn es größte Überwindung kosten mag (vorausgesetzt, man lässt uns; viele JES- Mitglieder erhalten aufgrund ihrer Biographie gar keinen oder nur beschränkten Zugang zu Strafanstalten).

Ein Beispiel für den Einsatz hinter Gittern ist die Betreuungs- und Präventionsarbeit, die JES-Mitglieder in der JVA Vechta leisten: Im Rahmen eines Modellprojekts zur Spritzenvergabe machen sie in Gruppen- und Einzelgesprächen auf das Risiko einer Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis beim Drogenkonsum aufmerksam und weisen auf schadensminimierende Strategien hin (Safer Use, das heißt zum Beispiel: nur steriles oder zumindest desinfiziertes Spritzbesteck und –Zubehör zu verwenden). Aufgrund des großen Erfolgs dieses Angebots wurde JES nun auch beauftragt, im Rahmen der Fortbildung für Justizvollzugsangestellte eine Informationsveranstaltung zum Thema „Drogengebrauch und Lebenswelten Drogen gebrauchender Menschen“ an der Justizvollzugsschule Falkenrott durchzuführen.

Mobile Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Projekts bieten JES- Mitglieder in einer großen deutschen Stadt einen mobilen Spritzentausch an relevanten Szenetreffpunkten an. Auf diese Weise werden die Ressourcen und Kompetenzen Drogen Gebraucher, ehemals Drogen Gebraucher und Substituierter für die Selbsthilfe- und für die Präventionsarbeit erschlossen und genutzt.

Nachdem die an einer Mitarbeit interessierten JES- Mitglieder vor dem Start des eigentlichen Projekts an einer verpflichtenden eintägigen Fortbildungsveranstaltung zum Thema Safer Use und Grundlagen der ersten Hilfe

²⁹ Vergl. F. Fredersdorf, Studie zur ambulanten Suchtselbsthilfe in Deutschland, BMG 2001

³⁰ Auf eine Namensnennung wird bewusst verzichtet, da vergleichbare Angebote von JES Gruppen auch in anderen Städten durchgeführt werden.

teilgenommen haben, suchen sie in Zweiertteams – ausgerüstet mit sterilen Spritzen, Nadeln, Tupfer, Entsorgungsbox Verband, Infomaterial usw. – Treffpunkte von offenen Szenen auf. Dort stehen sie als Ansprechpartner/innen zur Verfügung und bieten Wundversorgung sowie Spritzentausch an (als Maßnahmen zur Schadensminimierung). Darüber hinaus machen sie – z.B. mittels eines Flyers – auf das Selbsthilfeangebot ihrer JES- Gruppe aufmerksam.

Aufklärung, Unterstützung, Rat und Hilfe: All dies geschieht von Gleich zu Gleich (*peer support*) und ermöglicht so eine hohe Authentizität der zu vermittelnden Botschaften sowie die nötige Akzeptanz bei der Zielgruppe. Dabei kommt diese Arbeit aber nicht nur der Zielgruppe zugute, sondern auch den JES- Mitgliedern selbst: Die Übernahme von Verantwortung und das Erkennen und Einsetzen der eigenen Kompetenzen und Ressourcen trägt zur Stärkung des Selbstwertgefühls bei.

Doch auch wenn das bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES in den letzten 12 Jahren viel geleistet und erreicht hat – die Erfolge dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, das die Selbsthilfe von Drogengebraucher(inne)n, insbesondere von denjenigen, die ihr Recht auf ein menschenwürdiges Leben mit Drogen einfordern, nach wie vor auf Abwehr und Ressentiments stößt und das Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit mit JES – abgesehen von AIDS-Hilfen und anderen Trägern akzeptierender Drogenarbeit – kaum zu finden ist.

Es bleibt also viel zu tun; seine Potentiale kann JES erst dann voll entfalten, wenn die Mauer aus Skepsis und Vorurteilen durchbrochen wird und JES als gleichberechtigter Partner Anerkennung findet.

Mehr zu JES: <http://jes.aidshilfe.de/>

Bundesweites JES- Netzwerk c/o Deutsche AIDS-Hilfe, Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin

Tel: 030/ 690087- 56, Fax: 030/ 690087- 42

Fazit der Untersuchung ist, dass ambulante Drogenselbsthilfe eine Reihe konstruktiver psychischer, sozialer und substanzbezogener Effekte bei ihrer Klientel bewirkt. Sie kann die individuelle Abstinenzorientierung steigern, das Rückfallrisiko mindern, soziale Netzwerke bilden. Sie verbessert die individuellen Lebensumstände ihrer Klientel und kann helfen, die Einnahme von Substanzen zu verringern.

Die Studie trägt dazu bei, die Handelnden innerhalb des Drogenselbsthilfesystems besser zu verstehen und die Bedingungen für den Erfolg ihres Einsatzes besser abschätzen zu können.

SYNANON

Selbsthilfe

SYNANON ist eine Suchtselbsthilfe-Gemeinschaft, die 1971 von Betroffenen für Betroffene gegründet wurde. Nach mehr als 30 Jahren erfolgreicher Suchthilfearbeit sind wir in SYNANON der Überzeugung, dass jeder Suchtmittelabhängige die Fähigkeit in sich trägt, wieder ein drogenfreies Leben zu erleben, wenn ihm der geeignete Rahmen dafür geboten wird.

Lebensschule

SYNANON versteht sich heute als "Lebensschule auf Zeit". In dieser Lebensschule sollen die süchtigen Menschen lernen, wie sie auch nach ihrem Aufenthalt bei SYNANON dauerhaft nüchtern leben können.

Aufnahme sofort

Im Rahmen unseres bundesweit einmaligen Projektes "Aufnahme sofort" kann jeder Süchtige zu uns kommen - jederzeit und ohne Vorbedingung, ohne Wartezeit. Er benötigt keine Kostenzusage, Zahnsanierung oder Ähnliches.

Regeln

Um eine erfolgreiche Suchtarbeit leisten zu können, ist die Einhaltung der Drogenabstinenz dringend erforderlich. So gelten für alle SYNANON-Bewohner folgende drei Regeln:

1. keine Drogen, kein Alkohol oder sonstige Suchtmittel
2. keine Gewalt oder deren Androhung
3. kein Tabak - wir rauchen nicht

Entzug

Der Suchtmittelentzug findet ohne Einnahme von Ersatzstoffen bei uns im Hause statt. Hierbei stehen uns Ärzte bzw. Krankenhäuser unseres Vertrauens mit Rat zur Seite.

Kontaktpause

In den ersten drei Monaten erhält der neue SYNANON-Bewohner die Möglichkeit, sich ausschließlich auf sich selbst zu konzentrieren und sich in seinem neuen Lebensumfeld einzufinden. Für jeden neuen Bewohner gilt eine Kontaktpause zu Menschen außerhalb SYNANONs von drei Monaten.

Leben in SYNANON

Jeder neue Bewohner erhält Einblick in die verschiedenen Arbeitsbereiche von SYNANON. Nach der Zeit in der Hauswirtschaft erfolgt der Wechsel in einen der Zweckbetriebe oder in andere Arbeitsbereiche des Hauses. Der Tagesablauf ist strukturiert, die zu verrichtende Arbeit sinnvoll und im Interesse der Gemeinschaft, so dass die Grundvoraussetzungen für ein nüchternes Leben gelernt werden.

Suchthilfe

Suchtarbeit findet vorwiegend in den regelmäßig stattfindenden Gruppengesprächen statt. Dort erhält jeder Bewohner die Gelegenheit, seine Probleme anzusprechen und auch Lösungen hierfür zu finden. SYNANON-Bewohner, die bereits länger bei SYNANON leben, wirken im Rahmen der Suchtselbsthilfe kompetent, unterstützend und nicht zuletzt auch als Vorbild für neue Bewohner.

Zivil- und strafsächliche Betreuung

Die Mitglieder der Abteilung Zivil- und Strafsachen begleiten die SYNANON-Bewohner zu Ärzten, Gerichten und Behörden. Sie helfen bei der Auseinandersetzung und Regelung von Angelegenheiten des Einzelnen und wirken vermittelnd zwischen dem Betroffenen und seinen Angehörigen und Gläubigern. Durch langjährige, gute Zusammenarbeit konnte sich zu Gerichten, Behörden und Bewährungshelfern ein vertrauensvolles Verhältnis entwickeln.

Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung

In SYNANON werden derzeit 13 Ausbildungsberufe im kaufmännischen und gewerblichen Bereich angeboten. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist ein Kernstück der SYNANON-Lebensschule, denn nur mit einer beruflichen Perspektive erhält der Einzelne eine Chance, wieder in den ersten Arbeitsmarkt integriert zu werden.

Beschäftigungsprojekt

In Zusammenarbeit mit dem Senat von Berlin bieten wir unseren Bewohnern sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze in einem Beschäftigungsprojekt mit 30 Plätzen an.

Freizeit

Das Freizeitangebot in SYNANON umfasst die unterschiedlichsten Bereiche wie Fußball, Volleyball, Jogging, Schach, Bowling, Kegeln, Theater, Museen, Ausstellungen, Seminare, Eurythmie, Wochenendaktivitäten und dergleichen mehr.

Finanzierung

Aufgrund der angespannten öffentlichen Haushaltslage sind wir in SYNANON immer mehr auf Unterstützung von Freunden, Förderern und Spendern, auf Zuweisungen von Geldbußen durch Gerichte und nicht zuletzt auf Aufträge an die SYNANON-Zweckbetriebe angewiesen.

Nachsorge

Wir bieten ehemaligen SYNANON-Bewohnern aber auch anderen nüchtern lebenden Süchtigen Arbeitsplätze in den Zweckbetrieben an. Auch sind wir behilflich bei der Vermittlung von Wohnungen oder Wohnplätzen.

Vernetzung im Suchthilfesystem

Wir arbeiten eng mit Trägern des Berliner Verbundsystems zusammen (z. B. Drogennotdienst), sind Gründungsmitglied von "InnerCity", einer Arbeitsgemeinschaft von abstinenzorientierten Berliner Einrichtungen. Außerdem sind wir Mitglied im überregionalen "Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V." (FDR).

Kontakt:

STIFTUNG SYNANON, Bernburger Straße 10, 10963 Berlin,

Telefon: 030/55000-0, Telefax: 030/55000-220

E-Mail: info@stiftung-synanon.de, Internet: www.synanon.de

3.8 Drogenkonsum vor und in der Haft³¹

Ein regelmäßiges bundesweites Monitoring der Drogensituation in Haftanstalten existiert nicht. In den letzten Jahren wurden einzelne empirische Studien zum Drogengebrauch im Justizvollzug durchgeführt. Schätzungen über das Ausmaß der Drogenabhängigkeit in Haftanstalten variieren beträchtlich und reichen von ca. 30% [Einschätzung einer „Suchtmittelproblematik mit illegalen Drogen“ durch JVA-Angestellte (Küfner, Beloch, Scharfenberg, Türk 1999³²) bis zu mindestens 50%, im Frauenvollzug sogar 70 - 80% (Meyenberg, Stöver, Jacob, Pospeschill 1999)³³. Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation aller Inhaftierten wären das 17.200 bis 29.200 männliche und 700 bis 1.900 weibliche (ehemalige) Drogen Konsumierende.

³¹ Dieser Teil des Drogen- und Suchtberichtes ist dem "Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001" der Deutschen Referenzstelle für die europäische Drogenbeobachtungsstelle (DBDD) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom 01.12.2001 entnommen.

³² Küfner et. al. (1999): Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtfgefährdete und suchtkranke Gefangene; Baltmannsweiler

³³ Meyenberg et. al. (1999): Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug; Universität Oldenburg

3.8.1 Infektionsrelevantes Risikoverhalten in der Haft

In den letzten Jahren sind mehrere Studien zu HIV/AIDS und Hepatitis Infektionen in Gefängnissen durchgeführt worden. 1998 wurden beispielsweise die Ergebnisse einer multizentrischen europäischen Studie veröffentlicht (Weilandt & Rotily 1998)³⁴. Im Rahmen dieser Erhebung, die in Frankreich, Deutschland, Italien, Portugal, Spanien, Schweden und Belgien durchgeführt wurde, wurden durch Speicheltests HIV und HCV Prävalenzen bestimmt. Die Prävalenz von HIV lag bei den i.v. drogenkonsumierenden Haftinsassen der deutschen Justizvollzugsanstalt bei 1,4% (N = 143), bei den nicht i.v. Drogenkonsumenten bei 0,4% (N = 284). Die Prävalenz von Hepatitis C betrug bei i.v. Drogenkonsumierenden 14,4%, jedoch nur 0,4% unter der nicht i.v. Drogenkonsumenten. Die Prävalenzen in den deutschen Gefängnissen waren jedoch deutlich niedriger als in anderen europäischen Gefängnissen (mit HIV-Prävalenzen bis zu 28% und HCV-Prävalenzen bis zu 64% bei i.v. Drogenkonsumenten). Die Prävalenz der Infektionserkrankungen HIV, Hepatitis B und C im Hamburger Justizvollzug wurde in einer prospektiven Längsschnitterhebung von Püschel & Heinemann (1999) von 1991 bis 1997 untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Gesamtprävalenz für HIV-Infektionen zwischen 1,1% und 1,9% lag. Die höchsten Prävalenzen sowie die deutlichste Zunahme zeigte sich in der Gruppe der drogenabhängigen Inhaftierten. Da der Strafvollzug im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Bundeslandes liegt, gibt es bundesweit keine einheitliche Regelung der infektionsrelevanten Testpraxis von Gefangenen. In den meisten Ländern wird eine HIV-Testung auf freiwilliger Basis bei der Eingangsuntersuchung durchgeführt. In einigen Bundesländern wird in den Justizvollzugsanstalten ein AIDS-Test routinemäßig im Rahmen der medizinischen Eingangsuntersuchung durchgeführt, soweit der Häftling sein Einverständnis dazu gibt. In anderen Länder wird nur auf Wunsch des Gefangenen eine Testung vorgenommen. Hepatitistestungen sind eher selten, werden jedoch auf lokaler Ebene vorgenommen. Hamburger Gefängnisse haben beispielsweise Testraten von 80-90%. Die Daten stehen allerdings für statistische Zwecke bisher nicht zur Verfügung.

Hepatitis B, C und HIV sind Infektionskrankheiten, die bei Drogenkonsumenten häufig in der Folge von intravenöser Substanzapplikation auftritt. Gemeinsames Benutzen von Nadeln und Spritzen ("needle sharing") oder das Aufteilen von Drogen mit Hilfe einer Spritze ("Drug sharing") bergen ein erhebliches Risiko, Viren und Bakterien über Bluteiweißreste

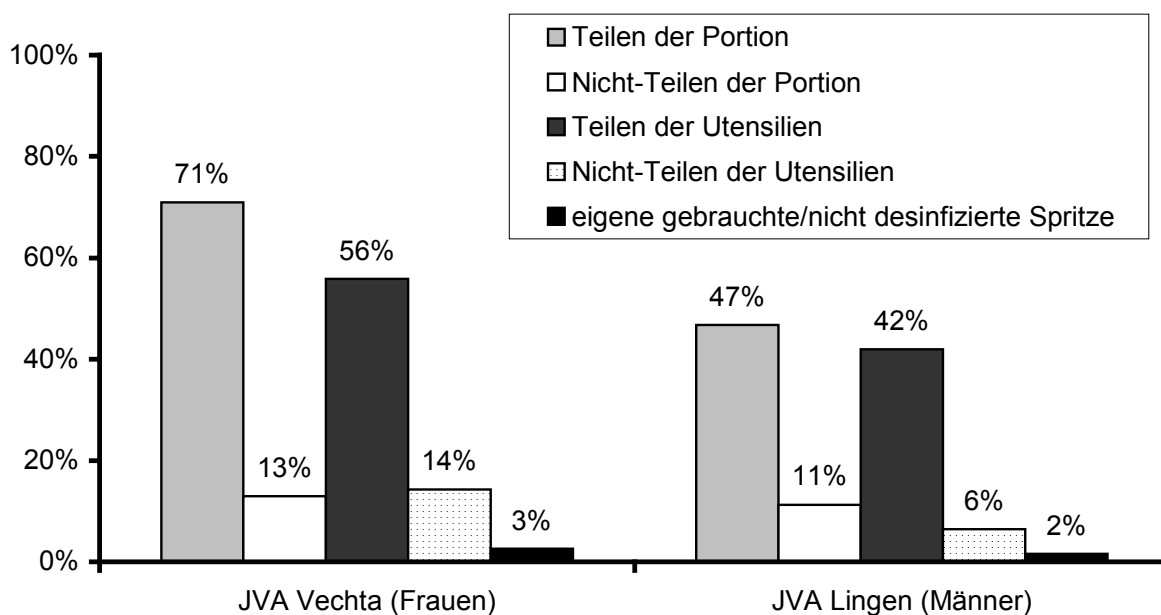
³⁴ Weilandt/Rotily (1998): European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons; Marseille/Bonn

an der Nadel zu übertragen. Auch unhygienische Bedingungen beim Injizieren, beispielsweise durch verunreinigte Löffel, gebrauchte Filter oder abgestandenes Wasser, sind gleichermaßen Quellen für Krankheitserreger. Das Anbringen von Tätowierungen und Piercings sind bei einem Teil der Drogenabhängigen üblich. Unsaubere, nicht sterile Werkzeuge sind weitere Risiken zur Übertragung von Infektionen. Das gilt besonders im Strafvollzug, wo der Zugang zu sterilen Spritzbestecken in der Regel nicht gewährleistet ist. In der multizentrischen Studie „European Network on HIV / AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons“ (Rotily & Weiland 1999) gaben insgesamt 33% (N = 143) der befragten Insassen (N = 437) einer Kölner Justizvollzugsanstalt intravenösen Drogenkonsum vor Haftantritt an. Die risikoreiche Konsumform war bei männlichen und weiblichen Insassen ähnlich häufig. Fast alle von ihnen (92%) gaben an, innerhalb der letzten vier Wochen vor der Inhaftierung Drogen injiziert zu haben. Hochfrequenter Konsum, d.h. mehr als 20 Injektionen in vier Wochen, wurde besonders häufig genannt (61%). Von den Befragten mit i.v. Drogenkonsum vor Haftantritt gab insgesamt ein Drittel (36%) intravenösen Drogenkonsum in Haft an, Injektionsutensilien mit anderen geteilt zu haben gaben insgesamt 27% an. Die Prävalenzen von Drug- und Needle-Sharing sind in dieser Studie deutlich niedriger als im Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe von Meyenberg et al. (1999). Hier wurde das Teilen von Drogen und Injektionsutensilien von den Befragten von 47% der Haftinsassen bejaht, 42% gaben an die Utensilien zu teilen. Bei den Haftinsassinnen war die Bereitschaft dazu noch größer (Teilen der Portion bei 71% der Frauen, Teilen der Utensilien bei 56%).

In einigen Bundesländern wurde modellhaft die Abgabe von sterilem Spritzbesteck an drogenabhängige Häftlinge erprobt, um damit Infektionsrisiken zu minimieren. In beiden Justizvollzugsanstalten, in denen das Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe in Niedersachsen durchgeführt wurde (Meyenberg, Stöver, Jacob & Pospeschill 1999) waren Heroin (Frauen = 86%, Männer = 95%) und Kokain (Frauen = 64%, Männer 62%) die Substanzen, die am häufigsten intravenös appliziert wurden. Eine HIV-Serokonversion gab es nicht. Das Projekt konnte umgesetzt werden, ohne dass die befürchteten Folgen eintrugen. Weder wurden Spritzen als Waffen eingesetzt, noch nahm der Drogenkonsum zu. Beim Personal ist das Modellprojekt zudem auf Akzeptanz gestoßen³⁵. Im Hamburger Projekt³⁶ wurde festgestellt, dass das riskante needle-sharing deutlich zurückging, allerdings gab es Probleme wegen Automatendefekten.

³⁵ Jacob/Stöver: Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug - Ergebnisse der Begleitforschung & Kepler: Medizinische Evaluation des Spritzenvergabeprojektes in der Frauen JVA Vechta; In: LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug; AIDS-Forum Bd. 42 Deutsche AIDS-Hilfe; Berlin 2001

³⁶ Heinemann/Gross: Infektionsprophylaxe für Drogenkonsumenten im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einmalspritzen über Automaten; In: Sucht Nr.1, Februar 2001; S.57ff.

