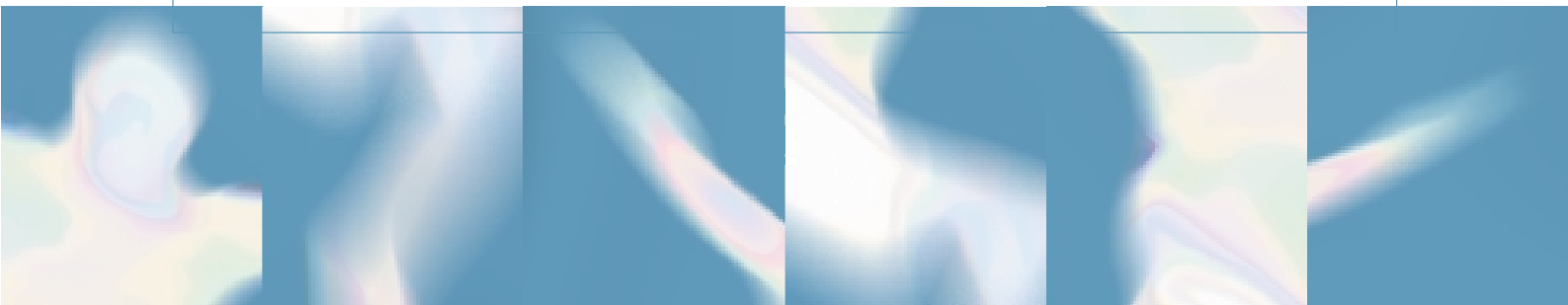




Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht



APRIL 2003

DROGEN- UND SUCHTBERICHT

APRIL 2003

WIR DANKEN BESONDERS DEN MITARBEITERINNEN UND MITARBEITERN DER PROJEKTE, DIE BEISPIELHAFT IN DIESEM BERICHT DARGESTELLT WERDEN UND DEREN BEITRÄGE GRAU UNTERLEGT UND AUF DEN JEWEILIGEN SEITEN AM ANFANG MIT FOLGENDEM SYMBOL GEKENNZEICHNET SIND:



Inhalt

| | Seite |
|---|-----------|
| 1. Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung | 7 |
| – Bilanz und Ausblick – von Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung und Drogen- beauftragte der Bundesregierung | |
| 2. Prävention | 17 |
| 2.1. Allgemeines | 19 |
| 2.1.1. Konzeption und Anwendung bester suchtpreventiver Praxis | 19 |
| 2.1.2. PC-gestütztes Dokumentationssystem für Suchtprevention | 20 |
| 2.1.3. Abschlussbericht der Drogen- und Suchtkommission | 21 |
| 2.2. Suchtprevention bei Kindern und Jugendlichen | 22 |
| 2.2.1. Nichtraucherwettbewerb „Be smart – Don't Start“ | 22 |
| 2.2.2. Projektbeispiel einer Mädchenschule „Lieber einen Mann als eine Zigarette“ | 23 |
| 2.2.3. Alkoholprevention bei Jugendreisen „Bist Du stärker als Alko- hol?“ | 24 |
| 2.2.4. Event „Apfelsaftkampagne“ | 25 |
| 2.2.5. Modellprojekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogen- konsumenten“ (FrED) | 26 |
| 2.2.6. Kampagne „Kinder stark machen“ | 27 |
| 2.2.7. Prävention online „www.drugcom.de“ | 28 |
| 2.2.8. Jugendinitiative der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) „www.ausweg.de“ | 29 |
| 2.3. Frauen und Suchterkrankungen | 30 |
| 2.3.1. Tagung „Ungeschminkt – Bundesfrauenkongress Sucht“ | 30 |
| 2.3.2. Aktivitäten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend | 32 |
| 2.3.3. Studie zu Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen | 33 |
| 2.3.4. EXKURS: Arzneimittelmisbrauch und soziale Faktoren | 34 |
| 2.4. Migration und Prävention | 35 |
| 2.4.1. Suchterkrankungen bei Migranten | 35 |
| 2.4.2. Suchtpreventive Maßnahmen für Aussiedler durch das Bun- desministerium des Innern (mit Projektliste) | 36 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 2.5. | Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ | 44 |
| 2.6. | Städtebauprogramm „Soziale Stadt“ und Suchtprävention | 45 |
| 2.7. | Suchtprävention in der Bundeswehr | 46 |
| 2.8. | Tabakprävention | 47 |
| 2.8.1. | Gesundheitsziel: Tabakkonsum senken! | 47 |
| 2.8.2. | Nichtraucherkampagne „Rauchfrei im Mai 2002“ | 48 |
| 2.8.3. | Nikotinkonsum und soziale Faktoren | 49 |
| 2.9. | Suchtmittel und Straßenverkehr | 50 |
| 2.9.1. | Gesetzliche Maßnahmen | 50 |
| 2.9.2. | Landesmodellprojekt „Peer-Projekt an Fahrschulen“ | 51 |
| 2.9.3. | Plakataktion des Deutschen Verkehrssicherheitsrates e. V. | 52 |
| 3. | Behandlung | 55 |
| 3.1. | Projekt „Rauchersprechstunde“ | 57 |
| 3.2. | Alkoholentwöhnung | 58 |
| 3.2.1. | Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen (BZgA-Broschüren) | 58 |
| 3.2.2. | Alkoholentwöhnung in Verbundsystemen (LVA Oldenburg-Bremen) | 59 |
| 3.2.3. | Suchtfachklinik und ambulante Suchtnachsorge (LVA Brandenburg) | 60 |
| 3.2.4. | Fachklinik Eußerthal (LVA Rheinland-Pfalz) | 60 |
| 3.3. | Frühintervention bei suchtgefährdeten Jugendlichen | 61 |
| 3.3.1. | Raucherentwöhnungsprogramm „Just Be Smokefree“ (IFT Nord) | 61 |
| 3.3.2. | DHS-Manual für die stationäre Jugendhilfe | 62 |
| 3.3.3. | Modellprojekt „Designerdrogen-Sprechstunde“ | 63 |
| 3.3.4. | Drogenambulanz im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) | 64 |
| 3.3.5. | Fachklinik für suchtkranke Jugendliche „Haus Weitenau“ | 65 |
| 3.3.6. | EXKURS: Behandlung von ADHS mit Methylphenidat | 66 |