Abbildung 1: Drogenkonsumformen bei Gefängnisinsassen (JVAs Vechta und Lingen)

Quelle: Meyenberg, Stöver, Jacob & Pospeschill (1999)

3.8.2 Konzepte zur Nachfragereduzierung im Gefängnis

Repression ist und war für lange Zeit die primäre drogenpolitische Strategie im Umgang mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im Justizvollzug. Durch Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Überwachungskameras, Wachpersonal), Kontrollen (z.B. Urinkontrollen, Haftraumkontrollen) und entsprechende Konsequenzen (z.B. Wegfall von Lockerungsmaßnahmen) soll Drogengebrauch eingeschränkt werden. Externe Suchtberatung an JVAs existiert seit Mitte der 80er Jahre und scheint sich langsam zu etablieren. Drogenkonsum im Vollzug wird nicht mehr grundsätzlich gelehnt, als Ziel für die Haftanstalt gilt jedoch nach wie vor Drogenfreiheit. Dem Paradigma von „Sucht als Krankheit“ wird auch innerhalb des Justizvollzuges zunehmend Rechnung getragen. Neben repressiven Maßnahmen wird mittlerweile die Notwendigkeit von externen und internen Beratungsangeboten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen nicht mehr bestritten. Angebote für Konsumenten illegaler Drogen können sein:

- Schonräume für abstinente und nicht-abhängige Haftinsassen (drogenfreie Stationen),
- Information, Beratung und Motivierung bezüglich therapeutischer Maßnahmen,
- Unterstützung bei der Beantragung und Vermittlung von Abstinenztherapieplätzen,
- Maßnahmen der Schadensreduzierung (z.B. Spritzenvergabe),
- Medikamentengestützte Behandlung (z.B. Methadonsubstitution, Naltrexonbehandlung),

- Abklärung der Möglichkeiten von „Therapie statt Strafe“ gemäß § 35, 36 BtMG,
- Krisenintervention,
- Begleitende Einzel- oder Gruppengespräche während des Haftaufenthaltes.

Insgesamt können Qualität und Quantität der Maßnahmen sehr variieren. Drogenberatung kann intern durch festangestellte sozialpädagogische oder psychologische Fachkräften durchgeführt werden oder von externen speziellen Drogenberatungsstellen auf Anfrage oder im Rahmen einer festgelegten Stundenzahl übernommen werden. In den Bundesländern Berlin, Hamburg und Niedersachsen wurde Spritzenvergabe im Rahmen von Modellprojekten an kleineren JVA's erprobt. Safer-use Maßnahmen wie Spritzentausch-Programme und die Vergabe von Utensilien zur Spritzenreinigung wurden eingeführt, infektionsprophylaktische Weiterbildung von Gefangenen und Bediensteten wurde durchgeführt (vgl. Meyenberg et al. 1999). Ein Projekt im offenen Vollzug (Heinemann & Gross 2001)³⁷ zeigte eine Verringerung des Needle-Sharing durch Spritzenaustauschprogramme beim i.v. Konsum von 51 auf 26% (N = 49). Allerdings war der i.v. Konsum unter den Häftlingen mit 30% immer noch deutlich höher als in geschlossenen Anstalten, woher die Häftlinge kamen (17%).

Nach wie vor ist die Abgabe steriler Spritzbestecke in Haftanstalten bei den für den Strafvollzug zuständigen Länderjustizverwaltungen umstritten. Zwar ist die Anzahl der HIV-positiven inhaftierten Drogenabhängigen geringer, als zunächst befürchtet, aber dies darf eigentlich kein Grund sein, infektionspräventive Maßnahmen nicht durchzuführen. Eine solche zurückhaltende Haltung der allermeisten Landesjustizverwaltungen kann sich langfristig als kurzsichtig erweisen. Im übrigen hat die WHO in ihren internationalen Empfehlungen zum Umgang mit Gesundheitsproblemen im Strafvollzug zu Recht darauf hingewiesen, dass alle Maßnahmen, die zum Gesundheitsschutz außerhalb des Strafvollzugs angeboten werden (z.B. Methadonvergabe und Abgabe steriler Spritzbestecke) auch innerhalb der Haftanstalten zugänglich sein müssen. Das ist sowohl verfassungsrechtlich geboten, als auch gesundheitspolitisch sinnvoll.

³⁷ Heinemann/Gross (2001): Infektionsprophylaxe im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einmalspritzen über Automaten; Zeitschrift SUCHT 47,1

4 Behandlung von Suchterkrankungen

Behandlungsmaßnahmen zielen darauf ab, suchtmittelbedingte gesundheitliche Folgeschäden zu reduzieren und die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen zu erreichen. Durch Verbesserung der Qualitätssicherung verschiedener Behandlungsmaßnahmen (verbesserte Diagnostik, differenzierte individuell zugeschnittene Therapieangebote, Case Management etc.) verbessern sich auch die Behandlungsergebnisse (von der Erreichung einer zufriedenen Abstinenz bis zu einer gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung). Die Bundesregierung unterstützt deshalb auch die verschiedenen Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnostik und der Behandlung suchtkrankter Patienten.

4.1 Behandlungsnachfrage

Für das Jahr 2000 Jahr liegt erstmals eine systemübergreifende Dokumentation der Suchtkrankenhilfe in Deutschland vor. Die Auswertung bezieht sich nicht mehr nur auf die Software von EBIS³⁸ (Einrichtungsbezogenes Informationssystem für ambulante Einrichtungen), sondern integriert in systematischer Form auch die Daten der Softwareprogramme Horizont und Patfak.

Diese Jahresstatistik basiert auf Daten von insgesamt 135.105 Personen aus 401 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, von denen 22 die Auswertungssoftware von Horizont benutzten, 179 das EBIS-A Programm. Im stationären Behandlungsbereich liegen Daten von 12.183 Personen vor. 89 Einrichtungen verwendeten EBIS-S, 18 Patfak und 2 Horizont. Neben den bundesweit eingesetzten Behandlungsmonitoringsystemen existieren eine Reihe kleinerer regionaler Erfassungssysteme, z. B. in Hamburg und in Schleswig-Holstein. Die vorliegende Jahresauswertung 2000 deckt mit 401 Einrichtungen rund 40% aller 944³⁹ deutschen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen ab. Gemessen an den durch Rentenversicherungsträger finanzierten Entwöhnungsbehandlungen ergibt sich eine Deckungsquote von rund 66% im stationären Bereich⁴⁰. Die Aussagen über die

³⁸ In der EBIS/SEDOS-AG sind die Spitzenverbände der Einrichtungen und das durchführende Institut vertreten. Das sind der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e.V., der Deutsche Caritasverband (DCV) e.V., die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V., der Deutsche Orden KdÖR –Suchthilfe, der Fachverband Sucht e.V. und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands (GVS), IFT Institut für Therapieforschung.

³⁹ Länderkurzbericht 2000 (BMG 2001)

⁴⁰ VDR-Statistik Rehabilitation 2000, Tabelle 55M (VDR 2001)

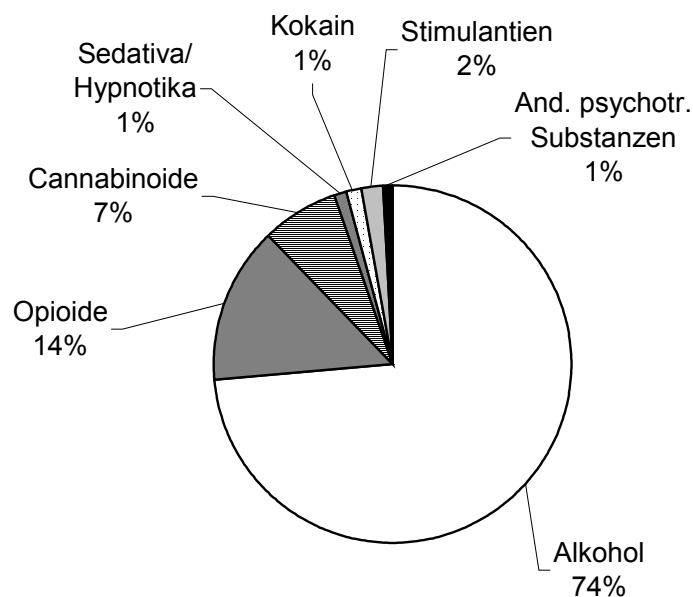
Behandlungssituation von Suchtkranken in Deutschland, die aus den vorliegenden Daten getroffen werden können, werden als hinreichend zuverlässig eingeschätzt.

Statistiken der Behandlungsdokumentation bieten gegenüber Bevölkerungsumfragen den Vorzug, Konsumenten „harter“ Drogen mit einzubeziehen, die sich den Repräsentativbefragungen erkennbar entziehen und dort zu verzerrten Ergebnissen führt. Demgegenüber müssen besonders bei Daten von Behandlungsmonitoringsystemen Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität in Kauf genommen werden.

4.1.1 Charakteristika der Behandlungsdaten

Daten der in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen betreuten Klienten zeigen, dass diese keineswegs eine homogene Gruppe darstellen. Im Jahr 2000 waren nahezu 80% aller 14.906 ambulant behandelten Klienten Männer. Über 80% aller männlichen und 75% aller weiblichen Klienten sind zwischen 15 und 34 Jahre alt.

Abbildung 2: Verteilung der Hauptdiagnosen bei deutschen Klienten



Quelle: EBIS 2000

4.1.2 Zur Entwicklung von ambulanten und stationären Leistungen⁴¹

An den in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1999 erbrachten 37.200 stationären Entwöhnungsbehandlungen haben Leistungen wegen Alkoholabhängigkeit mit 74% den weitaus größten Anteil; es folgen Leistungen wegen Drogenabhängigkeit mit 19% und wegen Mehrfachabhängigkeit mit 6% bei zunehmender Anzahl von Leistungen. Entwöhnungsbehandlungen wegen Medikamentenabhängigkeit haben dagegen einen verschwindend geringen Anteil. Bei den ambulant erbrachten Leistungen ist der Anteil derer wegen Alkoholabhängigkeit mit 88% wesentlich höher, an zweiter Stelle stehen Leistungen wegen Drogenabhängigkeit mit 9%. In Deutschland werden Leistungen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen in der Regel in einem stationären Behandlungssetting durchgeführt, aber ambulant erbrachte Leistungen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Wurden 1997 in der Gesetzlichen Rentenversicherung noch 4.108 Maßnahmen ambulant erbracht, waren es 1999 mit 6.593 bereits 60,5% mehr, während die Anzahl der erbrachten stationären Leistungen kaum Veränderungen in diesem Zeitraum erfährt.

Weibliche Abhängigkeitskranke haben in beiden Versicherungszweigen – im Vergleich zu Männern – einen relativ hohen Anteil an den ambulanten Leistungen. Diese Unterschiede lassen sich nicht aus der Suchtmittelspezifika erklären, da sie auch innerhalb vergleichbarer Indikationsgruppen auftreten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Rahmen der Suchtrehabilitation bevorzugt in den alten Bundesländern stattfindet, primär die Alkoholabhängigkeit betrifft und vorwiegend von Frauen und Rehabilitanden der Angestelltenversicherung vollzogen wird.

Zu den Behandlungserfolgen kann gesagt werden, dass aktuelle katamnestiche Untersuchungen zeigen, dass bei einer Behandlung einer Alkoholabhängigkeit rund 50% eine Abstinenz (rund 7% abstinent nach Rückfällen) erreichten, wobei Patienten, die bei der Therapie in einer festen Partnerschaft lebten, erfolgreicher waren, ebenso diejenigen, die zu Therapiebeginn erwerbstätig waren. Von denjenigen, die die Therapie nicht planmäßig beendet hatten, waren rund 20% dennoch abstinent. Insgesamt waren über 80% mit ihrer allgemeinen Lebenssituation zufrieden, wobei die abstinent lebenden Patienten deutlicher zufriedener als die rückfälligen. Der Anteil der arbeitslosen Klienten ist ein Jahr nach der Behandlung deutlich gesunken von 32% auf rund 17%.⁴²

⁴¹ Müller-Fahmow (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Expertise im Auftrag des Fachverbandes Sucht (FVS). Hrsg. vom Verband der Rentenversicherungsträger; DRV-Schriften Bd. 32

⁴² Kluger et.al.(2002): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige; In: Sucht Aktuell Nr. 1

4.1.3 Kosten der Suchtbehandlung

Die Rentenversicherungsträger haben für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke 1999 rund 870 Mio. DM aufgewendet. Das sind rund 22.000 DM pro Behandeltem. Für die rund 5.000 Frühberentungen, die Folgen einer zu spät behandelten Alkoholerkrankung sind, müssen fast 1 Mrd. DM aufgewendet werden, pro Kopf 206.000 DM.

Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung sind also notwendig und effektiv und diese Instrumente müssen noch besser angewendet werden. Die Behandlungsqualität kann sicherlich noch verbessert werden⁴³.

4.2 Maßnahmen zur Reduzierung tabakbedingter Erkrankungen

4.2.1 WHO Partnerschaftsprojekt gegen Tabakabhängigkeit 1999 - 2001

Das Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen hat im Rahmen des „Dritten Aktionsplanes für ein tabakfreies Europa“ das Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit durchgeführt.

Bei diesem Projekt handelte es sich um eine konzertierte Aktion der WHO mit vier europäischen Partnerstaaten (Deutschland, England, Frankreich und Polen) und Unternehmen der Privatwirtschaft. Im Projektverlauf sollten Raucher motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören und bei der Raucherentwöhnung die notwendige Unterstützung erhalten.

Das Europäische WHO-Partnerschaftsprojekt zur Reduzierung der Tabakabhängigkeit präsentierte vom 12.-14. Dezember 2001 in Prag die Resultate seiner dreijährigen Tätigkeit.

In Deutschland wird das Partnerschaftsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der *KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN* noch bis zum 31. Mai 2002 durchgeführt. Die Koalition gegen das Rauchen wird für dieses Projekt mit Mitteln des BMG gefördert.

⁴³Die neue „Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘“ zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vom 4. Mai 2001 ist ein wichtiger Beitrag dazu, weil diese Vereinbarung es erleichtern kann, die richtige Behandlung zur richtigen Zeit anbieten zu können, einschließlich einer methadon-gestützten Behandlung, zur Wiederherstellung einer Abstinenz, zur Behebung der körperlichen und seelischen Störungen durch diese Erkrankung und zu einer Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Bereits jetzt lässt sich absehen, dass Deutschland von der Teilnahme an dem WHO-Projekt sehr profitiert hat. Durch die fünf Aktivitätsbereiche des Projektes ist Raucherentwöhnung verstärkt ein Gesundheitsthema in der öffentlichen Diskussion geworden:

a. Statistiken zum Rauchverhalten:

In Deutschland gibt es vier aktuelle Surveys zum Rauchverhalten, die im Abstand von ein bis vier Jahren durchgeführt werden. Deutsche Experten trugen mit ihrem Fachwissen und ihren Erfahrungen zur Entwicklung des internationalen „Gold Standard Surveys“ zum Rauchverhalten bei.

b. Regelungen zu Tabakwaren und zu Raucherentwöhnungsprodukten:

In den vier Partnerländern werden Zigaretten und Nikotinpräparate zur Tabakentwöhnung nach sehr unterschiedlichen Vorschriften verkauft und kontrolliert. Im Rahmen des WHO-Projektes wurden die unterschiedlichen Vorschriften aufgezeigt und Veränderungen vorgeschlagen. Die deutsche Fachbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, beteiligte sich im Rahmen des WHO-Projektes an der Entwicklung der „WHO-Empfehlungen zur Deregulierung von Nikotinersatztherapeutika (Regulation of Nicotine Replacement Therapies(NRT): An Expert Consensus, 2001). Im Juni 2000 wurden Nikotinpflaster und Nikotinkaugummis (4mg) in Deutschland erstmalig aus der Rezeptpflicht herausgenommen.

c. Regelungen zum Nichtraucherschutz in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz:

Einen besonderen Schwerpunkt des WHO-Projektes stellte die Initiative „rauchfreies Krankenhaus“ -nach einem Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - dar. Zahlreiche Initiativworkshops zu Nichtraucherschutz und Raucherentwöhnung in Krankenhäusern wurden durch das Projekt ermöglicht. In Zusammenarbeit mit dem WHO-Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser entstand der Grundstein für ein „Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser“. Anfang 2002 stellte das WHO-Partnerschaftsprojekt den Leitfaden „Rauchfrei am Arbeitsplatz“ vor. Die Broschüre gibt Betrieben neben wichtigen Hintergrundinformationen auch Handlungsempfehlungen, um betriebliche Rauchbeschränkungen durch Raucherentwöhnungsangebote zu ergänzen und die Maßnahmen in die betriebliche Gesundheitsförderung einzubetten.

d. Qualitätssicherung in der Raucherentwöhnung:

Deutsche Raucherentwöhnungsexperten trugen auf mehreren internationalen Konferenzen zur Entwicklung der „WHO-Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Raucherentwöhnung, Juni 2001“ bei. In Krankenhäusern und ausgewählten Unternehmen wurden Vertreter der Gesundheitsberufe in Fortbildungs-Workshops im Rahmen des Projektes in qualitätsgesicherter Raucherentwöhnung ausgebildet. Zwischenzeitlich bieten das Deutsche Krebsforschungszentrum und das Institut für Nikotinforschung und Raucherentwöhnung regelmäßige Fortbildungsprogramme zur Raucherentwöhnung an.

Anfang 2001 stellte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihre Broschüre „Raucherentwöhnung in Deutschland“ mit einer Übersicht über alle in Deutschland angebotenen Methoden vor.

e. Kommunikationsstrategien:

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden Kommunikationsstrategien effektiver Medienkampagnen zur Raucherentwöhnung zusammengestellt, die bei der Entwicklung neuer Medien wichtige Informationen liefern werden.

Im Mai 2001 wurde in Berlin die Kunst-WIRKT-Kampagne durchgeführt. Neben einer Kunstausstellung mit 20 Kunstwerken europäischer Künstler, die sich mit dem Thema Rauchen auseinandersetzten, wurde eine nationale Posterkampagne unter dem Motto „Es ist keine Kunst, mit dem Rauchen aufzuhören“ durchgeführt.

Das Partnerschaftsprojekt endet in Deutschland am 31. Mai 2002.

Am 17. und 18. Juni 2002 wird in Bonn im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine nationale Abschluss- und Perspektiv-Konferenz zum WHO-Partnerschaftsprojekt veranstaltet, auf der, auf der Basis der vorliegenden Projektergebnisse, Ziele und Perspektiven zum Thema Raucherentwöhnung diskutiert und entwickelt werden sollen.

4.3 Maßnahmen zur Reduzierung alkoholbedingter Erkrankungen

4.3.1 Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Beratungsmaterialien der Bundesärztekammer und der BZgA für die ärztliche Praxis

Bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit und des problematischen Alkoholkonsums hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Wandel vollzogen. Im Gegensatz zu früheren Annahmen wird heute nicht mehr davon ausgegangen, dass der Ausstieg aus der Abhängigkeit grundsätzlich von der Erfahrung eines „Tiefpunktes“ abhängt. Vielmehr hat sich die begründete Überzeugung durchgesetzt, dass durch gezielte Interventionen schon in früheren Stadien der Suchtkarriere eine Umkehr eingeleitet werden kann. Riskantes Trinkverhalten muss nicht in einen Alkoholmissbrauch und Missbrauch nicht in eine Abhängigkeit münden, wenn das Verhalten rechtzeitig erkannt und behandelt wird.

Der quantitativ bedeutsamste Bereich für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen ist die Hausarztpraxis. Etwa 70 – 80% der Menschen mit

Alkoholproblemen gehen innerhalb eines Jahres mindestens einmal zu ihrem Hausarzt (Wienberg, 2001).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat eine Initiative des Fachverbandes Sucht aufgegriffen und in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer den Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ erarbeitet und herausgegeben.