| | | |
|---------|--|-----------|
| 3.4. | Suchtselbsthilfe | 68 |
| 3.4.1. | Funktion der Suchtselbsthilfe | 68 |
| 3.4.2. | Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e. V. und Kreuzbund e. V. „Rückfall in der Suchtselbsthilfegruppe“ | 68 |
| 3.4.3. | Blaues Kreuz in Deutschland e. V. und Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V. „Verbesserung der aufsuchenden Hilfe“ | 69 |
| 3.4.4. | Guttempler e. V. „Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung“ | 70 |
| 3.4.5. | Guttempler e. V. „Kinder aus suchtblasteten Familien“ | 71 |
| 3.4.6. | DHS-Workshop „Ambulante Drogenselbsthilfe“ | 72 |
| 3.4.7. | DHS-Projekt „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“ | 75 |
| 3.5. | Behandlung von Opiatabhängigen | 76 |
| 3.5.1. | Grundlagen der Substitutionsbehandlung | 76 |
| 3.5.2. | Neuregelung der BUB-Richtlinien | 78 |
| 3.5.3. | Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie „Projekt ASTO“ | 79 |
| 3.5.4. | Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“ | 81 |
| 3.5.5. | EXKURS: Drogenabhängigkeit und Hepatitis | 82 |
| 3.5.6. | Rehabilitationsmaßnahmen der BfA bei Abhängigkeitserkrankungen (Opiate u. Alkohol) | 84 |
| 3.5.7. | Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung Substituierter (LVA Hannover) | 85 |
| 3.5.8. | Kombinierte medizinisch-berufliche teilstationäre Maßnahme „re:Job“ (LVA Hannover) | 85 |
| 3.5.9. | Rehabilitation abhängigkeitskranker Spätaussiedler „Cleanik“ (LVA Hannover) | 86 |
| 3.5.10. | Stationäre substitutionsgestützte Rehabilitation „Fachklinik Release“ | 87 |
| 3.6. | Umsetzung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) | 88 |
| 3.7. | Nachsorge in der Suchtkrankenhilfe | 91 |
| 3.8. | Suchterkrankung und Strafvollzug | 92 |
| 4. | Überlebenshilfen | 95 |
| 4.1. | EXKURS: Drogenbedingte Todesfälle | 97 |
| 4.2. | Evaluation der Drogenkonsumräume | 98 |
| 4.3. | Videoprojekt Fixpunkt e. V. „Erste Hilfe im Drogennotfall“ | 101 |

| | |
|--|------------|
| 5. Repression und Angebotsreduzierung | 103 |
| 5.1. Sicherstellung illegaler Drogen | 105 |
| 5.2. Neue gesetzliche Regelungen zur Reduzierung tabakbedingter Schäden | 107 |
| 5.2.1. Geänderte Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherschutz | 107 |
| 5.2.2. Jugendschutzgesetz | 107 |
| 5.2.3. Tabakprodukt-Verordnung | 107 |
| | |
| 6. Internationale Zusammenarbeit | 109 |
| 6.1. Europäische Ebene | 111 |
| 6.1.1. Drogenaktionsplan der Europäischen Union (EU) | 111 |
| 6.1.2. Drogenpolitik der EU | 112 |
| 6.1.3. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) | 113 |
| 6.1.4. Deutsche Referenzstelle der EBDD (DBDD) | 114 |
| 6.1.5. Cannabiskonferenz in Brüssel | 115 |
| 6.1.6. Deutsch-Niederländische Zusammenarbeit bei der Drogenhilfe „BINAD“ | 116 |
| 6.2. Vereinte Nationen | 117 |
| 6.2.1. Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen | 117 |
| 6.2.2. Bericht des Suchtstoffamtes 2001 | 118 |
| 6.2.3. Besuch des Exekutivdirektors Costa in Berlin | 119 |
| 6.2.4. Dublin-Gruppe | 119 |
| 6.3. Drogenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit | 119 |
| 6.3.1. Strategien und Projekte | 119 |
| 6.3.2. Internationale Konferenz „Alternative Entwicklung in der Drogenkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit“ | 121 |
| 6.3.3. Misereor-Projekt in Kolumbien | 122 |
| | |
| 7. Forschung | 125 |
| 7.1. BMBF-Förderschwerpunkt Suchtforschung | 127 |
| 7.2. Geförderte Studien | 128 |
| | |
| Anhang | 131 |
| Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2002, Bericht des Bundeskriminalamtes | |



1. Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung

Bilanz und Ausblick

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

BILANZ UND AUSBLICK

DIE DROGEN- UND SUCHTPOLITIK DER BUNDESREGIERUNG



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



Suchtprobleme bedeuten individuelle Tragödien für die Betroffenen, zugleich belasten sie die Gesellschaft als Ganzes. Die Bekämpfung der Drogenproblematik ist daher sowohl eine Herausforderung für den suchtkranken Menschen als auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Bundesregierung stellt sich dieser Aufgabe in ihrer gesamten Bandbreite.

Ein Verdienst der Bemühungen in den letzten Jahren ist vor allem, dass Suchtprobleme in der Öffentlichkeit nicht mehr auf die Problematik der Opiatabhängigkeit reduziert werden. Jedes Jahr sterben in Deutschland über 40.000 Menschen infolge ihres Alkoholkonsums, über 110.000 Menschen sterben an tabakbedingten Krankheiten – das sind über 300 Todesfälle pro Tag!

Bei der Drogen- und Suchtpolitik hat die Bundesregierung eine entschiedene und effektive Anti-Tabakpolitik ganz oben auf die Agenda gesetzt, dieses Ziel wurde auch im Koalitionsvertrag vom Oktober 2002 verankert. Nichtraucher soll der Normalfall werden.

Zielgruppe für Prävention bleiben vor allem Kinder und Jugendliche. Es kommt darauf an, dass sie möglichst früh gesundheitsbewusstes Verhalten erlernen. Dies gilt insbesondere angesichts aktueller Trends, wie dem so genannten „Binge drinking“, dem gezielten Rauschtrinken, oder dem Mischkonsum in der „Party-Szene“. Die Bundesregierung verfolgt diese Trends aufmerksam und führt Modellprojekte und Tagungen durch, damit geeignete Hilfsangebote entwickelt werden. Die Gesellschaft als ganzes muss sich aber fragen, warum Jugendliche zunehmend Extremerfahrungen in dem exzessiven Konsum von Suchtmitteln suchen.