Zielsetzung des Leitfadens ist es, den niedergelassenen Ärzten

- eine übersichtliche Darstellung der für die Praxis nützlichen Fachinformationen zum Thema Alkoholkonsum zu geben;
- praktikable, einfach zu handhabende Diagnoseinstrumente zu vermitteln;
- ein Repertoire von aufeinander aufbauenden Interventionsschritten darzustellen, die in einem realistischen Zeitrahmen im Praxisalltag durchzuführen sind;
- Techniken der Gesprächsführung zusammenzufassen;
- Informationen zur Weitervermittlung von Patienten zur Verfügung zu stellen.

Ausführlich werden die einzelnen Beratungs- und Behandlungsschritte für verschiedene Diagnosegruppen beschrieben⁴⁴. Dargestellt ist die Intervention bei Patienten mit

- risikoarmem Alkoholkonsum
- riskantem Alkoholkonsum
- schädlichem Konsum
- Alkoholabhängigkeit

4.3.2 Broschüre „Alles klar?“

Zur Unterstützung des ärztlichen Beratungsgesprächs ist die BZgA-Broschüre „Alles klar? – Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ geeignet, die ebenfalls über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezogen werden kann. Sie fasst die wesentlichen Informationen zum Thema Alkohol zusammen und soll möglichst im direkten Gespräch an die Patienten weitergegeben werden. Anhand eines Selbsttests können Patienten für sich klären, ob sie einen risikoarmen, riskanten, schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsum aufweisen. Die Broschüre zeigt Wege auf, wie Menschen riskante Trinkgewohnheiten dauerhaft verändern können. Weitere wichtige Elemente zur

⁴⁴ Wienberg G (2001): Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil V: Bilanz und Perspektiven. In Wienberg G, Driessen M (Hrsg.) Auf dem Wege zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 318 - 332.

Selbsthilfe sind Hinweise zu Entspannungstechniken, zum Umgang mit Konflikten sowie ergänzende Beratungs- und Hilfsangebote.

Zusätzlich zu der Broschüre „Alles klar?“ ist ein weiteres Informationsheft in Vorbereitung. Das Heft „Alkoholfrei leben. Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen“ ist speziell für Patienten mit missbräuchlichem Alkoholkonsum und Abhängigkeit geschrieben, um den besonderen Bedürfnissen dieser Personengruppe in der Beratung und Behandlung gerecht zu werden.

4.3.3 Beratungsmaterialien „Alkoholfrei durch die Schwangerschaft“

Ein besonderes Problem stellt der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft dar. Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr in Deutschland etwa 10.000 Kinder schon bei der Geburt durch Alkohol geschädigt sind; ca. 2200 Kinder weisen schwerste Entwicklungsstörungen auf. Dabei gilt mittlerweile als gesichert, dass auch ein geringer Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen.

Information und Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft ist deshalb dringend notwendig. Zu diesem Zweck hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Beratungsset, bestehend aus einem Beratungsleitfaden und einer Informationsbroschüre entwickelt.

Der Beratungsleitfaden richtet sich in erster Linie an Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Gynäkologie sowie an Hebammen. Er soll ihnen helfen, einen kritischen Alkoholkonsum zu erkennen und eine erfolgreiche Beratung mit dem Ziel des Alkoholverzichts durchzuführen. Neben der ausführlichen Beschreibung des Beratungskonzepts vermittelt der Leitfaden vertiefende medizinische und gynäkologische Grundlagen zum Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft.

Zur Weitergabe an die werdenden Eltern steht die Broschüre „Auf dein Wohl, mein Kind“ zur Verfügung. Sie gibt einen Überblick über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft und soll die künftigen Eltern zu einer sorgfältigen Überprüfung des eigenen Alkoholkonsums anregen.

4.3.4 Perspektiven

Die Leitfaden zur Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen und zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft schaffen Voraussetzungen für den niedergelassenen Arzt, den Umgang mit einer zum Teil schwierigen Patientengruppe fachlich fundiert und lösungsorientiert zu gestalten. Allerdings wird sich bei allem Pragmatismus ein gewisser Zeitaufwand für den Arzt nicht vermeiden lassen. Das Erreichen der mit den Leitfäden verbundenen Zielsetzungen, hängt nicht zuletzt auch davon ab, ob es gelingt, diesen Aufwand in das anerkannte Leistungsspektrum des Arztes zu integrieren.

Die Leitfäden richten sich primär an niedergelassene Ärzte, insbesondere an Hausärzte und Gynäkologen. In der Praxis könnten sie jedoch auch eine Brücke zum suchtspezifischen Hilfesystem schlagen, indem sie die Verständigung zwischen den Versorgungsbereichen fördern und die positiven Möglichkeiten, die für beide Seiten mit einer Zusammenarbeit verbunden sind, benennen.

4.3.5 Verbesserung der Früherkennung und Frühbehandlung von alkoholbedingten Erkrankungen

Jedes Jahr sterben in Deutschland über 40 000 Menschen an den Folgen von Alkoholmissbrauch. Diese dramatische Zahl weist darauf hin, dass wir unser Hilfesystem regelmäßig überprüfen müssen. Deshalb wurde am 8. März 2002 in Berlin unter dem Titel „Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen“⁴⁵ die zweite Frühjahrstagung mit der Drogenbeauftragten, Marion Caspers-Merk, unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. Karl Mann, Leiter des ersten deutschen Lehrstuhls für Suchtforschung an der Universität Heidelberg-Mannheim, durchgeführt.

Ziel der Tagung war es, Maßnahmen zur früheren Intervention bei und besseren Erreichbarkeit von Alkoholkranken und -gefährdeten vorzustellen und die Möglichkeiten zu diskutieren, diese Maßnahmen besser in das Suchtkrankenilfesystem zu implementieren.

Auf der Tagung ist es gelungen, Fachleute aus den unterschiedlichsten Bereichen an einen Tisch zu bekommen und die verschiedenen Aspekte von Alkoholproblemen zu beleuchten. Die dabei verabschiedeten „Berliner Eckpunkte zur Verbesserung der Therapie bei Alkoholproblemen“ werfen ein Schlaglicht auf die drängendsten Probleme in diesem Bereich. Präventionsmaßnahmen gegen Alkohol müssen sich besonders an Risikogruppen,

⁴⁵ K. Mann (Hrsg.) (2002): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Lengerich (im Druck)

wie z.B. Jugendliche, wenden. Es fehlen niedrigschwellige und wohnortnahe Präventionsangebote der Früherkennung und Frühintervention. Hier bieten sich niedergelassene Arztpraxen an, die über 80% der Betroffenen erreichen und über eine suchtmedizinische Qualifikation auf diese Aufgaben vorbereitet werden müssen.

Deutschland verfügt über ein gutes flächendeckendes Beratungs- und Behandlungsnetz für Alkoholabhängige mit beeindruckenden Therapieergebnissen im internationalen Vergleich. Leider werden diese Angebote von zu wenigen und meist erst viel zu spät genutzt, oft erst nach 15 bis 20 Jahren Abhängigkeit. Auch stehen die vorhandenen Therapieeinrichtungen leider nur Alkoholkranken zur Verfügung. Nicht erreicht werden mit diesen Angeboten Risikogruppen mit einem schädlichen oder riskanten Alkoholgebrauch und hier vor allem die Jugendlichen.

Berliner Eckpunkte zur Verbesserung der Therapie bei Alkoholproblemen

- 1) *Alkohol und Nikotin verursachen 25 % aller Behinderungen und Todesfälle.*
- 2) *Die derzeitige (Rehabilitations-) Behandlung ist gut. Sie erreicht aber zu wenige Betroffene und setzt insgesamt zu spät ein.*
- 3) *Früherkennung und Frühintervention sind neue niederschwellige Ansätze in der Frühphase einer Abhängigkeitsentwicklung. Sie erfordern eine Zusatzqualifikation bei Ärzten, Psychologen und Suchtberatern.*
- 4) *Die Aus- und Weiterbildung der Ärzte in der Suchtmedizin muss verbessert werden. Die „suchtmedizinische Grundversorgung“ stellt einen ersten Ansatz im Bereich der ärztlichen Fortbildung dar.*
- 5) *Der „qualifizierte Entzug“ ist eine medizinische Sofortintervention, die über somatische und psychologische Zugänge Veränderungsbereitschaft und Abstinenzmotivation induziert.*
- 6) *Als Sofortintervention ist der qualifizierte Entzug eine Kassenleistung, dessen Art und Umfang ärztlich begründet ist.*
- 7) *Jedes fünfte Krankenhausbett ist de facto ein Suchtbett, deshalb muss die qualifizierte Beratung im Krankenhaus Standard werden.*
- 8) *Der Ausbau ambulanter und teilstationärer wohnortnaher Hilfsangebote ist erforderlich.*
- 9) *„Anticraving-Medikamente“ verdoppeln die Abstinenzrate und erhöhen die Haltequote in der ambulanten Betreuung von Alkoholabhängigen.*
- 10) *Die Selbsthilfe ist so zu qualifizieren, dass sie durch spezielle Angebote auch für Jüngere attraktiv wird, denn sie hilft mit zum dauerhaften und rechtzeitigen Erfolg.*

4.4 Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Probleme

4.4.1 Substitutionsgestützte Behandlung

Mittlerweile befinden sich ca. 50.000 Opiatabhängige in einer substitutionsgestützten Behandlung, davon ca. 35.000 zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen. Derzeit erreichen wir etwa jeden zweiten Abhängigen, entweder durch eine *drogenfreie oder durch eine substitutionsgestützte Behandlung*. Ziel muss es sein, weitere abhängige Patienten qualifiziert zu therapieren.

Dazu muss insbesondere die substitutionsgestützte Behandlung leichter zugänglich sein und gleichzeitig qualifizierter angeboten werden. Dafür sind die betäubungsmittelrechtlichen Rahmenbedingungen mit der 15. Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung vom 19.6.2001 geschaffen worden. Ärzte, die substituieren, müssen hierfür eine besondere Qualifikation erwerben. Die dazu von den Ärztekammern angebotene Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung" trägt zu einer Verbesserung der ärztlichen Qualität in der Behandlung Suchtkranker bei. Das einzurichtende Substitutionsregister wird die Sicherheit auf diesem Gebiet weiter erhöhen. Ferner hat die Bundesärztekammer Richtlinien zur Substitutionsgestützten Behandlung erarbeitet, auf deren Einhaltung mit der letzten Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ausdrücklich orientiert wird. Dagegen müssen die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung im vertragsärztlichen Bereich, die sog. BUB-Richtlinien⁴⁶, dringend überarbeitet werden. Hier besteht in einer Reihe von Punkten Änderungsbedarf, die dem Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mitgeteilt wurden. So soll:

- eine Opiatabhängigkeit als alleiniger Grund für eine Substitution ausreichen;
- die Substitution nicht erst nach zweijähriger Abhängigkeit möglich werden;
- das zum Teil komplizierte und zeitraubende Antragsverfahren in ein Anzeigeverfahren geändert werden und
- der Einsatz geeigneter Instrumente zur Sicherung der erforderlichen Qualität der substitutionsgestützten Behandlung, inclusive der Psychosozialen Begleitung (PSB) unterstützt werden.

Zur Zeit befasst sich der Bundesausschuss mit dieser Problematik.

⁴⁶ Richtlinien für die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB); Anlage: Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger als Teil der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden vom 18. Juni 1999

Mittlerweile hat die Bundesärztekammer „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung“ beschlossen.⁴⁷ In diesen Richtlinien wird die Suchtmittelfreiheit als oberstes Ziel der Behandlung festgelegt, wobei aber die Sicherung des Überlebens, die gesundheitliche und soziale Stabilisierung und die berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration Stufen dazu innerhalb eines umfassenden Behandlungskonzeptes sind. Das Erreichen der jeweiligen Ziele wird als Prozess gesehen, der individuell unterschiedlich verläuft in zeitlich unterschiedlich langen Phasen. Die Substitutionsbehandlung soll auch eine präventive Maßnahme sein, z.B. zur Vermeidung von Infektionskrankheiten. Sie gilt dann als indiziert, wenn eine manifeste Opiatabhängigkeit seit längerer Zeit besteht und Abstinenzversuche keinen Erfolg erbracht haben und eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann, sowie dann, wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet. Die Behandlung soll in einem umfassenden Behandlungskonzept erfolgen, das neben psychotherapeutischen insbesondere auch psychosoziale Begleitmaßnahmen enthalten soll unter Einbindung einer Suchtberatungsstelle zur Verbesserung und Stabilisierung der Lebensumstände der Patienten. Die verschreibenden Ärzte haben zudem eine umfassende Dokumentationspflicht und müssen über eine besondere Qualifikation verfügen, die entweder über den Nachweis der "Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung" oder eine inhaltsgleiche und gleichwertige von den jeweiligen Landesärztekammern anerkannten Qualifikationen erbracht werden kann.

Die Ärzteschaft hat mit den neuen Richtlinien einen Wegweiser der Substitutionsbehandlung zur Hand, der individuell zugeschnitten werden kann. Außerdem müssen sich die Krankenkassen mit ihren Bewertungsmaßstäben für die Finanzierung der Behandlung sich an diesen Richtlinien, die Bestandteil der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften sind, orientieren.

⁴⁷ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22. März 2002

4.5 Maßnahmen zur Reduzierung des Arzneimittelmissbrauchs

4.5.1 Verminderung des Missbrauchs bei der Verschreibung von Methylphenidat (Ritalin)

Stärker als bisher müssen wir uns mit den Problemen des Arzneimittelmissbrauchs befassen. Hier kommt es insbesondere darauf an,

- dessen systematische Erfassung und Bewertung zu organisieren,
- die Ärzte besser als bisher zu einem wissenschaftlich begründeten Arzneimitteleinsatz zu befähigen,
- gezielt präventive Maßnahmen für spezielle Zielgruppen zu entwickeln und
- zweckmäßige administrative Regelungen zum Verschreiben von Arzneimitteln zu prüfen.

So ist im Jahr 2001 beispielsweise die medikamentöse Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) insbesondere von Kindern und Jugendlichen mit dem Betäubungsmittel Methylphenidat verstärkt in Fachkreisen, aber auch in den Medien, diskutiert worden. Hier hat es einerseits in den letzten Jahren in Deutschland spürbare Fortschritte gegeben, die für viele Patienten und ihre Angehörigen zum Teil gravierende positive Auswirkungen auf das tägliche Leben mit sich gebracht haben. Diese Entwicklung ist grundsätzlich zu begrüßen. Andererseits muss nach ersten Untersuchungen von Verordnungsdaten und ernstzunehmenden Einzelberichten aber auch vermutet werden, dass bei der Anwendung von Methylphenidat der Stand der medizinischen Wissenschaft nicht immer ausreichend Beachtung findet. Vor diesem Hintergrund ist der sprunghafte Anstieg des Verbrauchs von Methylphenidat, der sich in den beiden letzten Jahren jeweils verdoppelt hat, auch kritisch zu bewerten. Die Tatsache, dass derzeit insgesamt noch von einer quantitativen Bedarfsunterdeckung beim Einsatz von Methylphenidat zur Behandlung des ADHS in der Bundesrepublik Deutschland auszugehen ist, widerspricht nicht der Fragestellung, ob gleichzeitig Fehlverordnungen vorliegen. Ausgehend von der in der Literatur diskutierten Prävalenz des ADHS von 2 bis 10% ist ein weiterer Verbrauchsanstieg bei Methylphenidat zu erwarten. Gerade deshalb ist es erforderlich, jetzt alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, damit bei der Anwendung dieses hochpotenten Wirkstoffs der Stand der medizinischen Wissenschaft eingehalten wird.

Am 24. Oktober 2001 wurde im Bundesministerium für Gesundheit mit Experten verschiedener Fachgebiete die Gesamtproblematik erörtert. Im Nachgang wurde zwischenzeitlich eine Reihe konkreter Arbeitsschritte mit folgenden Zielen eingeleitet:

- Einführung fachspezifischer Mindestanforderungen als Voraussetzung für die Erstverschreibung von Methylphenidat in Abstimmung mit der Bundesärztekammer,
- Verpflichtung zur Einhaltung abgestimmter Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des ADHS,
- Aufbau einer systematischen Analyse der Verordnungsdaten über Methylphenidat auch in Korrelation mit den Indikationsstellungen,
- Einbeziehung der Bestimmung der Prävalenz des ADHS in den vom Robert-Koch-Institut vorbereiteten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey,
- Durchführung einer wissenschaftlichen Konsensuskonferenz zum ADHS sowie
- Aufbau kooperierender Versorgungsstrukturen (Kompetenznetzwerke ADHS).

Mit diesen Maßnahmen kann ein wichtiger Beitrag geleistet werden, um einerseits einer missbräuchlichen Anwendung von Methylphenidat wirksam zu begegnen und andererseits eine qualifizierte Versorgung mit den entsprechenden Arzneimitteln zu gewährleisten. Weder die Drogenbeauftragte der Bundesregierung noch das Bundesministerium für Gesundheit wollen eine begründete medikamentöse Therapie des ADHS verhindern.

Schwindel-Frei

„Schwindel-Frei“ Beratungs- und Behandlungsstelle FRAUEN-MEDIKAMENTE-ALKOHOL ist aus der Informations- und Beratungsstelle „Schwindel-Frei“ FRAUEN und MEDIKAMENTE hervorgegangen und besteht seit 1992. Die ursprüngliche Konzeptidee entstand aus der Analyse des zahlenmäßigen hohen Aufkommens medikamentenabhängiger und –gefährdeter Frauen, die aber in verschwindend geringem Umfang als Klientel im Suchtbereich vorzufinden waren und auch noch sind.

Es entstand eine überregional arbeitende Fachstelle mit den Schwerpunkten Beratung und Aufklärung zur Thematik Frauen und Medikamente, die einmalig im Bundesgebiet war. Im Zuge der Regionalisierung wurde „Schwindel-Frei“ mit seiner gesamtstädtischen Bedeutung in die Zuständigkeit des Bezirks Tempelhof übergeben und die Angebotsweiterungen auf alkoholgefährdete und –abhängige Frauen erfolgte. 1999 wurde Schwindel-Frei als Behandlungsstelle für ambulante Suchttherapie anerkannt.

Arbeitsprämissen: Schwindel-Frei arbeitet parteilich für Frauen, suchtbegleitend und abstinenzorientiert.

Zielgruppe: Medikamenten- und alkoholgefährdete und –abhängige Frauen, Angehörige und Vertrauenspersonen, Multiplikatorinnen.

Angebote: Information, Beratung, Vermittlung in stationären Entzug und Suchttherapie, Krisengespräche, ambulante Suchttherapie, Selbsthilfe.

Bericht von Frau K. „Ich wollte einfach nur Hilfe und die Tablette habe ich als Hilfe angesehen. Ich war unruhig, nervös, hatte häufig Magen- und Kopfschmerzen. Der Arzt verschrieb mir dann Beruhigungstabletten, dass sei für die Nerven. Mit der Tablette war dieser Druck weg. Und es war etwas ganz neues für mich, so ein leichtes Gefühl wie in Watte gepackt. Ich hatte keine Schmerzen mehr, die Anspannung war weg und die Einflüsse von außen sind abgeprallt. Ich habe wieder alles geschafft, Haushalt, Kinder, Arbeit und es war alles so richtig schön ruhig.- Ja und dann las ich nach Jahren in einer Illustrierten, dass man auch von Tabletten abhängig werden kann. Ich doch nicht, habe ich gedacht, wer abhängig ist, der steigert doch und du nimmst doch nur zwei. Aber seit dem habe ich mehr darauf geachtet wieviel ich nehme. Und es nagte an mir, war mir peinlich zuzugeben, dass ich Tabletten nehme. Eines Tages bin ich dann zu „Schwindel-Frei“ und habe dann auch einen Entzug gemacht, obwohl ich viel Angst davor hatte. Ich litt unter starker Unruhe, Schlafstörungen, war ganz empfindlich, fühlte mich, als ob alles direkt an mich ran kommt, ich war nicht mehr so leistungsfähig, es war

scheußlich und dauerte lange bis es besser wurde. Geholfen hat mir die ambulante Therapie nach dem Entzug, denn hier hörte mir jemand zu und ich konnte so langsam herausfinden, wer ich denn bin. Ja, und mit anderen Medikamentenabhängigen darüber zu reden war wichtig und auch mit Frauen, die können sich doch besser in einen reinversetzen. Bei Alkoholabhängigen fühlte ich mich nicht so verstanden. Es hat gedauert, bis ich innerlich die „Schnelle Hilfe Tablette“ aufgeben konnte und ich wusste, ich kann mir selber helfen und weiß auch wie es geht. Heute freue ich mich, dass ich es so gemacht habe, es war richtig und ich bin stolz auf mich.“

Informationsmaterial, das von „Schwindel-Frei“ mit finanzieller Unterstützung der AOK, der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegeben wurde:

1993 Broschüre: 3 x täglich reden!

1996 Video mit gleichnamiger Begleitbroschüre: „Ich wollte einfach nur Hilfe“.

Beratungs- und Behandlungsstelle
Frauen – Medikamente -Alkohol
Reinhardstr. 5
12103 Berlin
Fax 030 . 751 14 44
Email: schwindel-frei@freenet.de
Trägerverein: Frau & Sucht Berlin e.V.