Verschiedene Maßnahmen, die in der Drogen- und Suchtpolitik im letzten Jahr schwerpunktmäßig verfolgt wurden, haben positive Entwicklungen eingeleitet.

- **Weiterer Rückgang von Drogentodesfällen – Drogenkonsumräume tragen zum Überleben bei**

Im Jahr 2002 starben 1.513 Menschen infolge des Konsums illegaler Drogen, hauptsächlich durch Überdosierungen. Dies sind immer noch 1.513 Menschen zu viel, jedoch setzt sich damit der Trend des Rückgangs von drogenbedingten Todesfällen erfreulicherweise fort: Es starben 17,5% Menschen weniger als im Vorjahr. Es war richtig, den Ausbau von Überlebenshilfen für heroinabhängige Menschen zu verstärken. Auch die wissenschaftliche Evaluation der bestehenden Drogenkonsumräume hat dies eindrücklich belegt. Die Evaluation hat untersucht, inwieweit diese niedrigschwelligen Einrichtungen der Überlebenshilfe die Zielgruppe langjähriger Heroinabhängiger erreichen, Todesfälle vermeiden helfen und eine Heranführung an das Hilfesystem ermöglichen. Alle drei Zielsetzungen werden mit Drogenkonsumräumen erreicht. Darüber hinaus konnten auch ordnungspolitische Zielsetzungen umgesetzt werden: offene Drogenszenen wurden zurückgedrängt, Verletzungsgefährdungen durch weggeworfene Spritzen wurden vermieden, Ordnungspartnerschaften wurden eingerichtet. Diese Maßnahmen werden auf kommunaler Ebene parteiübergreifend mitgetragen.

- **Beginn des Modellprojektes der heroingestützten Behandlung**

Im März 2002 begann in der Heroinambulanz in Bonn die erste Behandlung von Patienten. Nach und nach folgten auch die anderen an dem Projekt beteiligten Städte: Karlsruhe, Köln, München, Hannover, Hamburg und schließlich im März 2003 Frankfurt am Main. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass das Projekt eine hohe Haltequote hat, die Patienten sich stabilisieren, es wenig Probleme im Umfeld von Ambulanzen gibt und das Projekt in das Hilfesystem vor Ort integrierbar ist. Es wird nun darum gehen, die entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen durchzuführen, um zu prüfen, ob für einen Teil von Heroinabhängigen diese Behandlung geeignet ist, sie langfristig aus ihrer Sucht zu lösen.

- **Stop des hohen Sterberisikos für junge drogenabhängige Aussiedler**

Der Trend, dass insbesondere heroinsüchtige Aussiedler schon sehr jung an einer Überdosis sterben, konnte aufgehalten werden. Ihre Anzahl ging von 142 im Jahr 2001 auf 130 um 8,4% zurück. Dennoch bedarf es weiterhin großer Aufmerksamkeit und Anstrengung, diese Jugendlichen rechtzeitig für Maßnahmen der Prävention und Hilfe zu erreichen. Die gemeinsam mit dem Aussiedlerbeauftragten der Bundesregierung initiierte Fortbildungsreihe für Mitarbeiter aus Migrations- und Suchthilfediensten erwies sich als großer Erfolg.

- **Nichtraucherschutz verbessert**

Es wurden wichtige strukturelle Maßnahmen zur Reduzierung von tabakbedingten Gesundheitsschäden beschlossen:

- Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz garantiert:

Die Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Verbesserung des Nichtraucher-schutzes in Betrieben wurde verabschiedet. Nach der Verordnung, die am 3. Oktober 2002 in Kraft getreten ist, hat jeder Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz der nichtrauchenden Beschäftigten zu treffen.

- Keine Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren:

Die Neuregelung des Jugendschutzgesetzes wurde im Juli 2002 verabschiedet. Danach ist die Abgabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren verboten. Außerdem dürfen Werbefilme für alkoholische Getränke und Tabakwaren erst nach 18:00 Uhr in den Kinos gezeigt werden, damit junge Menschen nicht zum Alkohol- oder Tabakkonsum animiert werden. Das neue Gesetz ist am 1. April 2003 in Kraft getreten. Zigarettenautomaten müssen bis spätestens 1. Januar 2007 so gesichert werden, dass der Zugang für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren verhindert wird.

- Strengere Höchstwerte und größere Warnhinweise für Zigaretten:

Mit der Tabakprodukt-Verordnung vom 20. November 2002 wird die bisher festgelegte Höchstmenge für den Teergehalt im Rauch von Zigaretten von 12 auf 10 Milligramm herabgesetzt. Begrenzt wird nun auch der Höchstgehalt für Nikotin und Kohlenmonoxid im Zigarettenrauch. Wesentlich verschärft werden die anzubringenden Warnhinweise bei Tabakerzeugnissen. Wechselweise sind die Angaben „Rauchen ist tödlich“ bzw. „Rauchen kann tödlich sein“ und „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“ anzubringen. Darüber hinaus sind 14 ergänzende Warnhinweise anzubringen, die auf die gesundheitlichen Gefahren aufmerksam machen. Alle Warnhinweise müssen in der vorgeschriebenen Weise auffällig auf den Packungen aufgedruckt sein.

Diese Maßnahmen sind in die langfristigen Ziele der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung für den Umgang mit Suchtmitteln eingebettet. Diese Ziele sind:

- den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern,
- hochriskante Konsummuster frühzeitig zu reduzieren,
- eine Abhängigkeit mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten von der abstinenzorientierten bis zur medikamentengestützten Therapie zu behandeln.

Deshalb beruht die Sucht- und Drogenpolitik auf den vier Säulen:

- Prävention,
- Beratung und 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. Bei den Überlebenshilfen geht es darum, die Verzahnung zu den anderen Säulen des Hilfesystems zu verbessern. Der Kampf gegen Drogenanbau und Drogenhandel 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.

WAS SIND DIE WICHTIGSTEN VORHABEN IM JAHR 2003?

Die Prävention des Tabakkonsums ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel.

In Deutschland gibt es zu viele Menschen, die rauchen. Das Einstiegsalter für das Rauchen ist mit 13,6 Jahren deutlich zu niedrig. Gerade die Zunahme bei jugendlichen Rauchern, vor allem bei Mädchen, gibt Anlass zur Sorge. Es ist das erklärte Ziel der Bundesregierung, in den nächsten Jahren den Anteil der rauchenden Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren von derzeit 28% auf 20% zu senken.

Die Bundesregierung wird ein Anti-Tabak-Programm auflegen. Dieses Anti-Tabak-Programm wird ein Bündel von präventiven und strukturellen Maßnahmen enthalten, wie z. B. frühe Ausstiegshilfen für Jugendliche, Schutzmaßnahmen vor Passivrauchen, Novellierung der Selbstverpflichtungserklärungen der Wirtschaft in Bezug auf verbesserten Jugendschutz, mögliche steuerliche Maßnahmen und Erweiterung von gesetzlichen Regelungen zum verbesserten Jugendschutz.

Es soll zudem schwerpunktmäßig auf innovative Projekte gesetzt werden, um Jugendliche zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Tabakkonsum zu motivieren. Jugendliche Raucherinnen und Raucher sollen mit altersgemäßen Materialien angesprochen werden, um frühzeitig Raucherentwöhnungsangebote zu erproben. Die Motivation geschieht einerseits durch angemessene Information über Gesundheitsschäden, aber vor allem über eine Veränderung des persönlichen Lebensstils: Das Nichtrauchen muss zum angestrebten Lebensstil werden.

Präventionsprogramme im Schul- und Lebensalltag müssen zur Normalität werden und nicht zeitlich befristete „Sondermaßnahmen“ bleiben. Ein bundesweites Label „Gesunde Schule“ soll verankert werden, welches insbesondere rauchfreien Schulen verliehen wird.

Daneben ist es wichtig, die Neuregelung des gesetzlichen Jugendschutzes – das Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren und das Werbeverbot für alkoholische Getränke und Tabakwaren in Kinos bis 18 Uhr – wirksam vor Ort zu kontrollie-

ren. Es ist geplant, die Umsetzung des Abgabeverbotes im Sommer 2003 im Rahmen einer öffentlichkeitswirksamen Aktion exemplarisch zu testen, um auf eventuell bestehende Umsetzungslücken aufmerksam zu machen. Im Sommer 2002 wurde bereits gute Erfahrung mit einer ähnlichen Aktion gemacht, bei der die Umsetzung des so genannten „Apfelsaftgesetzes“ im Mittelpunkt stand.

Die Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Betrieben muss jetzt wirksam umgesetzt und begleitet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ist seiner Vorbildfunktion nachgekommen, indem Anfang April 2003 eine entsprechende Dienstvereinbarung unterschrieben wurde, die für andere Bereiche des öffentlichen Dienstes beispielhaft sein soll.

Alkoholbedingte Schäden müssen reduziert werden.

Immer noch wird der Alkoholmissbrauch in unserer Gesellschaft bagatellisiert. Nach neuesten Schätzungen sterben an alkoholbedingten Gesundheitsschäden in Deutschland jährlich über 40.000 Menschen. Auch wenn das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland gut ausgebaut ist, kommen Alkoholranke und -gefährdete oft zu spät in die Behandlung. Jugendliche Alkoholgefährdete werden durch die bestehenden Hilfen kaum erreicht. Der Zugang zu Alkoholika ist für Jugendliche zu leicht.

Das jugendliche „Rauschtrinken“ wird zunehmend zu einem riskanten Erfahrungsmuster. Es werden immer mehr Jugendliche mit Alkoholvergiftungen in die Akutstationen der Allgemeinkrankenhäuser eingewiesen. Deshalb wird ein Bundesmodellprogramm beginnen, um Jugendliche, die mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus kommen, gezielt anzusprechen.

Außerdem soll das Manual der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Bundesärztekammer zur Früherkennung und -intervention bei alkoholbezogenen Problemen bundesweit in ärztlichen Praxen verbreitet werden.

Suchterkrankungen bei Frauen bedürfen mehr Aufmerksamkeit und spezifischer Behandlungswege.

Der Frauenanteil aller behandlungsbedürftigen alkoholabhängigen Personen in Deutschland liegt bei etwa einem Drittel, das sind über 400.000 betroffene Frauen. Bei Personen, die Arzneimittel in problematischer Weise konsumieren bzw. medikamentenabhängig sind, ist das Verhältnis umgekehrt. Der Frauenanteil liegt hier mit über einer Million Betroffener bei zwei Dritteln. Das Suchtverhalten von Frauen unterscheidet sich von dem der Männer oftmals sowohl in den Ursachen wie in der Ausprägung. Gewalterfahrungen, oft schon als Kind erlebt, sexueller Missbrauch, schwaches Selbstbewusstsein oder mangelnde Durchsetzungsfähigkeit sind Erfahrungen, die Frauen häufig als Ursache für eine Suchterkrankung

angeben. Die Suizidbelastung suchtkranker Frauen ist mit 33% sehr hoch, wie eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführte Studie festgestellt hat.

Gerade weil suchtkranke Frauen dazu neigen, ihre Sucht im Verborgenen zu halten, muss die Sensibilität für dieses Thema geschärft werden. Außerdem gilt es, mehr frauenspezifische Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen.

Zwei Drittel aller suchtkranken Frauen stammen gemäß den Studienergebnissen aus suchtbelasteten Familien. Deshalb wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Herbst 2003 eine Tagung zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ veranstalten, auf der Handlungsempfehlungen vorgestellt werden sollen, wie dieser Suchtkreislauf durchbrochen werden kann.

Jugendliche Partygänger müssen vor den Risiken des Pillenkonsums nachdrücklich gewarnt werden.