4.5.2 Cannabis-Arzneimittel stehen zur Verfügung⁴⁸

Weil mittlerweile deutlich geworden ist, dass die Bundesregierung die Zulassung von Cannabis-Arzneimitteln grundsätzlich für bestimmte Krankheitsbilder für sinnvoll und auch notwendig hält, sollte aber die missbräuchliche Verwendung von Cannabisprodukten im Rahmen einer Selbstmedikation eingeschränkt werden. Sie ist weder betäubungsmittelrechtlich zulässig, noch nach den Standards für die Wirksamkeit von Arzneimitteln effektiv. Deshalb sollten Ärzte ihren Patienten hier die Möglichkeiten eines geregelten Zugangs zu Cannabis-Arzneimitteln empfehlen.

Die Möglichkeiten des Einsatzes von Cannabis-Arzneimitteln z. B. bei Appetitlosigkeit von AIDS-Patienten, gegen Erbrechen von Krebspatienten unter Chemotherapie oder bei MS-Patienten wurden verbessert. Dabei müssen die Anforderungen des Arzneimittelgesetzes (Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und reproduzierbare Qualität) eingehalten werden. Cannabis-Arzneimittel mit dem Cannabis-Hauptwirkstoff Dronabinol können auf Betäubungsmittelrezept verschrieben und nunmehr grundsätzlich durch jede Apotheke bereitgestellt werden. Die Sachverständigen, die nach § 1 Abs. 2 BtMG die Bundesregierung zur arzneilichen Anwendung von Betäubungsmitteln beraten, haben sich grundsätzlich dafür ausgesprochen, unter bestimmten Bedingungen auch Cannabis-Arzneimittel mit natürlichen Gemischen (Cannabis-Extrakt) zur Verfügung zu stellen. Die dafür erforderlichen Rechtsänderungen werden vorbereitet.

⁴⁸ vgl. auch: Möller/Flenker (2001): Cannabis als Arzneimittel; In: Deutsche Apotheker Zeitung; Nr.18; S.46 ff.

4.6 Qualitätssicherungsverfahren in der Suchtkrankenhilfe

Qualitätssicherung ist Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements, das zum Ziel hat, den Adressaten der Drogenhilfe bedarfsgerechte Angebote auf einem hohen Qualitätsniveau zugänglich zu machen. Qualitätssicherung zielt dabei auf Effektivierung wie auch die Erhöhung sowie Effizienz der erbrachten Leistungen. Angemessene Strukturen und ein abgestimmtes Zusammenspiel regelgeleiteter und zielgerichteter Prozesse sind wesentliche Bedingungen hoher Ergebnisqualität. Ziel eines umfassenden Qualitätsmanagements ist es, einen Prozess kontinuierlicher Verbesserung zu initiieren.

In Deutschland finden im wesentlichen zwei Qualitätssicherungssysteme Anwendung, die auch in der Drogenhilfe genutzt werden: ISO 9000ff. und das System der Selbstevaluation der European Foundation of Quality Management (EFQM). Im Bereich der Drogen- und Suchthilfe wird vorwiegend letzteres verwendet.

Maßnahmen der Qualitätssicherung sind in den verschiedenen Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe unterschiedlich weit verbreitet. In den stationären Einrichtungen, insbesondere denen der medizinischen Rehabilitation, ist die systematische Qualitätssicherung vom Leistungsträger vorgeschrieben und durchweg umgesetzt. In den ambulanten und teilstationären Einrichtungen ist diese Diskussion unter dem Eindruck der geänderten Sozialhilfegesetzgebung erst am Anfang.

Die Qualität der Drogen- und Suchthilfe ist jedoch nicht nur als Merkmal einzelner Leistungssegmente oder -angebote zu bestimmen, sondern betrifft auch das Gesamtversorgungsangebot und dessen Vernetzung. Strukturqualität auf dieser Ebene bedeutet, ein breit gefächertes Hilfeangebot unterschiedlicher Einrichtungen vorzuhalten.

Qualitätsentwicklung hat bei allen Dienstleistern in der Drogen- und Suchthilfe durch die Polarität von Kostenorientierung/Quantität einerseits und von Fachlichkeit/Qualität andererseits eine Dynamik erfahren, der sich weder die Träger noch die Fachkräfte der Drogenhilfe entziehen können. Zentral für die Diskussion über „Qualität“ ist die Entwicklung von Kriterien, anhand derer abgesicherte Verfahren verbindlich definiert werden können.

Die Bundesregierung unterstützt diesen Prozess. Sie erwartet von den von Vereinigungen der Suchtforschern und –klinikern zur Zeit erarbeiteten verbindlichen Behandlungsleitlinien „Substanzbezogener Störungen“ zur Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung entsprechende Fortschritte für die Qualitätssicherung und -verbesserung der Suchtkrankenhilfe.

5 Maßnahmen zur Überlebenshilfe für Drogenabhängige

5.1 Drogentodesfälle

Im Jahr 2001 verstarben in Deutschland insgesamt **1.835** Menschen infolge ihres Drogenkonsums, das sind 9,6% weniger als im Vorjahr. Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Drogentodesfälle in den letzten drei Jahren ist erstmals wieder ein Rückgang zu verzeichnen. Die Zahlen in den alten Ländern sowie in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind rückläufig, dabei wurden die prozentual deutlichsten Rückgänge in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (-28,6%), Rheinland-Pfalz (-19,3%) und Schleswig-Holstein (-16,7%) registriert. Lediglich in Brandenburg, Thüringen und Sachsen sind auf einem niedrigen Niveau absoluter Zahlen Steigerungen zu verzeichnen, wobei die neuen Länder generell mit insgesamt 44 Drogentoten (+29,4%) bei einer deutlichen Steigerungsrate nach wie vor nur gering belastet sind.

Die Anzahl der durch Drogenkonsum verstorbenen Aussiedler ist zwar im Vergleich zum Vorjahr um 19,3% auf 142 Personen zurückgegangen, bleibt jedoch auf einem hohen Niveau in Relation zum Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Aussiedler sind häufig bei der Migration nach Deutschland bereits alkohol- oder opiatabhängig. Insbesondere jugendliche Aussiedler praktizieren dann in Deutschland problematische Konsummuster. Innerhalb kurzer Zeit sind diese Konsumenten hochgradig abhängig (sog. "Turbokarrieren"). Eine mangelnde Wahrnehmung von Therapieangeboten und die Unerfahrenheit im Umgang mit Heroin wie beispielsweise hohe Dosierungen unter Beikonsum von Alkohol dürften als wesentliche Ursachen für die große Anzahl von Drogentoten in Betracht kommen.

Eine Vielzahl von Faktoren wie zum Beispiel das Konsumverhalten der Drogenabhängigen oder Angebot und Inanspruchnahme von Therapieplätzen kann die Zahl der Drogentoten beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob niederschwellige Hilfsangebote wie die Substitutionsbehandlung und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen Einfluss auf diesen Faktor haben.

Drogentodesfälle in Deutschland*

Bundesland	01. Jan. - 31. Dez. 2000	01. Jan. - 31. Dez. 2001	Veränderung
Schleswig Holstein (01)	71	59	-16,9 %
Hamburg (02)	102	101	-1,0 %
Niedersachsen (03)	145	126	-13,1 %
Bremen (04)	76	71	-6,6 %
Nordrhein-Westfalen (05)	506	493	-2,6 %
Hessen (06)	138	116	-15,9 %
Rheinland-Pfalz (07)	88	71	-19,3 %
Baden-Württemberg (08)	286	260	-9,1 %
Bayern (09)	340	287	-15,6 %
Saarland (10)	19	18	-5,3 %
Berlin (11)	225	189	-16,0 %
Brandenburg (12)	3	9	+200,0 %
Mecklenburg-Vorp. (13)	7	5	-28,6 %
Sachsen (14)	9	11	+22,2 %
Sachsen-Anhalt (15)	6	5	-16,7 %
Thüringen (16)	9	14	+55,6 %

5.2 Drogenkonsumräume

Die Regelungen nach dem 3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, das am 1. April 2000 in Kraft getreten ist, haben den Betrieb von Drogenkonsumräumen nach bundeseinheitlichen Standards legalisiert. Dabei wurden 10 gesetzliche Mindeststandards festgelegt, deren Ziel es ist, in Drogenkonsumräumen das Überleben, die Stabilisierung der Gesundheit sowie ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige zu fördern. Auf dieser Grundlage können die Landesregierungen Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen.

Bislang werden insgesamt 19 Drogenkonsumräume in 10 Städten betrieben. Vier Länder (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) haben bislang die entsprechenden Verordnungen erlassen, weitere (Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Berlin) sind in Vorbereitung.

Das Gesetz sieht in §10a Abs. 2 Nr. 8 eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen vor. Drogenkonsumräume sollen verelendeten Abhängigen nicht nur einen notwendigen hygienischen und medizinischen Schutz bei ihrem täglichen riskanten Drogenkonsum, sondern auch eine effektive Zugangsmöglichkeit zum gesamten Netz der Drogenhilfe bieten.

Um zu einer ersten Einschätzung der Arbeit von Drogenkonsumräumen zu kommen, hat das Bundesministerium für Gesundheit im Januar 2001 eine schriftliche Umfrage in Hamburg, Hannover, Frankfurt und Saarbrücken gemacht. Die Umfrage sollte insbesondere Auskunft geben, ob die zehn gesetzlichen Mindeststandards in § 10a Abs. 2 BtMG ausreichend umgesetzt worden sind. Nach dieser Umfrage scheinen mit den Drogenkonsumräumen die wesentlichen Zielsetzungen des Gesetzgebers (Sicherung des Überlebens, Stabilisierung der Gesundheit, gesundheitliche/soziale Rehabilitation) erfüllt zu werden. Jedoch sind die Angaben zu lückenhaft und vorläufig, um zuverlässige Aussagen über den tatsächlichen Effekt der Einrichtungen zu ermöglichen⁴⁹.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein wissenschaftliches Projekt zur Evaluation der Arbeit der bestehenden Drogenkonsumräume vergeben. Fragen nach dem Beitrag der Einrichtungen zur Verringerung der Drogennotfälle werden ebenso einbezogen wie zur Senkung der Drogentodeszahlen oder zur Entlastung der Öffentlichkeit.

Das Projekt ist angelaufen. Es wird durchgeführt vom Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS), Bochum und Mitte 2002 abgeschlossen werden.

Übersicht über Konsumräume und Konsumbedingungen in Deutschland (Stand Dezember 2001)

Einrichtung	Träger	Standort	Anzahl der Konsumplätze	Öffnungs- td. pro Woche	Durchschnittliche Besucherzahl pro Tag
Drob Inn	Jugendhilfe e.V.	Hamburg - St. Georg	3 Rauchplätze 7 i.v. Plätze	47,5	600-700 Kontakte. Ca 200-300 verschiedene Individuen (ca. 50% nutzen den Konsumraum)
Busangebot (Provisor.)	Jugendhilfe e.V.	Hamburg – St. Georg	Vorwiegend Rauchplätze	k.A.	k.A.
Fixstern	Freiraum e.V.	Hamburg - Sternschanze	3 Rauchplätze. (Derzeit kein Crack-Konsum erlaubt) 6 i.v. Plätze	45	100-150
Abrigado	Freiraum e.V.	Hamburg – Harburg	4 Rauchplätze 4 i.v. Plätze	33	79
DroBill	Steps, Drogenhilfe Bremen	Hamburg – Billstedt	1 Rauchplatz 7 i.v. Plätze	30	12 Konsumenten am Tag (steigende Tendenz)
Kodrobs	Jugend hilft Jugend e.V.	Hamburg – Ottensen	5 i.v. Plätze	36	40-60
Stay Alive	Jugendhilfe e.V.	Hamburg - St. Pauli	2 Rauchplätze 6 i.v. Plätze	36	100
Café Drei	Drogenhilfe Eimsbüttel	Hamburg - Eimsbüttel	6 i.v. Plätze für Männer, 2 i.v. Plätze für Frauen ⁵⁰	30	35-36 (seit August steigend)

⁴⁹ Zurhold et.al (2001): Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten; Freiburg.

⁵⁰ Höchstens 7 Konsumvorgänge gleichzeitig. Frauen haben Vorrang.

Einrichtung	Träger	Standort	Anzahl der Konsumplätze	Öffnungss td. pro Woche	Durchschnittliche Besucherzahl pro Tag
Ragazza e.V.	Ragazza e.V.	Hamburg - St. Georg	2 Rauchplätze ⁵¹ 6 i.v. Plätze	24	30-40 (grobe Schätzung)
La Strada	Aids Hilfe Frankfurt	Frankfurt – Mainzer Landstraße 93	7 i.v. Plätze	60,5	150
Drogennotdi enst	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.	Frankfurt – Elbestraße 38	8 i.v. Plätze	126	250
East Side	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe	Frankfurt - Schielestraße 24-26	8 i.v. Plätze	30	30-50
Konsumrau m Niddastraße	Integrative Drogenhilfe	Frankfurt - Niddastraße 49	12 i.v. Plätze	105	350-450 Konsumvorgänge
Drop In – Fixpunkt	Step (Paritätischer Wohlfahrtsverband)	Hannover - Hamburger Allee 75	11 i.v. Plätze	34	130-170
Drogenhilfe- zentrum	Saarbrücken	Saarbrücken – Brauereistr. 39	20 i.v. Plätze	63 (7 x 9)	ca. 500 Konsumvorgänge ⁵²
INDRO e.V.	INDRO e.V. Münster	Münster Bremer Platz 18-20	4 (max. 6) + 1 Raucherraum ⁵³	27	40-60

Weitere Drogenkonsumräume sind in der Zwischenzeit in Wuppertal, Köln, Essen und Aachen eingerichtet worden.

5.3 Modell zur heroingestützten Behandlung

Um die bestehenden Hilfsangebote auch für die schwer erreichbare Gruppe der langjährig Heroinabhängigen weiter zu differenzieren haben der Bund, sechs Städte (Hannover, Köln, Bonn, Frankfurt, Karlsruhe und München) und vier Länder (Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Hessen) unter fachlicher Beteiligung der Bundesärztekammer und Trägerschaft des Deutschen Instituts für Luft- und Raumfahrt (DLR) das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung schwer Opiatabhängiger entwickelt und auf den Weg gebracht. Im Rahmen einer Arzneimittelprüfung wird eine multizentrische klinische Studie zur ambulanten heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, die seit mindestens fünf Jahren abhängig sind, mehrere erfolglose Versuche mit abstinenzorientierter Therapie

⁵¹ Das Angebot ist ausschließlich für Frauen vorgesehen.

⁵² von ca. 200 Besuchern des DHZ nutzen ca. 2/3 den Druckraum (der Rest ist v.a. wegen Substitution ausgeschlossen)

⁵³ Bisher kein Crack-Konsum in Münster beobachtet

unternommen haben und auch nicht in der Substitution stabilisiert werden können, durchgeführt.

Die Studie soll Erkenntnisse zu der Frage erbringen, ob, wie und in welchem Umfang Opiatabhängige, die durch die bisherigen Angebote der Drogenhilfe nur unzureichend oder nicht erfolgreich therapiert werden konnten, durch eine heroingestützte Behandlung

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

Darüber hinaus wird untersucht,

- 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 und die kriminalpolitischen Auswirkungen der heroingestützten Behandlung untersucht werden. 1120 Abhängige nehmen an der Studie teil, die Hälfte von ihnen als Kontrollgruppe, die mit Methadon behandelt werden wird.

Mit der Vorbereitung der Studie wurde aufgrund des Votums einer international besetzten Gutachterkommission Prof. Krausz, Universität Hamburg, beauftragt. Zu dem von ihm und seiner Studiengruppe entwickelten detaillierten Studiendesign ist das positive Votum der zuständigen Ethikkommission und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte im Sommer 2001 ergangen. Der entsprechende Vertrag zwischen dem Bund und den Partnern des Modellprojektes wurde am 22.8.01 in Bonn unterzeichnet.

Weitere Vorbereitungen in den Kommunen wie Umbauten der Räumlichkeiten, Schulungen der Mitarbeiter und Rekrutierung der Probanden leiten die konkrete Behandlungsphase ein.

(Nähere Informationen unter: www.heroinstudie.de)

6 Ansätze der sozialen Integration

Hohe Arbeitslosigkeit unter Suchtkranken schränkt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ebenso ein wie die Chancen zur Überwindung der Suchterkrankung. Die soziale Integration ist meistens an eine Wiedereingliederung in Arbeit und/oder Beschäftigung geknüpft.

6.1 Bausteine der Hilfe zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung

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 Spannbreite von niedrighschwelligem Kontaktläden, über die substitutionsgestützte Behandlung bis hin zu abstinenzorientierten stationären Therapie- und Nachsorgeangeboten.

Tatsächlich ist der Zugang der Gruppe der ehemaligen Drogenabhängigen und insbesondere auch der Gruppe der 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. Und dabei sind in den letzten Jahren doch einige Fortschritte erzielt worden.

Zwischen 80 und 90% der stationären Einrichtungen für Suchtkranke führen eine berufsbezogene Anamnese durch und bieten berufliche Förder- und Reintegrationsmaßnahmen an und auch spezielle Bewerbungstrainings. Diese Maßnahmen führen aber nicht unbedingt immer zum Erfolg.⁵⁴

⁵⁴ 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

6.2 Arbeit als präventiver Faktor

Lang anhaltende Arbeitslosigkeit mit ihren sozialen und psychischen Auswirkungen ist einerseits Folge von Suchterkrankung und fördert andererseits auch zusätzlich die Neigung zum exzessiven Suchtmittelgebrauch.

Arbeit wirkt als präventiver Faktor im Sinne einer sozialen und psychologischen Unterstützung. Das führt in der Regel auch dazu, dass der exzessive Gebrauch von psychoaktiven Substanzen eingestellt oder aber deutlich reduziert wird. Im Menschen ist das Potenzial angelegt, sich zu beschäftigen, sich zu betätigen, um sich so erst als menschliches Wesen zu verwirklichen. Damit wird Arbeit zum genuinen Bedürfnis jedes Menschen, eingerahmt von sozial-gesellschaftlichen Anforderungen einerseits und identitätsstiftender Bedürfnisregelung andererseits. Bei der Zielgruppe der Abhängigen geht es zunächst nicht um Lohnarbeit, sondern um die erneute Erprobung und Überprüfung von Fähigkeiten, die zum Bestehen unter den Rahmenbedingungen und Abhängigkeiten der Lohnarbeit nötig sind. Tätig und beschäftigt waren alle - Alkoholabhängige mit oft jahrelanger bezahlter Tätigkeit und Junkies mit Beschaffungstätigkeit - aber mit der angetretenen und durchgeführten Behandlung wächst das Bedürfnis nach sinnstiftender - also zielgerichteter, ergebnisorientierter, tagesstrukturierender und finanziell erfolgreicher - Betätigung schneller als die Fähigkeit, die zum Bestehen der Lohnarbeit nötig sind. Arbeit dient auch als stabilisierender Faktor in der Rekonvaleszenz. Das freigewordene Zeitkontingent soll angereichert und das entstandene Loch gefüllt werden. Ohne bezahlte Tätigkeit sinkt die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Projektdarstellung Q - Train

Entstehung

Q -Train entstand aus den langjährigen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung, die seit Anfang der 90er Jahre ein Bestandteil des Drogenhilfesystems wurde und der Erkenntnis, dass neben der allgemeinen verbesserten Lebenssituation, die berufliche Integration entscheidend sein wird für die Rehabilitation von Menschen, die drogenabhängig sind. Die Zielgruppe hatte aber aufgrund ihrer langjährigen Suchtkarrieren und ihrer langjährigen Abstinenz am Arbeitsmarkt wenig Chancen ohne Unterstützung einen Weg in die Erwerbsgesellschaft zu finden.