Eine Gruppe von Jugendlichen konsumiert „Partydrogen“ – so genannt, weil der Konsum im wesentlichen im Zusammenhang mit Tanzveranstaltungen an Wochenenden stattfindet. Dabei handelt es sich überwiegend um Ecstasy und Amphetamine, aber auch Kokain. Auch wenn dieser Anteil im letzten Jahr nicht dramatisch zunahm, berichten szenenahe Einrichtungen und die Forschung von riskanten Konsummustern gerade bei jungen Konsumenten. Außerdem deuten neuere Forschungsergebnisse darauf hin, dass Ecstasy langfristig Gedächtnisschäden und andere Gesundheitsschäden verursachen kann. Von vielen bestehenden Suchtberatungseinrichtungen können diese jugendlichen „Partygänger“ nur unzulänglich erreicht werden. Das gilt auch für einen Teil der Jugendszene, die mit so genannten biogenen oder Naturdrogen experimentiert. Um Jugendliche mit riskanten Konsumformen zu erreichen, startete im Sommer 2001 das Internetportal www.drugcom.de. Zielsetzung ist es, einen kritischen Umgang mit dem eigenen Konsum anzuregen, Hilfestellungen anzubieten und Informationen bereit zu stellen. Die ersten Auswertungen zeigen, dass gefährdete Jugendliche über dieses Medium erreicht werden können. Es bedarf aber zudem der personellen Ansprache auf den Veranstaltungen, die die Jugendlichen besuchen. Mittlerweile gibt es in Deutschland rund 30 Projekte, die ihre Präventionsarbeit auf diese Gruppe von Jugendlichen zugeschnitten haben. Diese Arbeit soll besser vernetzt werden. Es geht darum, dass die Präventionsbotschaften konsistent sind. Zudem muss auch eine bessere Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfinden, um insbesondere stark gefährdeten Jugendlichen frühzeitige Hilfen zum Ausstieg aus riskantem Konsumverhalten anzubieten.

In einem Expertengespräch, das im Mai 2003 stattfindet, sollen Schlussfolgerungen für die Prävention aus den vorliegenden aktuellen Forschungsergebnissen über langfristige Gesundheitsschäden gezogen werden.

Die soziale Integration von ehemaligen Suchtkranken muss verbessert werden.

Die soziale Integration von Suchtkranken ist in hohem Maße an eine Wiedereingliederung in ein Beschäftigungsverhältnis geknüpft. Tatsächlich ist der Zugang ehemaliger Drogenabhängiger, substituierter Drogenabhängiger und Alkoholkranker in die Arbeitswelt und damit auch zur gesellschaftlichen Teilhabe erschwert. Dennoch sind in den letzten Jahren Fortschritte erzielt worden.

Das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) beschleunigt den Zugang zu den erforderlichen Leistungen, indem die Entscheidung der Leistungsträger über zustehende Leistungen innerhalb weniger Wochen zu treffen ist. Zuständigkeitsstreitigkeiten sollen nicht mehr zu Lasten der Betroffenen gehen.

Zum anderen hat die Arbeitsverwaltung neue Richtlinien erarbeitet, nach denen Substituierte auch in Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen der Arbeitsämter vermittelt werden dürfen und nicht länger als „nicht vermittelbar“ gelten.

Es gilt, all diese Regelungen so anzuwenden, dass die soziale und berufliche Wiedereingliederung von Suchtkranken langfristig gelingt.

Repression und Angebotsreduzierung gehören zu einer ausgewogenen Strategie.

Im Bereich der Repression zeigte sich, dass eine ausgewogene Strategie, die auch die Reduzierung des Angebots an illegalen Drogen einbezieht, richtig ist. Ohne chemische Vorläufer-substanzen (so genannte Grundstoffe) können Drogen nicht hergestellt werden. Deshalb wurden in der Europäischen Union und in Deutschland die Kontrolle und Überwachung des Binnen- und Drittlandhandels mit Grundstoffen ausgebaut.

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 Entwicklungs- 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.

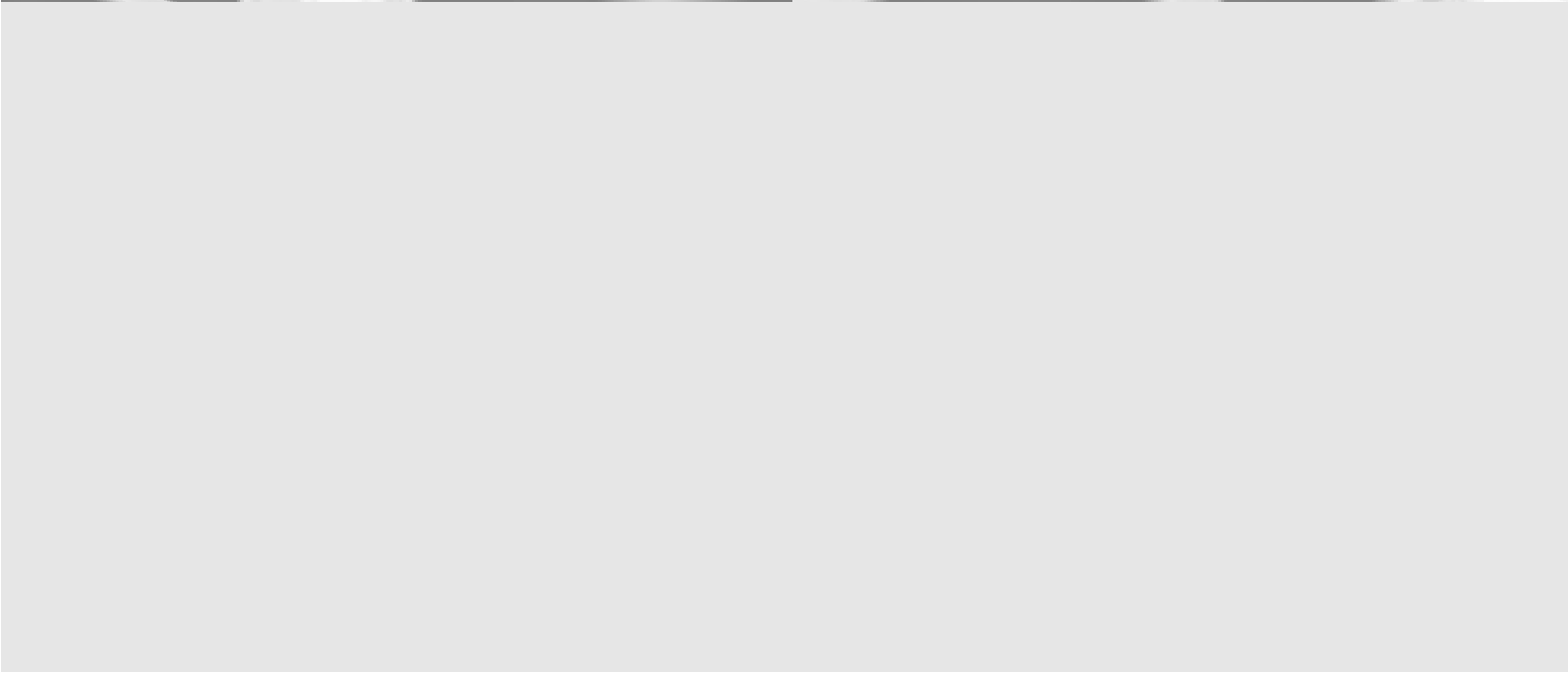
„Aktionsplan Drogen und Sucht“ – eine Herausforderung für die nächsten Jahre

Zu den im Juni 2002 von der Bundesregierung verabschiedeten „Eckpunkten für einen Aktionsplan Drogen und Sucht“ sind bis März 2003 rund 50 Stellungnahmen, u. a. von den Ländern, Verbänden der Suchtkrankenhilfe, Ärztenverbänden, Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen, Jugendhilfeträgern und Juristenverbänden, eingegangen. Zudem gab es zwei öffentliche Diskussionsrunden, aus denen zahlreiche Anregungen hervorgingen. Die Entwicklung eines „Aktionsplanes“ zur strategischen Ausrichtung einer konsistenten Politik zur Reduzierung von Suchtproblemen in unserer Gesellschaft wird ausdrücklich in den Stellungnahmen begrüßt. Die Ausrichtung auf allgemeine Suchtprobleme – unabhängig von der Substanz und unabhängig vom Legalstatus – wird ebenfalls ausdrücklich unterstützt.

Durch den Abstimmungsprozess und die Berücksichtigung der Stellungnahmen wird erreicht, dass der Aktionsplan Drogen und Sucht bereits im Vorfeld von den Beteiligten mitgetragen wird.

Es ist das Ziel der Bundesregierung, im Sommer 2003 einen mit den Suchthilfeverbänden und den Ländern abgestimmten Entwurf des Aktionsplanes zur Verabschiedung vorzulegen. Es wird ein „Drogen- und Suchtrat“ einberufen werden, der die Umsetzung der beschlossenen Ziele und Maßnahmen begleiten und überprüfen soll. Er wird kein runder Tisch des Redens, sondern ein Gremium des gemeinsamen Handelns werden.

2. Prävention



2. Prävention

Vorbeugen ist besser als heilen. Die Prävention hat in der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung, die auf vier gleichgewichteten Säulen beruht, eine besondere Bedeutung. Es können viele Schäden für den Einzelnen und die Gesellschaft als Ganzes von vornherein abgewendet werden, wenn ein gesundheitsschädlicher Konsum von Suchtmitteln - seien sie nun legal oder illegal - erst gar nicht eintritt. Je früher die Prävention den Menschen erreicht, desto nachhaltiger sind die Effekte. Eine besondere Zielgruppe für die Prävention sind deshalb junge Menschen. Dieses Kapitel zeigt, dass aber auch andere Zielgruppen frühzeitig durch auf sie abgestimmte Präventionsmaßnahmen vor den Gefahren des Suchtmittelmissbrauches bewahrt werden können.

2.1. Allgemeines

2.1.1. Konzeption und Anwendung bester suchtpreventiver Praxis

Die Suchtprevention hat in Deutschland in den 90er Jahren politisch und strategisch eine deutliche Aufwertung erfahren. Damit verbunden war ein Zuwachs an theoretischen und empirischen Kenntnissen sowie an praktischen Erfahrungen auf dem Feld der Suchtprevention. So war es im Jahr 2002 möglich, auf fundierter Wissensbasis ein umfassendes Konzept zur Suchtprevention einschließlich anwendungsorientierter Grundsätze bester suchtpreventiver Praxis in einer Gemeinschaftsaktion zwischen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und den Landeskoordinatoren für Suchtprevention zu erstellen.

Das Konzeptpapier zur Suchtprevention ist darauf ausgerichtet, der Suchtprevention in Deutschland einen konzeptionellen Rahmen zu geben und darin die suchtpreventive Arbeit der BZgA zu verankern. Darüber hinaus stellt das Papier die aktualisierte Fassung der 1993 im Bund-Länder-Koordinationskreis entwickelten „Leitlinien zur Suchtprevention“ bereit, die nach fast 10 Jahren einer Überarbeitung und Anpassung an neueste Erkenntnisse bedurften.

DAS PAPIER VERFOLGT FOLGENDE ZIELSETZUNGEN:

1. Die grundlegenden wissenschaftlichen und konzeptionellen Grundlagen moderner Suchtprevention zu dokumentieren.
2. Die bisherigen und künftigen Aktivitäten der BZgA vor diesem Hintergrund zu verorten.
3. Für das künftige Handeln im Feld der Suchtprevention – nicht nur für die BZgA, sondern für alle Akteure – Handlungsempfehlungen bereitzustellen.

Das Manuskript, das als Fachheft in der BZgA-Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ 2003 erscheinen wird, richtet sich an ein interessiertes Fachpublikum aus suchtpreventiver Praxis, Forschung und Politik. Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit den Ländervertretern im Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine zielgruppenadäquate Publikation vorlegen, die nützliche Hilfestellung für ein breites Fachpublikum bietet.

2.1.2. PC-gestütztes Dokumentationssystem für Suchtprävention

Bis heute existiert kein einheitliches System zur Erfassung der suchtpreventiven Aktivitäten in Deutschland. Auf Grundlage des Kerndatensatzes zur Suchtprävention hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Landeskoordinatoren für Suchtprävention ein PC-gestütztes Dokumentationssystem für die Suchtvorbeugung erstellt. Mit diesem Instrument können alle Aktivitäten, die von Fachkräften der Suchtprävention ausgeführt werden, erfasst und dargestellt werden.