Im Februar 1998 konnte das Experiment Q-Train dank der Unterstützung der Europäischen Union/Gemeinschaftsinitiative Integra, des Landes Baden- Württemberg, des Arbeitsamtes, der Stadt Pforzheim und des Enzkreises starten.

Die Grundidee war über Beschäftigung und Stärkung der Eigeninitiative, trotz Drogenkonsum oder Abhängigkeit, einen Prozess in Gang zu setzen, der gesundheitsfördernd und stabilisierend wirkt sowie langfristig den Ausstieg aus der Sucht ermöglicht.

Zielsetzung des Projektes

Das Projekt Q-Train hat das Ziel durch lernorientierte Beschäftigung, individuelle Beratung und arbeitsplatzbezogene Qualifizierung, drogenabhängige Männer und Frauen in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren oder in Ausbildung bzw. Umschulung zu vermitteln.

Angebote von Q – Train.

Eine Vorbereitungs- und Orientierungsmaßnahme (T-Phase) wird in der eigenen Siebdruckerei durchgeführt. Grundqualifikationen im Siebdruck und in der EDV sowie von Schlüsselqualifikationen sind neben unterschiedlichen Methoden der beruflichen Orientierung (Assessment) Grundlagen für die Vermittlung in den Arbeitsmarkt.

Die durchschnittliche Dauer dieser Maßnahme beträgt drei Monate, wird jedoch individuell festgelegt und darf fünf Monate nicht übersteigen.

Die Vermittlung und Beschäftigung in Betriebe des ersten Arbeitsmarktes (B-Phase), d.h. in regionale Klein- und Mittelbetriebe unterschiedlichster Branchen sowie in Ausbildungsverhältnisse oder Umschulungsmaßnahmen.

Individuelle sozialpädagogische Begleitung ist Bestandteil während der gesamten Projektdauer von maximal 24 Monaten.

Der Einstieg ins Projekt ist jederzeit möglich.

Die Zielgruppe⁵⁵

- zeichnet sich durch eines oder mehrere Merkmale aus:
- Schädlicher Gebrauch illegaler / legaler Drogen
- Medizinisch kontrollierte Substitution
- Mehrere Haft- und Therapieaufenthalte
- Hohe Arbeitslosenquote (35%)
- Wenig Beschäftigungszeiten bezogen auf das Lebensalter
- Gravierende biografische Brüche
- Überschuldung
- Suchtmittelbedingte Folgeerkrankungen (vor allem Hepatitis C)

Erfahrungen

Q -Train ist als Experiment angetreten, das herausfinden wollte, ob Arbeit ein Weg der Rehabilitation von drogenabhängigen Menschen sein kann. Nach fast vier Jahren Projekterfahrung kann dies uneingeschränkt bejaht werden.

Es wurden 50% der ProjektteilnehmerInnen nachhaltig in Betriebe oder Umschulungen vermittelt, d.h. auch nach Ablauf der Förderung der Arbeitsverhältnisse wurden sie als feste MitarbeiterInnen in den Betrieben beschäftigt. Der Erfolg liegt hauptsächlich in der Trainingsphase, die mit ihren vielfältigen Methoden zur beruflichen Orientierung und der Beurteilungskriterien (Arbeitsergebnisse; Zusammenarbeit; Arbeitseinsatz; Arbeitssorgfalt; Fachkompetenz; Pünktlichkeit), die erstellt wurden, eine passgenaue Vermittlung in Betriebe etc. ermöglichte. Entscheidend war der individuelle und ressourcenorientierte Ansatz von Q-Train, der für jeden/jede Teilnehmer/in eine maßgeschneiderte berufliche Orientierung erarbeitete. Heute arbeiten Q-Train TeilnehmerInnen in einer Schreinerei, in zwei Zimmereien; in verschiedenen Betrieben der Metallbranche; im Altenheim; in einer Solarfirma; einer Autosattlerei; in einer Werbefirma; im Garten- und Landschaftsbau u.v.m..

Ein Teilnehmer, der einmal Koch gelernt hatte, hat diesen Sommer seine Umschulung zum Bibliotheksassistenten erfolgreich abgeschlossen und wurde fest angestellt bei der Stadtbücherei. Ganz nebenbei hat er vom Methadon entzogen und ist seit zwei Jahren clean.

Es gab aber auch kleine Entwicklungsschritte, die Erwähnung finden sollten, z.B. wurden sehr viele Zahnsanierungen durchgeführt; der Umzug in besseren Wohnraum; die Reduzierung des Drogenkonsums oder der Weg in die Therapie waren positive Begleiterscheinungen des Projektes.

Selbst TeilnehmerInnen, denen die Hürde erster Arbeitsmarkt zu hoch war, zeigten Motivation zur Arbeit und mehr als die Hälfte hat sich zu einem späteren Zeitpunkt erneut im Projekt beworben.

Für diese Zielgruppe wurde im November 2001 ein neues Projekt initiiert, das einen stundenweisen Einstieg in Beschäftigung ermöglicht und über Dienstleistungen an Unternehmen einen möglichst hohen Eigenanteil am Projekt erwirtschaften soll.

Trotz der Anerkennung der Arbeit von Q-Train sowohl in der Fachwelt als auch bei den Förderern, konnte das kleine Projekt nicht bewirken, dass die Richtlinien der Arbeitsämter über Drogenkonsum und Erwerbsfähigkeit verändert werden. Immer noch gelten Menschen, die Drogen konsumieren oder substituiert sind als nicht erwerbsfähig mit all den bekannten Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft.

Kontakt:

Q – Train (Qualifizierungstraining)
 Einrichtung der Q – Prints & Service gGmbH
 Simmlerstr. 10
 75172 Pforzheim
 T: 0049-7231-56603-3
 F: 0049-7231-56603-55
 E-Mail: info@q-printsandservice.de

⁵⁵ Siehe Forschungsbericht Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekt Q-Train aus dem Institut für Suchtforschung Nr.111 / 2000 Zürich

6.3 Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Integration von Suchtkranken

6.3.1 Neuregelungen des Sozialgesetzbuches IX gegen Diskriminierung und Ausgrenzung

Verbesserungen gibt es –auch für suchtkranke Menschen– durch das neunte Buch Sozialgesetzbuch –Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen–, das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist. Das SGB IX regelt zusammenfassend das Recht der Rehabilitation und der Teilhabe behinderter Menschen. Ziel ist die Förderung der Selbstbestimmung Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das SGB IX beschleunigt den Zugang zu den erforderlichen Leistungen, indem die Entscheidung der Leistungsträger über zustehende Leistungen innerhalb weniger Wochen zu treffen ist. Streitigkeiten der Zuständigkeitserklärung gehen nicht mehr zu Lasten der Betroffenen. Die verbesserte Koordination der Leistungen zur Teilhabe und Kooperation der Leistungsträger (Träger der Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden, die Bundesanstalt für Arbeit sowie die Träger der Sozial- und öffentlichen Jugendhilfe) ist ein weiteres Hauptanliegen des Gesetzes.

6.3.2 Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001

Am 01.07.2001 ist die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger abgeschlossene "Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker" vom 04.05.2001 in Kraft getreten. Die Vertragspartner verfolgen mit der neuen Vereinbarung das Ziel, die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Entscheidung sowohl über stationäre als auch ambulante (einschließlich teilstationäre) Leistungen übersichtlich zu regeln.

An den Vorbereitungen der Vereinbarung wurden die Suchtfachverbände durch vorgelegte fachliche Stellungnahmen und ein gemeinsames Beratungsgespräch beteiligt, um für die neue Vereinbarung einen möglichst breiten Konsens mit allen Beteiligten zu erzielen.

Die Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" ist das Ergebnis einer notwendigen Überarbeitung und löst die bisherige Empfehlungsvereinbarung zwischen den

Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Sucht-Vereinbarung) vom 20.11.1998 und die "Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht)" vom 29.01.1991 in der Fassung vom 05.11.1996 ab.

In die Vereinbarung wurde eine Anlage 4 neu aufgenommen. Regelungsinhalt dieser sind die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisen Einsatz eines Substitutionsmittels im Sinne der BUB-Richtlinien. Diese neue Regelung beweist die Offenheit für und das Bemühen eine Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker von seiten der Rentenversicherungsträger.

Der Notwendigkeit einer patientenorientierten und den individuellen Erfordernissen entsprechenden Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde durch die Festschreibung der Möglichkeit des Wechsels zwischen den ambulanten (einschließlich teilstationären) und stationären Leistungsformen Rechnung getragen.

6.3.3 Kombination der Leistungsformen (ambulant einschließlich teilstationär/stationär)

Um eine patientenorientierte und den individuellen Erfordernissen entsprechende Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbringen zu können, ist es nach Auffassung der Rentenversicherung erforderlich, die ambulanten (einschließlich teilstationären) und die stationären Leistungsformen kombinieren zu können.

6.3.3.1 Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (ISAR) - Modellprojekt der Fachklinik Eußerthal in Zusammenarbeit mit der LVA Rheinland-Pfalz

Das Konzept der integrierten stationär-ambulanten Rehabilitation für Suchtkranke sieht regelhaft eine stationäre Phase von individuell 6 bis 16 Wochen vor, an die sich eine 26wöchige ambulante Behandlungsphase anschließt. Für die ambulante Weiterbehandlung sind in einem strukturierten Programm regelhaft 52 Therapieeinheiten vorgesehen, die zum Teil wohnortnah in einem von 4 ambulanten Behandlungszentren und zum Teil in Wochenendworkshops in der Fachklinik erbracht werden. Dieses Projekt schließt arbeitslose Patienten ein. Neben Berufsorientierungsseminaren

werden spezifische Hilfen wie begleitende Betriebspraktika zum Arbeitseinstieg und zur Belastungserprobung durchgeführt. Während dieser Einstiegshilfen stehen die Patienten dem Arbeitsmarkt voll zur Verfügung.

Ziele des Projektes sind die Verbesserung der Behandlungsergebnisse, die Verkürzung der stationären Verweildauer, die Verzahnung der stationären mit ambulanten Angeboten sowie eine wirtschaftliche Optimierung.

Nach Aussage der ersten empirischen Ergebnisse konnte eine Verkürzung der stationären Verweildauer auf 12 Wochen erreicht werden. Mit einem Anteil von ca. 80% der Patienten, denen ein Antritt der ambulanten Phase nach dem Klinikaufenthalt gelingt, hat eine deutlich bessere Überleitung von der stationären in die ambulante Phase stattgefunden. Fast 85% der ISAR-Patienten schätzten das Angebot als gerade richtig ein. Die Quote der arbeitslosen Patienten reduzierte sich zwischen dem Antritt der stationären Phase und nach Entlassung nach der ambulanten Phase um ca. 19%.

6.3.3.2 EMS-Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem (LVA Hannover)

EMS ist eine Intervalltherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Die ambulanten und stationären Intervalle wechseln sich mehrfach ab. Ein Modul setzt sich aus einer stationären und einer ambulanten Phase zusammen, mehrere Module bilden die Gesamtbehandlung. Während des kurzen stationären Behandlungsteils wird ein für den Patienten wichtiger Themenbereich erarbeitet. In der sich anschließenden ambulanten Therapiephase soll die Umsetzung des erarbeiteten Zieles im Alltag unter therapeutischer Hilfe erprobt werden. Außerdem ist für das nächste Modul ein neuer Themenbereich zu erarbeiten. Die Intervalle und die Gesamtdauer von EMS richten sich nach den individuellen Erfordernissen des Einzelnen. Dabei sollen die normalen Therapiezeiten nicht überschritten werden.

Mit diesem Konzept sollen Versicherte erreicht werden, die mit einer 16wöchigen stationären Therapie aus sozialstrukturellen Gründen oder indikativ überfordert sind, für die aber eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist.

Aufgrund erster Erfahrungen konnte herausgearbeitet werden, dass mit EMS Versicherte erreicht werden, die sonst immer wieder scheitern. Hier hilft insbesondere der individuelle Zuschnitt der Therapie.

6.3.4 Verzahnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Durch die Verzahnung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen eventuell auftretende Wartezeiten zwischen den Leistungsarten für den Rehabilitanden verkürzt bzw. vermieden werden.

6.3.4.1 Frauen-Rehabilitation-Integration-Entwöhnung durch Arbeit (FRIEDA) (LVA Hannover)

Dieses Therapiekonzept beinhaltet explizit die Förderung von Frauen und richtet sich daher ausschließlich an arbeitslose substituierte Frauen im Raum Hannover. Es beinhaltet eine Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und eine weitere Phase der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dieses Konzept wird von der LVA Hannover in Kooperation mit den Drogenberatungsstellen durchgeführt. Durch die verschiedenen Therapieelemente soll eine Anbahnung eines dauerhaften Arbeitsverhältnisses und damit die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden.

Bis Januar 2002 sind 6 Frauen in die Therapie aufgenommen worden. Die berufliche Phase ist für den 01.07.2002 geplant.

6.3.4.2 Begleitung Abhängigkeitskranker im Verlauf der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – Einzelfallmanagement der LVA Rheinland-Pfalz

Dieses Konzept basiert auf der Überlegung, dass durch eine gezielte Betreuung der Abhängigkeitskranken Krisen frühzeitig erkannt, Abbrüche aufgrund von Rückfällen verringert und somit die Erfolgsaussichten der Qualifizierungsmaßnahme erhöht werden können. U.a. erfolgt mit der Bewilligung der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Verpflichtung des Versicherten, eine psychosoziale Betreuung aufzunehmen, durch die er in das Netz der Suchtkrankenhilfe eingebunden bleiben soll. Die psychosoziale Betreuung wird vorrangig von anerkannten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen durchgeführt. Im Rahmen der psychosozialen Betreuung werden im Regelfall im wöchentlichen Abstand ein Einzel- bzw. Gruppengespräch geführt. Hierbei stehen thematisch die Belastungen im Vordergrund, die durch die Qualifizierungsmaßnahme entstehen. Des Weiteren wird durch die fachliche Betreuung die Intervention in Krisensituationen ermöglicht, wobei sich unter Umständen ein höherer Gesprächsbedarf ergeben kann.

Das Projekt ist derzeit auf Patienten, die die stationäre Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Eufenthal durchgeführt und regulär beendet haben, begrenzt. Eine Ausweitung des Personenkreises auf andere Indikationen und Kliniken werde zu gegebener Zeit geplant.

6.3.4.3 Ambulante Rehabilitation zur Beruflichen Wiedereingliederung Substituierter (ABS) (LVA Hannover)

ABS richtet sich an substituierte Drogenabhängige, die frei von Beikonsum sind.

Neben einer 6monatigen ambulanten Einzel- und Gruppentherapie werden Begleitmaßnahmen, die das Freizeitverhalten der Patienten außerhalb der Szene sowie Interessen und das Gesundheitsbewusstsein fördern sollen, erbracht. Hieran schließt sich eine Integrationsleistung an,

die das Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft (BNW) durchführt. Nach einer 4wöchigen Einführung von Bewerbungs-, PC- und Internettraining werden die Rehabilitanden in Praktikumsbetriebe vermittelt. Während der weiteren Dauer der beruflichen Leistung findet ein "Schultag" beim BNW statt. Während dieser Zeit wird die ambulante Einzel- und Gruppentherapie fortgesetzt. Ziel der Leistung ist die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Aufgrund der bisherigen Erfolge soll das Modellprojekt fortgesetzt werden.

6.3.4.4 re: job (LVA Hannover)

Die Leistungen im Rahmen des Projektes "re: job" umfassen teilstationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und wenden sich an substituierte Drogenabhängige, die frei von Beikonsum sind. Ziele dieses Projektes sind die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch eine Abdosierung bis hin zur völligen Abstinenz (auch vom Substitut) und die Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind derart miteinander verzahnt, dass bereits in der medizinischen Rehabilitation neben ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen auch sozial- und arbeitstherapeutischen Trainingseinheiten erfolgen. Die sich anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben legt den Schwerpunkt auf die Vermittlung und Vertiefung der beruflichen Fachkenntnisse und die Stärkung sozialer Kompetenzen. In einer differenzierten Qualifizierungsphase werden individuelle Berufsziele erarbeitet. Belastungstrainings und Praktika in den regionalen Betrieben ergänzen das Angebot.

Voraussichtlich im März 2002 werden die ersten Klienten die berufliche Phase beenden.

6.3.4.5 Rehabilitation auf dem Bauernhof (LVA Hessen)

Diese Therapieform spricht insbesondere langjährige Drogenabhängige an, die für die herkömmlichen Angebote der ambulanten und stationären Therapie nicht zu motivieren sind. Ziel der Leistungen zur Teilhabe auf dem Bauernhof ist es, innerhalb eines Behandlungszeitrum von 12 Monaten, durch eine Verbindung rehabilitativer Element aus stationären und ambulanten Behandlungskonzepten neben einer dauerhaften Abstinenz auch die Integration in einen strukturierten Arbeitsalltag und in stabile soziale Strukturen zu erreichen.

Die Rehabilitation auf dem Bauernhof findet auf der Grundlage einer soziotherapeutisch begleitenden Integration der Versicherten in das Leben und die Arbeitsabläufe auf ausgewählten Bauernhöfen statt. Sie umfasst medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen sowie sozialpädagogische und sozialarbeiterische Hilfestellungen. Bei der Durchführung wirken Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter im interdisziplinären Team zusammen. Zur Sicherung und Kontrolle der Suchtmittelabstinenz finden regelmäßig Drogenscreenings statt.

Eine Auswertung zum 31.12.2001 ergab, dass die Teilnehmer bei regulärer Beendigung zum Zeitpunkt des Therapieendes zu 79 % in Beschäftigungsverhältnisse wiedereingliedert werden konnten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Versicherten alle vor Beginn der Leistung zur Teilhabe erwerbslos waren und zumeist mehr als 10 Jahre Drogenabusus betrieben hatten. Die LVA Hessen wird die Rehabilitation auf dem Bauernhof als Regelangebot ab dem 01.01.2002 anbieten.

6.3.5 Erhaltung der Erwerbsfähigkeit

6.3.5.1 Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF) (LVA Hannover)

Dieses Konzept richtet sich an abstinenten alkohol- und medikamentenabhängigen Männern und Frauen, die über mehrere Monate oder Jahre abstinent gelebt haben und trotzdem aufgrund unbewältigter familiärer und beruflicher Konflikte drohen, erneut rückfällig zu werden. Ziel ist die Abwendung der Minderung der Erwerbsfähigkeit, die durch den drohenden Rückfall akut droht einschließlich der mit einem massiven Rückfallgeschehen verbundenen sozialen und ökonomischen Folgen. Die Behandlung erfolgt in einer stationären Einrichtung für 3 Wochen. Bei Bedarf ist eine Umwandlung der stabilisierungsorientierten Festigungsbehandlung in eine 8- bis 16wöchige Entwöhnungsbehandlung möglich.

Alle Teilnehmer von StoF waren ausnahmslos von dem Konzept überzeugt.

7 Forschung

7.1 Programm der Bundesregierung: „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“. BMBF-Förderschwerpunkt zur Suchtforschung

Die Suchtforschung schafft eine wissenschaftliche Basis für Verbesserungen in der Prävention und Behandlung. Wichtig für eine Anwendungsorientierung ist eine versorgungsnahe Suchtforschung, die sich mit Risikofaktoren zur Suchtentstehung, Verbesserungen in der Früherkennung und Frühintervention sowie Strategien zur Sekundärprävention und Rückfallprophylaxe beschäftigt. Ambulante Therapieverfahren und Qualitätsmanagement in der ambulanten Praxis sind als weitere Forschungsfelder von Bedeutung. Das aktuelle Forschungsinteresses liegt schwerpunktmäßig auf Alkohol- und Tabakkonsum, befasst sich aber auch mit illegalen Drogen.