Das Dokumentationssystem soll bundesweit eingeführt werden und muss darum entsprechend flexibel in seiner Handhabbarkeit sein: Insbesondere berücksichtigt das System den unterschiedlichen PC-Kennntnis- und Verfügbarkeitsstand der Prophylaxekräfte in Deutschland. Denn es erlaubt, die Daten sowohl auf dem Papier zu dokumentieren, als auch auf Diskette/CD-Rom zu speichern oder per E-mail zu verschicken. In das Eingabemodul werden von den Fachkräften vor Ort die kommunalen Aktivitäten in kontinuierlicher Weise dokumentiert. Die so entstandenen gemeindebezogenen Datensätze können anschließend auf drei verschiedenen Ebenen ausgewertet werden:

- Auf kommunaler Ebene durch die Fachkräfte selbst: Das Programm ermöglicht es den Fachkräften, jederzeit eine Auswertung der eigenen Maßnahmen vorzunehmen. Die Ergebnisse können beispielsweise am Ende eines Jahres für den eigenen Tätigkeitsbericht verwertet werden.
- Auf Landesebene durch die Landeskoordinatoren: Die Landeskoordinatoren können das Instrument darüber hinaus für landesweite Auswertungen nutzen, da die auf kommunaler Ebene tätigen Fachkräfte ihre Datensätze in regelmäßigen Abständen an die jeweiligen Landeskoordinierungsstellen senden, die daraufhin einen Gesamtüberblick über die Landesaktivitäten liefern oder die Bearbeitung von Schwerpunktfragestellungen – z. B. zu den Aktivitäten im Land zu Mischkonsum – vornehmen können.
- Auf Bundesebene durch die BZgA: Die Landeskoordinatoren geben ihre dateigestützten Dokumentationen wiederum zu bestimmten festgelegten Zeitpunkten an die BZgA weiter.

Nach der vollständigen Implementierung des Dokumentationssystems auf kommunaler bzw. Landesebene wird eine bundesweite Dokumentation und Auswertung aller suchtpreventiven Aktivitäten in Deutschland möglich. Darüber hinaus stellt das System außer-

dem sicher, dass die künftig auf europäischer Ebene noch weiter wachsenden Anforderungen – bezüglich einer dokumentierbaren Datengrundlage über die bundesdeutschen suchtpräventiven Aktivitäten – erfüllt werden können.

Vom 3. Februar bis zum 30. April 2003 läuft die Erprobungsphase mit 100 Prophylaxekräften aller Bundesländer. Sie dient der Optimierung des Dokumentations-Systems, um es anschließend bundesweit zu implementieren.

2.1.3. Abschlussbericht der Drogen- und Suchtkommission

Die Politik der Bundesregierung sieht sich durch das Votum der Drogen- und Suchtkommission bestätigt. Die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit hat am 4. Juni 2002 ihren Abschlussbericht zur Verbesserung der Suchtprävention vorgelegt. Die Drogen- und Suchtkommission – ein zwölköpfiges Gremium aus Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen¹⁾ – hat in ihrem Votum die Zielsetzungen der Suchtprävention und die aktuellen Strategien und Steuerungsstrukturen untersucht und Empfehlungen erarbeitet, wie Maßnahmen der Suchtprävention verbessert werden können. Die Arbeit der Kommission unterstreicht, dass die von der Bundesregierung verfolgten Ansätze wie z. B. in der Kampagne „Kinder stark machen“ die richtigen Wege sind: Insgesamt sollen die Prävention und die Gesundheitsförderung gestärkt werden. Dabei kommt es entscheidend darauf an, dass verschiedene Institutionen und Organisationen zusammenarbeiten und dass durch den Austausch von Informationen und Ideen Synergieeffekte erzielt werden. Die Kommission betonte die Notwendigkeit des Ideenaustausches z. B. im Bereich der Kommunen. Mit der Schaffung einer Organisationsstruktur für die Prävention und Gesundheitsförderung werden auch bessere Voraussetzungen für differenzierte, zielgruppenorientierte und nachhaltige Präventionsstrategien im Suchtbereich erreicht. Präventionsmaßnahmen müssen glaubwürdig, nachhaltig und konsistent sein. Diese Auffassung der Kommission ist auch Grundlage der von der Bundesregierung initiierten Aktivitäten im Bereich der Drogen- und Suchtprävention. Der Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“, an dem sich über 200 Städte, Gemeinden und Kreise beteiligt haben, kann den von der Kommission geforderten Ideenwettbewerb beflügeln. Von diesen Modellen aus der Praxis können wir lernen, wie wir suchtgefährdete Jugendliche besser und frühzeitiger erreichen. Die Empfehlung, die Lebenswelten der Menschen in Schule, Elternhaus und Arbeitsplatz stärker einzubeziehen, entspricht der Strategie, die auch die Bundesregierung für erfolgversprechend hält. Auch die weiteren Empfehlungen der Kommission werden auf ihre Umsetzbarkeit hin geprüft.

1) **Prof. Dr. Alexa Franke**, Professorin für Rehabilitationspsychologie an der Universität Dortmund; **Prof. Dr. Horst Bossong**, Professor für Verwaltungswissenschaften, insb. Sozialverwaltung, an der Universität Essen; **Prof. Dr. Gundula Barsch**, Professorin mit dem Schwerpunkt Drogen und soziale Arbeit an der Fachhochschule Merseburg; Privatdozentin am Institut für Sozialpädagogik der Technischen Universität Berlin; **Prof. Dr. Thomas Feltes**, Rechts- und Erziehungswissenschaftler, Rektor an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen; Vertretung des Lehrstuhls für Kriminologie an der juristischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum; **Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller**, Direktor des Instituts für Sozial- und Präventionsmedizin der Universität Zürich; **Prof. Dr. Cornelia Helfferich**, Professorin für Soziologie an der Evangelischen Fachhochschule - Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik Freiburg; **OSStA Dr. Harald-Hans Körner** Leiter der Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB) bei der Generalstaatsanwaltschaft beim Oberlandesgericht Frankfurt am Main, **Prof. Dr. Karl-Artur Kovar**; Geschäftsführender Direktor des Pharmazeutischen Institutes an der Universität Tübingen; **Prof. Dr. Karl Mann**, Lehrstuhl für Suchtforschung; Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim, Universität Heidelberg; **Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband**, Professor für Soziologie, Methoden der empirischen Sozialforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; **Prof. Dr. Rainer K. Silbereisen**, Professor für Entwicklungspsychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena und Adjunct Professor of Human Development and Family Studies, The Pennsylvania State University, USA; **Prof. Dr. Klaus Wanke**, Prof. an der Universitätsnerven- und Poliklinik, Bereich Psychiatrie des Saarlandes in Homburg/Saar

2.2. Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen



2.2.1. Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“

Am 4.11.2002 begann zum sechsten Mal in Deutschland und in 13 weiteren europäischen Ländern der Wettbewerb „Be Smart – Don't Start“. Ziel des Wettbewerbs ist es, den Einstieg in das Rauchen zu verzögern und Schulklassen zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen und Gesundheitsförderung anzuregen. Der Wettbewerb richtet sich an Schulklassen der Klassenstufen 6–8. Die teilnehmenden Klassen entscheiden sich, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen. Wöchentlich wird das Thema „Nichtrauchen“ im Unterricht thematisiert. Klassen, die von November 2002 bis einschließlich April 2003 nicht rauchen, nehmen an einer Verlosung attraktiver Preise teil. Im Schuljahr 2002/2003 konnte ein neuer Rekord im Hinblick auf die Teilnehmerzahlen erzielt werden: Es meldeten sich 8.402 Schulklassen oder ca. 218.000 Schülerinnen und Schüler für den Wettbewerb an.