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogrammes der Bundesregierung werden daher interdisziplinäre Forschungsverbünde aufgebaut, in denen substanzspezifische und substanzübergreifende Fragen bearbeitet werden sollen. Durch die Förderung anwendungsorientierter Forschung in enger Kooperation mit Versorgungseinrichtungen zielt man darauf ab, die Forschungsergebnisse den beratenden und behandelnden Institutionen zugänglich zu machen und dadurch eine Übertragung in den Versorgungsalltag zu gewährleisten.

Ein weiteres Ziel ist die dauerhafte Etablierung der Suchtforschung an den Hochschulen, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Forschung zu erreichen.

Geplante Förderung

Es wurden insgesamt vier Forschungsverbünde für Suchtforschung initiiert. Diese sind der Verbund Baden-Württemberg, Verbund Bayern, Verbund Nord-Ost und Verbund Nordrhein-Westfalen. Für Forschungsverbünde ist eine Laufzeit von 3 Jahren vorgesehen mit der Möglichkeit einer Verlängerung um weitere 3 Jahre. Die Forschungsverbünde verfolgen folgende Zielsetzungen:

- Anwendungsorientierte Suchtforschung zu substanzspezifischen oder substanzübergreifenden Themen
- Interdisziplinäre Forschung (Forschungsverbünde)

- Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung (regionale Schwerpunkte, Kooperationen mit Versorgungseinrichtungen)
- Entwicklung universitärer Forschungsstrukturen (incl. Lehre, Aus- und Weiterbildung)

7.2 Übersicht über die vier geförderten Forschungsverbände für Suchtforschung

7.2.1 Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg

Der Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg⁵⁶ beinhaltet elf wissenschaftliche Teilprojekte und eine Koordinierungsstelle, die unter Federführung von Prof. Dr. Karl Mann (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim) im Zeitraum vom 01.11.2001-31.10.2004 in den Städten Freiburg, Heidelberg, Mannheim und Tübingen durchgeführt werden. Die Zielsetzung des Suchtforschungsverbundes ist eine Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für süchtiges Verhalten durch interdisziplinäre Forschung.

- Drei Projekte sind mit dem Thema Rauchen und Rauchentwöhnung befasst. Zielsetzungen sind hier, die biologischen und psychologischen Hintergründe für den frühzeitigen Einstieg in das Rauchen bei Jugendlichen zu untersuchen; unterschiedliche Raucherentwöhnungsprogramme zu entwickeln und Raucherentwöhnung und wirksame Entwöhnungsstrategien in der hausärztlichen Praxis zu fördern.
- Drei weitere Projekte forschen im Bereich Alkohol. Im Rahmen von Tierversuchen werden die Bedingungen zwischen Reizsituationen für einen Rückfall und medizinischer Behandlung erforscht; des weiteren wird die unterschiedliche Wirkung von Arzneimitteln und spezielle Therapieformen zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit untersucht.
- Weitere, einzelne Projekte entwickeln z.B. ein Qualitätsmanagement (QMS) für niedergelassene Ärzte, eine DNA-Bank für Suchtforschung, unterstützen die anderen Projekte in Fragen der statistischen Planung und Datenanalyse und bei der Organisation und Koordination, und zielen auf eine Verbesserung der Versorgungssituation abhängiger Patienten an der Schnittstelle ambulante/stationäre Versorgung ab.

⁵⁶ Sprecher: Prof. Dr. Karl Mann; Zentralinstitut für Seelische Gesundheit; Postfach 12 21 20 ; 68072 Mannheim; Tel.: 0621/1703-940; Fax: 0621/1703-945; e-mail: sucht@as200.zi-mannheim.de; <http://www.bw-suchtweb.de>

7.2.2 Suchtforschungsverbund Nord-Ost (EARLINT)

Unter Federführung von Prof. Dr. Ulrich John (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Greifswald) laufen im Zeitraum zwischen dem 01.10.2001-30.09.2004 in den Städten Greifswald und Lübeck sieben Forschungsvorhaben⁵⁷, einschließlich einer Koordinierungsstelle. Das übergreifende Ziel der Projekte ist es, die Effektivität und Effizienz einzelner Maßnahmen, die zur Frühbehandlung tabakrauch- oder alkoholbezogener Erkrankungen dienen, zu testen.

- Zwei Projekte beschäftigen sich mit Alkohol, wovon eines einen Behandlungsstufen-Ansatz für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Allgemeinarztpraxen und das andere Frühinterventionen bei alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus realisiert.
- Drei Projekte sind im Bereich Tabak angesiedelt. Eines richtet sich speziell an Frauen, eines betreibt Rauchinterventionen in der allgemeinärztlichen Praxis; und das dritte beschäftigt sich übergreifend mit bevölkerungsbezogenen Interventionen bei Rauchern, z.B. motivierende Beratung.
- Ein Projekt ist für gesundheitsökonomische Analysen, ein weiteres für die Koordination zuständig.

7.2.3 Suchtforschungsverbund Bayern (ASAT)

Der Suchtforschungsverbund Bayern⁵⁸ beinhaltet 5 wissenschaftliche Projekte und eine Koordinierungsstelle. Diese laufen im Zeitraum vom 01.11.2001-31.10.2004 unter der Federführung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden) in den Städten Dresden und München. Zielgruppe der Projekte sind Personen mit einer Substanzstörung. Im Rahmen der Projekte soll zum einen der Versorgungsbedarf und ihre Bedürfnisse erfasst werden, zum anderen die Bedingungen für den Versorgungsbeginn und –verlauf und schließlich darauf abgestimmt die Entwicklung, Einbindung und Evaluation der aktuell vorhandenen Versorgungsnetze. Des weiteren werden Fragen der Frühintervention und Therapieoptimierung untersucht.

- Ein Projekt richtet sich dabei an Personen, die regelmäßigen Alkohol- sowie diversen illegalen Drogengebrauch und –störungen aufweisen.

⁵⁷ Sprecher: Prof. Dr. Ulrich John; Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; Walther-Rathenau-Str. 48; 17487 Greifswald; Tel: 03834/867700; Fax: 03834/867701; e-mail: ujohn@mail.uni-greifswald.de

⁵⁸ Sprecher: Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen; Klinische Psychologie und Psychotherapie; Technische Universität Dresden; Am Falkenbrunnen; Chemnitzer Straße 46; 01187 Dresden; Tel.: 0351/4633-6985; Fax: 0351/463-6984; e-mail: wittchen@psy1.psych.tu-dresden.de; <http://www.tu-dresden.de> oder: MPI für Psychiatrie; Kraepelinstr. 10; 80804 München; Tel: 089/30622 546; Fax: 089/30622 544

- Ein Projekt betreibt speziell Frühinterventionen bei vor allem jungen Erwachsenen, die schwergradig Alkohol, Cannabis und Ecstasy konsumieren. Dabei handelt es sich um einen experimentellen Ansatz, der spezifische kognitive Defizite untersucht, des weiteren den Zusammenhang zwischen Konsumstadien und schließlich den Zusammenhang zwischen psychosozialen und psychopathologischen Problemen. Die Studie soll als Voraussetzung für eine empirische Therapieentwicklung und als Basis einer kognitiven Verlaufsuntersuchung dienen.
- Ein Projekt überprüft u.a. die Wirksamkeit dreier bewährter Raucherentwöhnungsmaßnahmen im allgemeinärztlichen Versorgungsbereich. Dadurch soll eine wissenschaftlich besser gestützte Versorgung von Personen mit Substanzstörungen im Früh- als auch im Spätstadium sicher gestellt werden. Voraussichtlich wird ein weiteres Projekt mit einem intensiviertem Behandlungsprogramm für veränderungsresistente Raucher befasst sein.
- Es ist auch ein Projekt geplant, dass die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger optimieren soll.

7.2.4 Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen

In dem Zeitraum vom 01.01.2002-31.12.2004 werden unter Leitung von Prof. Dr. Markus Gastpar (Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Rheinische Landes- und Hochschulklinik Essen) vier wissenschaftliche Projekte⁵⁹ und eine Koordinierungsstelle in Bonn, Münster und voraussichtlich in Düsseldorf und Essen geführt. Es wird eine Professur für klinische Suchtforschung an der medizinischen Fakultät der Universität Essen eingerichtet mit dem langfristigen Ziel der Etablierung einer kontinuierlichen Suchtforschung in NRW.

- Ein Projekt ist in der Allgemeinarztpraxis angesiedelt und überprüft die Möglichkeit einer motivationalen Kurzintervention bei Personen mit einem schädigenden Alkohol-, Nikotin- und illegalen Drogenmissbrauch. Auf Basis der Untersuchungen sollen derartige motivationale Behandlungen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung etabliert werden.
- In einem weiteren Projekt wird die Plastizität des Gehirns in Hinblick auf Rückfall und Abstinenz bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit untersucht. Geplant ist überdies, in einer anderen Studie zu prüfen, ob Alkohol- bzw. Opiatabhängige auf qualifizierten

⁵⁹ Sprecher: Prof. Dr. Markus Gastpar; Klinik für Allgemeine Psychiatrie; Rheinische Landes- und Hochschulklinik; Virchowstr. 174; 45147 Essen; Tel: 0201/7227-190; Fax: 0201/7227-303; e-mail: m.gastpar@uni-essen.de

Entgiftungsstationen auch zu einer Rauchentwöhnung motiviert werden können und ob diese letztlich erfolgreich ist.

- Voraussichtlich wird ein viertes Projekt gestartet, das experimentell die wechselseitige Beziehung zwischen einer Verhaltenstherapie und dem Einsatz eines bestimmten Arzneimittels in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen untersucht.

8 Repression und Angebotsreduzierung

8.1 Zur Situation des illegalen Drogenmarktes⁶⁰

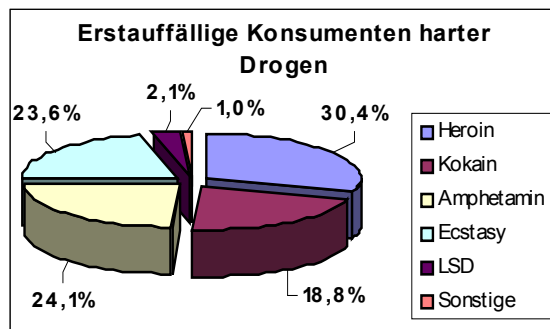
8.1.1 Erstauffällige Drogenkonsumenten

Die Anzahl der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKhD) stagniert mit 22.551 Personen auf dem Niveau des Vorjahres. Generell ist anzumerken, dass dieser Indikator maßgeblich von der Intensität und Zielrichtung der Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden geprägt ist.

Bei den einzelnen Drogenarten ist erneut ein deutlicher Anstieg bei den Erstauffälligen von Ecstasy (+11%) zu verzeichnen. Die Zahlen der EKhD bei Heroin (-0,6%) und Amphetamin (-0,9%) bewegen sich nahezu auf dem Niveau des Vorjahres, wogegen die Anzahl der erstmals polizeilich registrierten Konsumenten von Kokain erneut deutlich abgenommen hat (-8,5%).

Bei einer Betrachtung der Zahlen der EKhD nach Bundesländern ergeben sich die deutlichsten Steigerungen bei den Ländern Nordrhein-Westfalen (+18,7%), Bayern (+8,2%) und Hamburg (+6,5%); starke Rückgänge sind in allen ostdeutschen Bundesländern zu verzeichnen.

Die Altersstruktur der EKhD hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert.



8.1.2 Sicherstellungen von Heroin

Im Jahr 2001 wurden in 7.538 Fällen insgesamt 836kg Heroin sichergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Fallzahl um 5,9% abgenommen, wogegen die Sicherstellungsmenge um 5% gestiegen ist.

⁶⁰ Die Daten entstammen dem Bericht des Bundeskriminalamtes (BKA) "Zur Situation des illegalen Drogenmarktes in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2001; der vollständige Bericht ist im Anhang abgedruckt

Südwestasien stellte in den vergangenen Jahren die wichtigste Quelle für in Europa konsumiertes Heroin dar. Dabei kam Afghanistan die größte Bedeutung zu. Inwieweit diese Rolle Afghanistans nach der Ablösung des Taliban-Regimes Bestand haben wird, bleibt abzuwarten. Nach Erkenntnissen der UNDCP wurden im Herbst 2001 in Afghanistan wieder Mohnsamen ausgesät, so dass Ende März/Anfang April 2002 die nächste Schlafmohnernte zu erwarten ist. Es liegen allerdings derzeit keine gesicherten Erkenntnisse über das tatsächliche Ausmaß der Neuaussaat vor. Die afghanische Interimsregierung erließ unmittelbar nach Übernahme der Regierungsverantwortung ein Verbot zum Mohnanbau sowie zum Handel mit Opium. Es ist jedoch fraglich, ob dieses durchzusetzen ist. Bislang wurde eine Verknappung von Heroin auf dem westeuropäischen Markt und ein Anstieg des Heroinpreises in Deutschland noch nicht festgestellt.

Seit Ende der 90er Jahre wird vermehrt in Deutschland so genanntes "Weißes Heroin" aus dem Bereich der Zentralasiatischen Staaten und Afghanistan mit einem Wirkstoffgehalt von teilweise über 80 % festgestellt. Im Berichtsjahr wurden 35 Fälle mit Brennpunkten in Baden-Württemberg und Hessen sowie eine Gesamtsicherstellungsmenge von 57,5 kg "Weißem Heroin" registriert. In Deutschland wird "Weißes Heroin" fast ausschließlich im Zusammenhang mit Spätaussiedlern, meist mit Herkunft Russische Föderation, Kasachstan und Kirgisistan festgestellt.

8.1.3 Sicherstellungen von Kokain

Im Jahr 2001 wurden in Deutschland 1.288 kg Kokain sichergestellt, 41% mehr als im vorangegangenen Erfassungszeitraum. Der Anstieg ist in erster Linie auf die Großsicherstellung von 514 kg Kokain in einem per Seefracht von La Guaira/Venezuela nach Hamburg transportierten Container zurückzuführen. Das Rauschgift war nicht für den deutschen Markt bestimmt. Es sollte nach Malta an eine italienische Tätergruppierung gesandt werden.

Die Fallzahlen nahmen erneut um 16% ab.

Deutschland ist im Zusammenhang mit Kokain Konsum- und Transitland. Im Berichtsjahr sollten mehr als zwei Drittel des in Deutschland sichergestellten Kokains (68,7% der Gesamtsicherstellungsmenge) ins Ausland weiter transportiert werden.

8.1.4 Sicherstellungen von Crack

Fallzahlen und Sicherstellungsmengen im Zusammenhang mit Crack blieben im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nahezu unverändert. Die Gesamtsicherstellungsmenge belief sich im Berichtszeitraum auf 2,1 kg bei 1.372 Fällen. Eindeutige Brennpunkte sind weiterhin Frankfurt/Main und Hamburg, wo der

Straßenhandel mit Crack überwiegend von Westafrikanern (Nigerianern) und Marokkanern dominiert wird. Lediglich in Einzelfällen waren auch andere Städte betroffen.

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

8.1.5 Sicherstellungen von Amphetamin/Methamphetamin sowie Ecstasy

In 3.459 Fällen wurden insgesamt 262,5 kg Amphetamin/Methamphetamin in Deutschland beschlagnahmt. Das entspricht einer geringeren Fallzahl und Sicherstellungsmenge gegenüber dem Vorjahr.

Ausgehend von der Grenzregion zur Tschechischen Republik in Sachsen und Nordbayern weitet sich der Konsum von so genanntem "Crystal", Methamphetamin in kristalliner Form, zunehmend aus. Im Berichtsjahr wurden 200 Sicherstellungsfälle mit einer Gesamtmenge von 5,4 kg Crystal registriert. Über die grüne Grenze zur Tschechischen Republik findet eine Versorgung der regionalen Märkte in den Anrainerländern statt. Es liegen Erkenntnisse vor, wonach "Crystal" eigens für deutsche Konsumenten hergestellt wird, da in der Tschechischen Republik fast ausschließlich eine Nachfrage nach Methamphetamin in Pulverform besteht.

Der Trend des vergangenen Jahres im Zusammenhang mit **Ecstasy** setzte sich im Jahr 2001 fort. Die Anzahl der Sicherstellungen ist zwar nach einer deutlichen Steigerung im vergangenen Jahr um 8,4% gesunken, jedoch ist die Sicherstellungsmenge gegenüber dem Vorjahr nochmals um 180% deutlich angestiegen und beläuft sich im Jahr 2001 auf über 4,5 Millionen Konsumeinheiten.

In dem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass mit 51% ein Großteil der sichergestellten Menge nicht für den deutschen Markt bestimmt war. Insbesondere die Ende des Jahres 2001 erfolgten Grobsicherstellungen von Ecstasy-Tabletten verdeutlichen die Funktion Deutschlands als Transitland im weltweiten Handel mit Ecstasy. Dabei war Australien mit 2,2 Mio. Konsumeinheiten vor Nordamerika (USA und Kanada) das mit Abstand bedeutendste Bestimmungsland. Der Schmuggel von Ecstasy aus europäischen Staaten in die USA unter Nutzung von Kurierdiensten und im Gepäck von Kurieren scheint sich nach polizeilichen Erkenntnissen in unvermindert hohem Maße fortzusetzen.

Die Niederlande stellen nach wie vor das bedeutendste Herstellungsland für Ecstasy dar; 91 % der Menge mit bekannter Herkunft wurden von dort importiert.

8.1.6 Sicherstellungen von Cannabis

Mit 29.028 Fällen wurden in rund 58% aller Rauschgiftsicherstellungsfälle Cannabisprodukte beschlagnahmt. Im Zusammenhang mit Cannabisharz (Haschisch)

gingen im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der Fälle (-10%) und die Sicherstellungsmenge (-20%) im Jahr 2001 deutlich zurück.

Im Jahr 2001 wurden in 12.487 Fällen 2.087 kg Cannabiskraut (Marihuana) sichergestellt. Nach einem deutlichen Rückgang der sichergestellten Marihuanamenge im Vorjahr wurde im Berichtszeitraum erneut eine rapide Abnahme um 65% registriert. Grobsicherstellungen von mehr als 500 kg erfolgten nicht.

8.2 Kontrolle der Grundstoffe

Ohne chemische Vorläufer-Substanzen (sog. Grundstoffe) können keine Drogen hergestellt werden. Deshalb ist in der Europäischen Union die Kontrolle und Überwachung des Binnen- und Drittlandhandels mit Grundstoffen besonders geregelt und wird in Kooperation mit der chemischen Industrie ständig fortentwickelt. Es wurde begonnen, die detaillierten EU-Regelungen in diesem Bereich durch einen umfangreichen Fragebogen, gerichtet an die Mitgliedstaaten, zu überprüfen, um erforderlichenfalls längerfristige Optimierungen in die Wege zu leiten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Gesetzentwurf zur Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes vorgelegt, der noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden wird. Dieses Änderungsgesetz hat das Ziel, die im Grundstoffüberwachungsgesetz enthaltenen Straf- und Bußgeldblankette zu konkretisieren, einzelne Vorschriften an die gesammelten Erfahrungen und an neue EU-Vorschriften anzupassen sowie die Umstellung der Bußgeldvorschriften im Grundstoffüberwachungsgesetz sowie im Betäubungsmittelgesetz auf den Euro herbeizuführen. Die Änderungen beinhalten sowohl Erleichterungen bei den Verwaltungsverfahren als auch Klarstellungen bezüglich der Pflichten der Wirtschaftsbeteiligten. Von besonderer Bedeutung ist die Änderung der Straf- und Bußgeldblankette, denn erst auf der Grundlage der geänderten Blankettvorschriften kann die Rechtsverordnung zur Bewehrung von Verstößen gegen einschlägiges EU-Recht erlassen werden. Die Verordnung soll unmittelbar nach Inkrafttreten des Änderungsgesetzes in Kraft treten.

9 Internationale Zusammenarbeit

9.1 Europäische Gemeinschaft und Europarat

In Umsetzung des Drogenaktionsplanes 2000-2004 der EU wurden mehrere Maßnahmen zur verbesserten Koordination der nationalen Drogenpolitiken eingeleitet. So wurden in Zusammenarbeit mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und EUROPOL 5 zentrale Indikatoren über die jeweilige Situation in den Mitgliedsstaaten entwickelt, die es zum ersten Mal erlauben werden, unter vergleichbaren Kriterien Aussagen zum Umfang des Drogenproblems, zu den gesundheitlichen Folgen, den Behandlungsmöglichkeiten sowie den sicherheitsrelevanten Fragen zu treffen. Auf diese Weise erhalten die EU-Kommission und die Mitgliedstaaten wertvolle Hinweise auf möglichst effektive Maßnahmen zur Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Repression.

Um den kriminellen Drogenhandel in der Gemeinschaft besser bekämpfen zu können, hat der EU-Rat Beratungen über gemeinsame strafrechtliche Definitionen und Mindeststrafen für diese Delikte aufgenommen. Ziel ist die Verabschiedung eines Rahmenbeschlusses, der neben diesen Delikten auch den Handel mit Ausgangsstoffen zur Herstellung illegaler Drogen (Grundstoffverkehr) berücksichtigt.

Auf Einladung der schwedischen Präsidentschaft fand ein intensiver Austausch unter den EU-Mitgliedsstaaten über die Drogenprävention bei Jugendlichen statt. Dabei wurde deutlich, dass in fast allen EU-Staaten der Konsum illegaler Substanzen ansteigt und diese zunehmend aber auch mit legalen Suchtstoffen, vorwiegend Alkohol, kombiniert werden. Um die Prävention zu verstärken, ist es notwendig, solche riskanten Konsummuster zu thematisieren, personal- und massenkommunikative Maßnahmen miteinander zu verknüpfen und die kommunale Ebene stärker einzubinden. Als ein weiteres Ergebnis dieser EU-Tagung wird die Bundesrepublik sich an der ESPAD-Studie (European School Survey on Alcohol and other Drugs) beteiligen, die speziell den Drogenkonsum unter 15 und 16-jährigen Jugendlichen in regelmäßigen Intervallen untersucht.

Im Rahmen des Europarates beteiligte sich Deutschland an den Veranstaltungen der für Drogenfragen zuständigen Pompidougruppe, etwa zu Drogen im Straßenverkehr, dem Einsatz von Benzodiazepinen, Substitutionsprogrammen und gesundheitliche Schadensminderung bei nicht injizierendem Drogengebrauch. Zum Thema „Drogengebrauch im Strafvollzug“ versammelte die Pompidougruppe gemeinsam mit der WHO im September in Bern zahlreiche Experten, um Leitlinien zur Gesundheitsvorsorge in Gefängnissen zu entwickeln. Deutschland fördert die Pompidougruppe in ihrer wichtigen Funktion, die osteuropäischen Länder in die drogenpolitische Diskussion einzubinden und bei der Prävention wie auch der Bekämpfung des Drogenhandels zu unterstützen. Hierzu wurde auch im Jahr 2001 das Experten-Austauschprogramm genutzt.

9.2 WHO-Internationale Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle

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 haben im Oktober 2000 weitere Verhandlungsrunden stattgefunden, an denen sich 110 Staaten, darunter auch Deutschland, beteiligt haben. Die vierte Verhandlungsrunde fand im März 2002 statt.

Das Bundesregierung wirkt engagiert an der Erarbeitung mit. Es zeichnet sich ab, dass die Bereiche Werbeverbot für Tabakwaren, duty free Verkauf, Subventionen für den Tabakanbau, Preis- und Steuermaßnahmen besonders schwierige Verhandlungsthemen sind. Deshalb wird die fünfte Verhandlungsrunde von der Suche nach Kompromissregelungen geprägt sein, denn im Jahr 2003 soll die Weltgesundheitsversammlung die Rahmenkonvention und die Zusatzprotokolle verabschieden. Konvention und Protokolle werden - sofern sie von 2/3 der Mitgliedstaaten rechtsverbindlich umgesetzt werden - dann international verbindlich sein.

9.3 Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung

9.3.1 Drogen und Entwicklung – das Konzept

Die aktuelle Situation in Afghanistan hat der Weltöffentlichkeit verdeutlicht, wie stark Drogen- und Entwicklungsprobleme miteinander verflochten sind. Neben ihrer Rolle als Produzenten von illegalen Drogen sind Entwicklungsländer und Transformationsländer heute weltweit von der Drogenmissbrauchsproblematik am stärksten betroffen. Auffällige Beispiele sind Pakistan und Iran, wo mehr als 3 Mio. Menschen regelmäßig Heroin konsumieren. Der enge Zusammenhang von Drogen- und Entwicklungsproblemen ist auch Grundlage des von Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) verfolgten Konzeptes 'Drogen und Entwicklung'. Es geht daher nicht nur darum, bestimmte Substanzen zu kontrollieren, sondern vor allem darum:

- Ursachen von Drogen- und Entwicklungsprobleme, wie vor allem Armut, zu mindern
- Die Nachhaltigkeit von Entwicklungsprozessen zu sichern
- Die Partizipationsmöglichkeiten der Beteiligten zu gewährleisten
- Die Rahmenbedingungen für Entwicklung durch Stärkung von guter Regierungsführung (good governance) und Stärkung der Zivilgesellschaft zu verbessern.

Nachhaltige menschliche Entwicklung ist das übergeordnete Ziel der Drogenkontrolle. Drogenkontrolle ist somit eine Querschnittsaufgabe der Entwicklungszusammenarbeit (EZ). Vom BMZ wird dieser Ansatz nicht nur über die bilaterale Technische und Finanzielle Zusammenarbeit gefördert, sondern auch über die Kooperation mit multilateralen Organisationen wie dem United Nations International Drug Control Programme (UNDCP). Das BMZ unterstützt weltweit Maßnahmen, die auf die sozialen und wirtschaftlichen Ursachen der Drogenproblematik zielen. Darüber hinaus gewinnt die Verbesserung der Rahmenbedingungen – darunter die Beachtung der Menschenrechte, Partizipation in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft, Rechtsstaatlichkeit, Effizienz und Transparenz des öffentlichen Sektors – auch im Zusammenhang mit der Drogenkontrolle an Bedeutung.

9.3.2 Strategien

Die GTZ unterstützt die Umsetzung des Konzepts 'Drogen und Entwicklung' mit Hilfe folgender Strategien:

- **Alternative Entwicklung** als einem Prozess, durch den die Produktion illegaler Drogenkulturen durch Maßnahmen zur ländlichen Entwicklung verhindert, verringert oder beseitigt wird. Dies umfasst Maßnahmen zur Schaffung alternativer Einkommensmöglichkeiten, zur Förderung von Gesundheit und Bildung, der Stärkung von Dorfgemeinschaften und von Institutionen der Drogenkontrolle und der Drogenhilfe. Die Ergebnisse der Internationalen Konferenz zur Alternativen Entwicklung (Feldafing, Januar 2002), die BMZ und GTZ gemeinsam mit UNDCP durchgeführt haben, werden für die derzeitige Ergänzung und Aktualisierung des Konzeptes der Alternativen Entwicklung genutzt. Dabei stehen aktuelle Fragestellungen wie Friedenssicherung und Armutsminderung im Vordergrund.
- **Prävention des Drogenkonsums.** Damit soll der Drogenkonsum, der gerade in Entwicklungsländern stark zugenommen hat, reduziert oder verhindert werden. Neben allgemeinen Aufklärungsmaßnahmen und der Behandlung und Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten stehen zunehmend Strategien der drogen- und suchtbetrogenen Förderung der Jugendgesundheit im Vordergrund. Als Teil der systemischen Gesundheitsförderung trägt dieses Konzept auch zur Armutsbekämpfung, Krisenprävention und Friedenssicherung bei.
- **Stärkung von "Good Governance".** Hier geht es vor allem um die Stärkung von Institutionen im Bereich der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle. Dabei werden Maßnahmen gefördert, die zu 'Good Governance' und zur Stabilisierung von öffentlicher Sicherheit beitragen, zum Beispiel Aktivitäten zur Stärkung von Rechtsstaatlichkeit, der Transparenz und Rechenschaftspflicht von Polizei- und Sicherheitskräften oder Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung und zur Verbesserung der Menschenrechtslage.

9.3.3 Erfahrungen

Die Drogenkontrolle im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit erhebt den doppelten Anspruch, sowohl Drogenprobleme zu mindern als auch Entwicklungsprozesse zu fördern. Erfahrungen der GTZ in Asien und Lateinamerika zeigen, dass dies durchaus erfolgreich sein kann. In den meisten Ländern Asiens ist die Opiumproduktion zurückgegangen. Am Beispiel Thailand zeigte sich, dass Projekte mit der Durchführung von Alternativer

Entwicklung, wie das Projekt „Bergregionenentwicklung in Nordthailand“, durch nachhaltige Entwicklungsmaßnahmen wesentlich zu einem Rückgang der Opiumproduktion beitragen. Auch in Lateinamerika wird an der Bekämpfung der für die Kokawirtschaft verantwortlichen Ursachen gearbeitet, so dass mit einer weiteren Reduzierung der Kokaproduktion zu rechnen ist. Die Beispiele Afghanistan, Myanmar und Kolumbien verdeutlichen, dass politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, damit Maßnahmen der Alternativen Entwicklung erfolgreich sein können.

Für Maßnahmen im Bereich der Drogenprävention stehen folgende Beispiele:

Projektbeispiel 1	Projektbeispiel 2
<p>Drogenprävention Peshawar, Pakistan</p> <p>Die Nähe zu Afghanistan, dem weltweit größten Drogenproduzenten, führt in Pakistan zu allgegenwärtiger, preiswerter Verfügbarkeit von Opium und seiner Derivate. Dementsprechend hoch ist die geschätzte Zahl an Abhängigen im Land, wobei vor allem auch Jugendliche besonders gefährdet sind. Das Projekt „Prävention von Drogenmissbrauch und Intervention bei Jugendlichen in Peshawar“ setzt auf die Förderung gesunder Lebensstile von Jungen und Mädchen durch peer-to-peer Gruppenarbeit an Schulen und in anderen "settings". Die Beratung des gemeinnützigen Projektträgers "DOST Welfare Foundation" zielt auf die Stärkung der Partnerorganisation ab, um Früherkennung und Suchtprävention in das lokale Suchthilfesystem zu integrieren und eine Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen voranzutreiben. Nach erfolgreicher Arbeit mit 40 Jugendgruppen in der ersten Projektphase wurde das Projekt Ende 2001 mit dem Ziel, die Nachhaltigkeit durch weitere Professionalisierung in systemischer Arbeit und Vernetzung mit der regionalen Drogenpolitik zu verbessern, um 1 Jahr verlängert.</p>	<p>Drogenprävention Manzanilla, Peru</p> <p>Das Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung unterstützt seit 1997 die Nichtregierungsorganisation CEDRO durch Beratung bei der Entwicklung und Umsetzung eines Programms zur Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch im Stadtteil Manzanilla II, einem sozialen Brennpunkt von Lima. Hier werden durch ein stadtteilbezogenes, integratives Präventionskonzept die Lebensperspektiven der Jugendlichen und Kinder nachhaltig verbessert, indem über reine Information und Aufklärung hinaus Lebenskompetenztraining (Life Skills), soziale Bewusstseinsbildung und Verbesserung der Lebensbedingungen im Mittelpunkt stehen. Die Piloterfahrungen in Manzanilla II haben beispielhafte Wirkung gezeigt und große fachliche und politische Anerkennung gefunden. Daher stellen sie eine wichtige Grundlage für die Entwicklung eines langfristigen Präventionsprogramms und einer Übertragung des Ansatzes auf andere Stadtteile dar.</p>

9.3.4 Herausforderungen

Das Potential der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle zu Armutsminderung, Krisenprävention und politischer Stabilität beizutragen wird zur Zeit noch nicht intensiv genutzt. Es ist Aufgabe der GTZ und des Aktionsprogramms Drogen und Entwicklung (ADE) durch Analyse der Schnittstellen und durch strategische Partnerschaften, diese Potentiale besser nutzbar zu machen. Es sind daher Strategien zu formulieren, die gleichzeitig zu Drogenkontrolle und zu nachhaltiger menschlicher Entwicklung beitragen. Ebenso wichtig ist, dass Partnerregierungen, Nichtregierungsorganisationen, Gemeinden

und andere Institutionen auf breiter Ebene bei der Umsetzung solcher Strategien unterstützt werden.⁶¹

⁶¹ Die vom BMZ und GTZ herausgegebene Broschüre zum Thema 'Drogen und Entwicklung' ist bei der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung, Zimmer 1461, und der Pressestelle des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) erhältlich. Weitere Informationen finden sich unter <http://www.gtz.de/drogen> sowie unter <http://www.bmz.de>

Anhang

Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2001

Bericht des Bundeskriminalamtes

Grundlagen der folgenden Darstellung der Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland 2001 bilden überwiegend Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei. Dieser Darstellung werden folgende, ausschließlich auf polizeilichen Informationen beruhende Indikatoren für die Entwicklung der Rauschgiftkriminalität zugrunde gelegt:

- Erstauffällige Konsumenten harter Drogen,*
- Rauschgifttodesfälle,*
- Sicherstellungsmengen und -fälle,*
- Herkunfts- und Bestimmungsländer,*
- Nationalitäten der Tatverdächtigen.*

Die Informationen resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Rauschgiftkriminalität und spiegeln lediglich einen Teil des Hellfeldes dieses Kriminalitätsphänomens wider. Generell ist anzumerken, dass die Statistik durch Großsicherstellungen stark beeinflusst wird.

Die Entwicklung der **Sicherstellungsmenge** wurde im Jahr 2001 von einem deutlichen Anstieg bei Ecstasy und moderateren Steigerungsraten bei Kokain und Heroin geprägt. Ecstasy-Tabletten treffen durch die stimulierende, enthemmende und kommunikationsfördernde Wirkung der Inhaltsstoffe gegenwärtig von allen Rauschgiftarten den Zeitgeist am deutlichsten. Dabei wird Ecstasy nicht mit den anderen riskanten Konsummustern und Folgen wie beispielsweise dem körperlichen Verfall und der Verelendung bei Opiatkonsum in Verbindung gebracht. Dass die Gefährlichkeit des Konsums von Ecstasy im Hinblick auf dauerhafte Hirnschädigungen zwischenzeitlich in einer Vielzahl von Studien nachhaltig belegt wurde, tritt oft in den Hintergrund.

Die durch Polizei- und Zollbehörden registrierten **Sicherstellungsfälle** sind im Jahr 2001 mit Ausnahme von Marihuana bei allen gängigen Rauschgiften zurückgegangen. Bemerkenswert ist der Rückgang der Fallzahlen bei Kokain (-16 %) und Haschisch (-10 %).

Als **Ursprungsstaaten** für in der Bundesrepublik Deutschland sichergestellte illegale Drogen dominieren seit Jahren Afghanistan, Kolumbien und die Niederlande sowie die Türkei als Transitstaat für Heroinlieferungen. Insbesondere die Niederlande sind häufig Herkunftsland für in Deutschland sichergestelltes Rauschgift.

Deutschland kommt durch seine geografische Lage in Zentraleuropa eine bedeutende Funktion als **Transitland** im internationalen Drogenhandel zu. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Kokain- und Ecstasy-Lieferungen aus Westeuropa nach Skandinavien, Ost- und Südeuropa einerseits und für Herointransporte aus Osteuropa in Richtung Westeuropa andererseits. Speziell bei Kokain (69 %) und bei Ecstasy (51 %) waren große Teile der Gesamtsicherstellungsmenge für das Ausland bestimmt.

Afghanistan war in den letzten Jahren Hauptherkunftsland des auf dem europäischen Markt verfügbaren Heroins. Inwieweit diese Rolle Afghanistans nach den Militäraktionen gegen das Taliban-Regime Bestand haben wird, bleibt abzuwarten. Nach einem im Jahr 2000 durch den Führer der Taliban erlassenen Verbot zum Anbau von Schlafmohn ging nach Feststellungen durch UNDCP (United Nations Drug Control Programme) die Anbaufläche im Vergleich zum Vorjahr um 91 % zurück. Nach Schätzungen verschiedener Stellen dürften in der Region jedoch Lagerbestände von Rohopium bzw. Heroin vorhanden sein, die eine Versorgung des Marktes für zwei bis drei Jahre erlauben.

Nach Erkenntnissen der UNDCP wurden im Herbst 2001 in Afghanistan wieder Mohnsamen ausgesät, so dass Ende März/Anfang April 2002 die nächste Schlafmohnernte zu erwarten ist. Es liegen allerdings derzeit keine gesicherten Erkenntnisse über das tatsächliche Ausmaß der Neuaussaat vor. Die afghanische Interimsregierung erließ unmittelbar nach Übernahme der Regierungsverantwortung ein Verbot zum Mohnanbau sowie zum Handel mit Opium. Es ist jedoch fraglich, ob dieses durchzusetzen ist. Bislang wurde eine Verknappung von Heroin auf dem westeuropäischen Markt und ein Anstieg des Heroinpreises in Deutschland noch nicht festgestellt.

Bemerkenswert ist erneut die hohe Anzahl von **Aussiedlern** an den Drogentoten in Relation zu ihrem zahlenmäßigen Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands.

Die statistischen Daten zu **Kokain** wie erneut sinkende Fallzahlen, ein Rückgang der Erstauffälligen Konsumenten und die Tatsache, dass mehr als zwei Drittel des sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt waren, suggerieren eine abnehmende Bedeutung dieses Rauschgiftes. Allerdings stehen die Daten in keinem Verhältnis zu dem geschätzten Kokainkonsum in Deutschland und dürften wenig Aufschluss über dessen tatsächliches Ausmaß geben.

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen

Die Anzahl der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKhD) stagniert mit 22.551 Personen auf dem Niveau des Vorjahres. Generell ist anzumerken, dass dieser Indikator maßgeblich von der Intensität und Zielrichtung der Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden geprägt ist.

Bei den einzelnen Rauschgiftarten ist erneut ein deutlicher Anstieg bei den Erstauffälligen von Ecstasy (+11 %) zu verzeichnen. Die Zahlen der EKhD bei Heroin (-0,6 %) und Amphetamin (-0,9 %) bewegen sich nahezu auf dem Niveau des Vorjahres, wogegen die Anzahl der erstmals polizeilich registrierten Konsumenten von Kokain erneut deutlich abgenommen hat (-8,5 %).

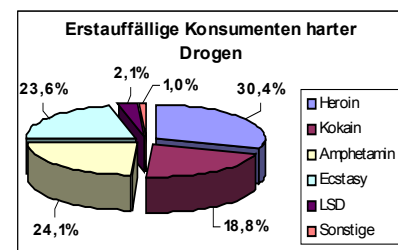
Bei einer Betrachtung der Zahlen der EKhD nach Bundesländern ergeben sich die deutlichsten Steigerungen bei den Ländern Nordrhein-Westfalen (+18,7 %), Bayern (+8,2 %) und Hamburg (+6,5 %); starke Rückgänge sind in allen ostdeutschen Bundesländern zu verzeichnen.

Die Altersstruktur der EKhD hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert.

Rauschgifttodesfälle

Im Jahr 2001 verstarben in Deutschland insgesamt **1.835** Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums, das sind 9,6 % weniger als im Vorjahr. Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Rauschgifttoten in den letzten drei Jahren ist erstmals wieder ein Rückgang zu verzeichnen. Die Zahlen in den alten Ländern sowie in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind rückläufig, dabei wurden die prozentual deutlichsten

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.



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

Rückgänge in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (-28,6 %), Rheinland-Pfalz (-19,3 %) und Schleswig-Holstein (-16,7 %) registriert. Lediglich in Brandenburg, Thüringen und Sachsen sind auf einem niedrigen Niveau absoluter Zahlen Steigerungen zu verzeichnen, wobei die neuen Länder generell mit insgesamt 44 Rauschgifttoden (+29,4 %) bei einer deutlichen Steigerungsrate nach wie vor nur gering belastet sind.

Eine Vielzahl von Faktoren wie zum Beispiel das Konsumverhalten der Drogenabhängigen oder Angebot und Inanspruchnahme von Therapieplätzen kann die Zahl der Rauschgifttoden beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob niederschwellige Hilfsangebote wie die Substitutionsbehandlung und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen Einfluss auf diesen Faktor haben.

Die Anzahl der durch Rauschgiftkonsum verstorbenen Aussiedler ist zwar im Vergleich zum Vorjahr um 19,3 % auf 142 Personen zurückgegangen, bleibt jedoch auf einem hohen Niveau in Relation zum Anteil an der Gesamtbevölkerung.

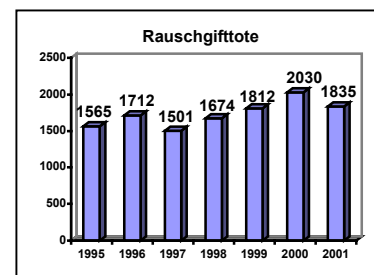
Aussiedler sind häufig bei der Migration nach Deutschland bereits alkohol- oder opiatabhängig. Insbesondere jugendliche Aussiedler praktizieren dann in Deutschland problematische Konsummuster. Innerhalb kurzer Zeit sind diese Konsumenten hochgradig abhängig (sog. "Turbokarrieren"). Eine mangelnde Wahrnehmung von Therapieangeboten und die Unerfahrenheit im Umgang mit Heroin wie beispielsweise hohe Dosierungen unter Beikonsum von Alkohol dürften als wesentliche Ursachen für die große Anzahl von Drogentoten in Betracht kommen.

Heroin

Im Jahr 2001 wurden in 7.538 Fällen insgesamt 836 kg Heroin sichergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Fallzahl um 5,9 % abgenommen, wogegen die Sicherstellungsmenge um 5 % gestiegen ist.

Bis auf eine Sicherstellung von 161 kg Heroin in einem türkischen Lkw in Wesel/NW mit Bestimmung Niederlande und jeweils 50 kg in Dortmund, Fulda und Passau erfolgten im Berichtsjahr keine herausragenden Großsicherstellungen von Heroin.

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-Projektgruppe, 1999).

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.

Südwestasien stellte in den vergangenen Jahren die wichtigste Quelle für in Europa konsumiertes Heroin dar. Dabei kam Afghanistan die größte Bedeutung zu. Inwieweit diese Rolle Afghanistans nach der Ablösung des Taliban-Regimes Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Die Entwicklung in Afghanistan dürfte Auswirkungen auf die Heroinsituation auf dem europäischen Markt haben.

Heroinlieferungen gelangen häufig über die Balkanroute mit ihren verschiedenen Ausläufern nach Europa. Im Berichtsjahr erfolgten einige Großsicherstellungen in Bulgarien, wodurch dessen zentrale Funktion als Transitland auf der Balkanroute unterstrichen wird. Bemerkenswert ist ferner die Dominanz türkischer Staatsangehöriger beim Heroinhandel nach Westeuropa.

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

Neben der Balkanroute gewinnt der Transport von Opiaten über die zentralasiatischen Staaten (Usbekistan, Turkmenistan, Tadschikistan, Kirgisistan und Kasachstan) in Richtung Europa weiter an Bedeutung. Zwar ist bei Sicherstellungen in Deutschland der Nachweis eines Transportes der Drogen über die so genannte Seidenroute oftmals nicht zu führen, jedoch deuten insbesondere steigende Sicherstellungsmengen in den Anrainerstaaten (Russische Föderation, Tadschikistan, Usbekistan) auf eine zunehmende Nutzung dieser Schmuggelroute hin.

Seit Ende der 90er Jahre wird vermehrt in Deutschland so genanntes "Weißes Heroin" aus dem Bereich der Zentralasiatischen Staaten und Afghanistan mit einem Wirkstoffgehalt von teilweise über 80 % festgestellt. Im Berichtsjahr wurden 35 Fälle mit Brennpunkten in Baden-Württemberg und Hessen sowie eine Gesamtsicherstellungsmenge von 57,5 kg "Weißem Heroin" registriert. In Deutschland wird "Weißes Heroin" fast ausschließlich im Zusammenhang mit Spätaussiedlern, meist mit Herkunft Russische Föderation, Kasachstan und Kirgisistan festgestellt.

Herausragend war in dem Zusammenhang die Sicherstellung von 50 kg in Fulda bei einem deutschen Speditionsunternehmer kasachischer Herkunft, der Transporte nach Russland durchführt.

Die Niederlande waren mit 550 Sicherstellungsfällen Hauptbeschaffungsstaat für kleinere Heroinmengen (85 % der Fälle mit bekannter Herkunft), in diesem Zusammenhang wurden insgesamt 82 kg Heroin sichergestellt.

Heroin wird am häufigsten in den Niederlanden beschafft.

Die Türkei wurde im Jahr 2001 in 13 Sicherstellungsfällen als Herkunfts- bzw. Transitstaat größerer Mengen festgestellt. Insgesamt wurden hierbei 248 kg Heroin sichergestellt, die über

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

verschiedene ost- und südeuropäische Staaten nach Deutschland geschmuggelt worden waren.

Als Tatverdächtige traten im Berichtszeitraum neben deutschen vorrangig türkische und jugoslawische Staatsangehörige im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen in Erscheinung. Unter den Angehörigen dieser beiden Staaten dürfte sich ein hoher Anteil ethnischer Albaner befinden, die sich weiter auf dem deutschen Heroinmarkt etablieren und zunehmend eine Konkurrenz zu türkischen Gruppierungen darstellen.

Auffällig ist die Zunahme vietnamesischer Tatverdächtiger in den letzten drei Jahren. Es gibt Anzeichen für zunehmende Aktivitäten vietnamesischer Tätergruppierungen beim Handel mit vorwiegend Heroin in den ostdeutschen Bundesländern, Berlin und Bayern (sowie in der Tschechischen Republik und Polen), wobei bereits bestehende Strukturen aus dem Bereich des Zigarettenschmuggels für den Rauschgifthandel genutzt werden dürften.

Kokain

Im Jahr 2001 wurden in Deutschland 1.288 kg Kokain sichergestellt, 41 % mehr als im vorangegangenen Erfassungszeitraum. Der Anstieg ist in erster Linie auf die Grobsicherstellung von 514 kg Kokain in einem per Seefracht von La Guaira/Venezuela nach Hamburg transportierten Container zurückzuführen. Das Rauschgift war nicht für den deutschen Markt bestimmt. Es sollte nach Malta an eine italienische Tätergruppierung gesandt werden.

Die Fallzahlen nahmen erneut um 16 % ab.

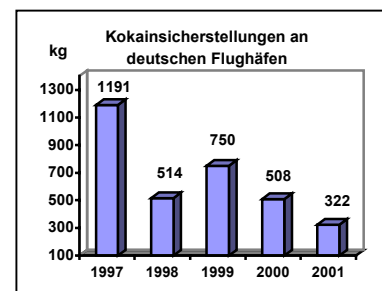
Mit 322 kg wurden 25 % des in Deutschland sichergestellten Kokains an Flughäfen beschlagnahmt, davon 191 kg in Frankfurt/Main. Bemerkenswert ist der seit drei Jahren festzustellende kontinuierliche Rückgang der Sicherstellungen von Kokain an deutschen Flughäfen, der unter anderem auf restriktive Visabestimmungen bei kolumbianischen Staatsangehörigen und die Einstellung direkter Flugverbindungen zurückzuführen sein dürfte. In Seehäfen wurden 589 kg, 46 % der Gesamtmenge sichergestellt.

Ethnische Albaner stellen zunehmend eine Konkurrenz für türkische Gruppierungen dar.

Zunehmende Aktivitäten vietnamesischer Tätergruppierungen beim Handel mit Heroin in den ostdeutschen Bundesländern.

Im Jahr 2001 wurde 41 % mehr Kokain sichergestellt als im Vorjahr.

Kontinuierlicher Rückgang der Sicherstellungen von Kokain an deutschen Flughäfen.



Nach Fallzahlen bei bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande (177 kg/544 Fälle) am häufigsten registriert, wobei in einer Vielzahl von Fällen relativ geringe Mengen sichergestellt wurden. Das deutet darauf hin, dass sich in den Niederlanden hauptsächlich Kleindealer und Konsumenten versorgen. Brasilien (138 kg/93 Fälle) und Kolumbien (112 kg/16 Fälle) wurden häufig als Herkunftsstaaten von Kokain festgestellt.

Deutschland ist im Zusammenhang mit Kokain Konsum- und Transitland. Im Berichtsjahr sollten mehr als zwei Drittel des in Deutschland sichergestellten Kokains (68,7 % der Gesamtsicherstellungsmenge) ins Ausland weiter transportiert werden. Bestimmungsländer des Kokains waren Malta, Italien, die Tschechische Republik sowie Großbritannien. Im Zusammenhang mit dem Bestimmungsland Italien ist bemerkenswert, dass in den letzten Monaten in Deutschland vermehrt Transporte von Kokain in Fahrzeugen mit italienischer Zulassung registriert wurden, bei denen Mengen im einstelligen Kilogramm Bereich befördert wurden.

Bei Sicherstellungen von Kokain dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen und sierraleonischen Staatsangehörigen. Bei Tatverdächtigen aus Kolumbien und Brasilien ist auffällig, dass bei einer relativ geringen Anzahl an Personen verhältnismäßig große Kokainmengen zwischen fünf und 20 kg sichergestellt wurden. Dies deutet auf eine besondere Bedeutung von Angehörigen dieser Nationen beim Transport hin.

Crack

Fallzahlen und Sicherstellungsmengen im Zusammenhang mit Crack blieben im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nahezu unverändert. Die Gesamtsicherstellungsmenge belief sich im Berichtszeitraum auf 2,1 kg bei 1.372 Fällen. Eindeutige Brennpunkte sind weiterhin Frankfurt/Main und Hamburg, wo der Straßenhandel mit Crack überwiegend von Westafrikanern (Nigerianern) und Marokkanern dominiert wird. Lediglich in Einzelfällen waren auch andere Städte betroffen.

Deutschland hat im Zusammenhang mit Kokain die Funktion eines Konsum- und Transitlandes; mehr als zwei Drittel des sichergestellten Kokains waren für das Ausland bestimmt.

Transport von Kokain in Fahrzeugen mit italienischer Zulassung.

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

Brennpunkte des Handels mit Crack liegen weiterhin in Frankfurt/Main und Hamburg.

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

Labore

Im Jahr 2001 wurden sieben illegale Rauschgiftlabore beschlagnahmt, die bis auf einen Fall der Produktion von synthetischen Betäubungsmitteln dienten. In vier Fällen handelt es sich um Kleinstlabore zur Herstellung von (Meth)-Amphetamin. In einem Labor wurde Kokain hergestellt, was in Deutschland in den letzten fünf Jahren eine Ausnahmeerscheinung darstellt.

Rückgang auf sieben sichergestellte Rauschgiftlabore.

Herausragend sind die Sicherstellungen von zwei Großlaboren zur Herstellung von synthetischen Drogen. Die Labore waren professionell, mit großem technischem Aufwand eingerichtet und sollten auf Dauer installiert bleiben. Als Verantwortliche der Großlabore wurden niederländische Staatsangehörige festgestellt. Die weitere Lageentwicklung bleibt im Hinblick auf die Fragestellung zu beobachten, inwieweit Deutschland von organisierten Straftätergruppierungen zunehmend auch als Produktionsstandort für synthetische Drogen genutzt und auf deutsche Produktions- und Transportlogistik zurückgegriffen wird.

Nach dem Jahr 1999 erfolgten erstmals wieder Sicherstellungen von leistungsfähigen Laboren zur Herstellung synthetischer Drogen.

Zwar wurde im Jahr 2001 auf deutscher Seite kein Fall der illegalen Chemikalienbeseitigung von Rauschgiftvorläufersubstanzen (sog. "Dümping") festgestellt, jedoch liegt die Vermutung nahe, dass im Zusammenhang mit der illegalen Herstellung von synthetischen Drogen die dazu verwendeten Chemikalien illegal entsorgt werden. Insbesondere im niederländisch-belgisch-deutschen Grenzgebiet bedarf dieses Phänomen daher aufmerksamer Beobachtung.

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

Amphetamin/Methamphetamin

In 3.459 Fällen wurden insgesamt 262,5 kg Amphetamin/Methamphetamin in Deutschland beschlagnahmt. Das entspricht einer geringeren Fallzahl und Sicherstellungsmenge gegenüber dem Vorjahr.

57 % der sichergestellten Amphetaminmenge mit bekannter

Herkunft stammten aus den Niederlanden (165 Fälle), ferner wurde Amphetamin aus der Tschechischen Republik (54 Fälle) und Polen (22 Fälle) nach Deutschland eingeschmuggelt.

Ausgehend von der Grenzregion zur Tschechischen Republik in Sachsen und Nordbayern weitet sich der Konsum von so genanntem "Crystal", Methamphetamin in kristalliner Form, zunehmend aus. Im Berichtsjahr wurden 200 Sicherstellungsfälle mit einer Gesamtmenge von 5,4 kg Crystal registriert. Über die grüne Grenze zur Tschechischen Republik findet eine Versorgung der regionalen Märkte in den Anrainerländern statt. Es liegen Erkenntnisse vor, wonach "Crystal" eigens für deutsche Konsumenten hergestellt wird, da in der Tschechischen Republik fast ausschließlich eine Nachfrage nach Methamphetamin in Pulverform besteht.

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

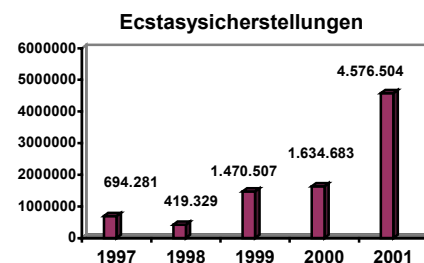
In 30 Fällen sollten insgesamt 14 kg Amphetamin aus bzw. im Transit über Deutschland insbesondere nach Skandinavien geschmuggelt werden.

Ecstasy

Der Trend des vergangenen Jahres im Zusammenhang mit **Ecstasy** setzte sich im Jahr 2001 fort. Die Anzahl der Sicherstellungen ist zwar nach einer deutlichen Steigerung im vergangenen Jahr um 8,4 % gesunken, jedoch ist die Sicherstellungsmenge gegenüber dem Vorjahr nochmals um 180 % deutlich angestiegen und beläuft sich im Jahr 2001 auf über 4,5 Millionen Konsumeinheiten.

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.

In dem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass mit 51 % ein Großteil der sichergestellten Menge nicht für den deutschen Markt bestimmt war. Insbesondere die Ende des Jahres 2001 erfolgten Großsicherstellungen von Ecstasy-Tabletten verdeutlichen die Funktion Deutschlands als Transitland im weltweiten Handel mit Ecstasy. Dabei war Australien mit 2,2 Mio. Konsumeinheiten vor Nordamerika (USA und Kanada) das mit Abstand bedeutendste Bestimmungsland. Der Schmuggel von Ecstasy aus europäischen Staaten in die USA unter Nutzung von Kurierdiensten und im Gepäck von Kurierern scheint sich nach polizeilichen Erkenntnissen in unvermindert hohem Maße fortzusetzen.



Große Mengen sichergestellter Ecstasy-Tabletten waren für Australien und Nordamerika (USA, Kanada) bestimmt.

Die Niederlande stellen nach wie vor das bedeutendste Herstellungsland für Ecstasy dar; 91 % der Menge mit bekannter Herkunft wurden von dort importiert.

Die Niederlande sind bedeutendster Herkunftsstaat für Ecstasy-Tabletten.

Der Schmuggel von und Handel mit synthetischen Betäubungsmitteln wird nach wie vor von deutschen Staatsangehörigen dominiert. Im Rahmen der Ende des Jahres 2001 in Deutschland erfolgten herausragenden Sicherstellungsfälle auf dem Sektor des internationalen Handels von Ecstasy sind jedoch insbesondere Aktivitäten krimineller Gruppierungen israelischer Staatsangehöriger zu erwähnen.

Cannabisprodukte

Mit 29.028 Fällen wurden in rund 58 % aller Rauschgiftsicherstellungsfälle Cannabisprodukte beschlagnahmt.

Am häufigsten werden Cannabisprodukte sichergestellt.

Im Zusammenhang mit Cannabisharz (Haschisch) gingen im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der Fälle (-10 %) und die Sicherstellungsmenge (-20 %) im Jahr 2001 deutlich zurück. Es wurden lediglich zwei Großsicherstellungen von mehr als 500 kg registriert, wobei im Raum Frankfurt/Main in einem Wohnmobil rund eine Tonne und in einer Wohnung weitere 823 kg Haschisch sichergestellt wurden. Beide Fälle standen im Zusammenhang mit Ermittlungen gegen marokkanische Tätergruppierungen.

Im Jahr 2001 wurden in 12.487 Fällen 2.087 kg Cannabiskraut (Marihuana) sichergestellt. Nach einem deutlichen Rückgang der sichergestellten Marihuanamenge im Vorjahr wurde im Berichtszeitraum erneut eine rapide Abnahme um 65 % registriert. Großsicherstellungen von mehr als 500 kg erfolgten nicht.

Deutlicher Rückgang der sichergestellten Marihuanamenge.

Die Sicherstellungszahlen im Zusammenhang mit Cannabisöl und Cannabispflanzen sind sowohl von der Menge als auch von den Sicherstellungsfällen her in Deutschland von geringer Bedeutung.

Cannabisöl ist in Deutschland von geringer Bedeutung. Anhaltend rückläufiger Trend bei den Sicherstellungsfällen von Cannabispflanzen.

Neben deutschen wurden vorrangig türkische und italienische Tatverdächtige im Zusammenhang mit Cannabisprodukten registriert.

Sonstige illegale Drogen

Die Bedeutung von **LSD**, **psilocybinhaltigen Pilzen** und **Khat** für den illegalen Rauschgiftmarkt in Deutschland scheint anhand der Anzahl der Fälle und der Sicherstellungsmengen weiter abzunehmen. In lediglich 289 Fällen wurden 11.441 **LSD-Trips** sichergestellt; dies entspricht einem deutlichen Rückgang gegenüber dem Vorjahr. In 617 Fällen wurden insgesamt 21,9 kg **psilocybinhaltige Pilze** sichergestellt. Von der Droge **Khat** wurden im Jahr 2001 in 58 Fällen insgesamt 2.923 kg sichergestellt. Die Fallzahl und die beschlagnahmte Menge hat sich gegenüber dem Jahr 2000 weiter reduziert. Ein Großteil der Sicherstellungsmenge wurde über die Niederlande eingeführt, wo Khat nicht den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegt.

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

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.-31.12.00</i>	2.030	22.584	7.914	5.327	6.288	5.495	770	225
<i>01.01.-31.12.01</i>	1.835	22.551	7.868	4.872	6.229	6.097	549	262
Veränderungen	-9,6 %	-0,1 %	-0,6 %	-8,5 %	-0,9 %	+11,0 %	-28,7 %	+16,4 %

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

SICHERSTELLUNGEN						
RG-Art	<i>01.01. - 31.12.00</i>		<i>01.01. - 31.12.01</i>		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	8.014	796,0 kg	7.538	835,8 kg	-5,9 %	+5,0 %
Opium	58	30,9 kg	48	4,1 kg	-17,2 %	-86,7 %
Kokain	4.814	913,4 kg	4.044	1.288,0 kg	-16,0 %	+41,0 %
Amphetamin	3.726	271,2 kg	3.459	262,5 kg	-7,2 %	-3,2 %
Ecstasy	4.681	1.634.683 KE	4.290	4.576.504 KE*	-8,4 %	+180,0 %
LSD	510	43.924 Tr.	289	11.441 Tr	-43,3 %	-74,0 %
Haschisch	18.466	8.525,2 kg	16.541	6.863,1 kg	-10,4 %	-19,5 %
Marihuana	12.052	5.870,9 kg	12.487	2.078,7 kg	+3,6 %	-64,6 %
Crack	n.b.	n.b.	1.372	2,083 kg		

KE=Konsumeinheiten, Tr.=Trips

* Am 26.04.2001 wurden durch das Polizeipräsidium Oranienburg/BB 150 kg noch nicht tablettiertes MDMA-Pulver sichergestellt; dies entspricht einer Menge von ca. 1.350.000 KE Ecstasy

ILLEGALE HERSTELLUNG/LABORE		
Rauschgiftart	<i>01.01. - 31.12.00</i>	<i>01.01. - 31.12.01</i>
(Meth-) Amphetamin	7	4
Amphetaminderivate/Ecstasy	0	2
Kokain	0	1
Crack	6	0
Gesamt	13	7