Das Programm wird von der Europäischen Kommission und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie von verschiedenen Bundesländern und gemeinnützigen Stiftungen gefördert. Es beteiligten sich 14 Bundesländer an dem Wettbewerb. Auf nationaler und internationaler Ebene wird der Wettbewerb vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel koordiniert.

Der Wettbewerb wird kontinuierlich evaluiert. Diese Evaluationsstudien sind mit dem Wilhelm-Feuerlein-Forschungspreis 2002/2003 ausgezeichnet worden. Die Studien belegen, dass der Wettbewerb wirksam den Beginn des Rauchens verzögern kann.

Zwei besondere Ereignisse im Jahr 2002 sind herauszuheben: Am 10.3.2002 wurde auf dem 25. Deutschen Krebskongress in Berlin für und von „Be Smart“-Klassen ein eintägiger Schülerkongress durchgeführt. Alle „Be Smart“-Klassen wurden im Dezember 2001 eingeladen, sich mit einem kreativen Projekt zum Thema Nichtrauchen und Gesundheitsförderung für die Teilnahme an dieser Veranstaltung zu bewerben. Aus einer Vielzahl von Bewerbungen wurden die kreativsten Projekte ausgewählt. 13 Klassen aus dem ganzen Bundesgebiet kamen nach Berlin.

Vom 30.05. bis 02.06.2002 fand in München die zweite europäische Jugendkonferenz der „Smokefree Class Competition“ – so heißt „Be Smart“ auf internationaler Ebene – statt. Schulklassen aus 13 Ländern Europas kamen nach München, um ihre Projekte zum Thema Nichtrauchen vorzustellen. Höhepunkt war der 31.05.2002, der Welt-Nichtrauchertag, an dem die Schülerinnen und Schüler auf einer großen Bühne mitten in der Münchener Innenstadt ihre Aktionen vor einem großen Publikum präsentierten. Auf beiden Veranstaltungen beeindruckten die Professionalität und das Engagement der Klassen und erlaubten einen Einblick in die vielen Projekte und Aktionen, die alljährlich im Rahmen von „Be Smart“ in den teilnehmenden Klassen initiiert werden.

2.2.2. Projektbeispiel einer Mädchenschule „Lieber einen Mann als eine Zigarette“



Bereits zum vierten Mal wird an der St.-Ursula-Mädchenschule (Gymnasium und Realschule) in Würzburg das Projekt „Be Smart – Don’t Start“ durchgeführt. Begonnen hatten als „Pioniere“ Schülerinnen einer 7. Klasse im Schuljahr 1999/2000 mit ihrer Klassenlehrerin. Im folgenden Schuljahr wurden bereits neun Klassen zum Mitmachen an diesem europaweit durchgeführten Wettbewerb motiviert.

Mit großer Eigenverantwortung stellen beauftragte Schülerinnen, meist anonym, wöchentlich in ihren Klassen fest, ob eine Schülerin geraucht hat. Die Beteiligten haben sich nämlich mit einem „Schülervertrag“ verpflichtet, ein halbes Jahr nicht zu rauchen. Leider musste in den beiden letzten Jahren jeweils eine Klasse vorzeitig den Wettbewerb abbrechen, da mehr als 10% der Klasse geraucht hatten. Hierbei wurde deutlich, dass diese Gefahr bei den Schülerinnen der Realschule größer ist als bei denen am Gymnasium.

Neben den regelmäßigen Gesprächen mit den Schülerinnen zum Thema „Rauchen“ findet auch eine kreative Umsetzung des Themas durch die Schülerinnen statt. Informationsstände in der Stadt, Umfragen und Videoprojekte wurden mit Begeisterung durchgeführt. So entstanden ein Nichtraucher-Rap, ein Lied mit dem Titel „Ich brauch’ keine Zigarette, ich will lieber einen Mann“ und eine Comic-Geschichte. Mit einem ersten Platz in Würzburg und zwei zweiten Plätzen in Bayern im Rahmen des Wettbewerbs wurde dieses Engagement belohnt. Zusammen mit der Schulleitung wurde 2001 am Welt-Nichtrauchertag eine schulinterne Abschlussveranstaltung durchgeführt. Gemeinsam mit den Suchtpräventionskräften von Stadt und Landkreis Würzburg wurden zu Beginn und zum Ende der Aktionszeit nikotin-, alkohol- und drogenfreie Diskoveranstaltungen organisiert, die nicht nur von den Schülerinnen unserer Schule, sondern von den Jugendlichen der anderen teilnehmenden Schulen der Stadt gerne angenommen wurden.

Seit Mai 2002 arbeitet die St.-Ursula-Schule an einem besonderen Projekt, mit dem sie erreichen will, dass vier der fünf Zigarettenautomaten im Umfeld der Schule abgebaut werden. Bereits 1997 hatte sich der Bundesverband Deutscher Tabakwaren-Großhändler und Automatenaufsteller (BDTA) verpflichtet, Zigarettenautomaten „in einem Sichtfeld von 50 m vom Haupteingang einer Schule“ zu entfernen. Dies konnte bisher bedauerlicherweise noch nicht erreicht werden. Dagegen konnte die Abschaffung der Raucherecke im Bereich der Schule durchgesetzt werden. Sie stand Schülerinnen der Kollegstufe zur Verfügung.

Zu Beginn dieses Schuljahres wurden bewusst auch die Eltern bei den jeweiligen Informationsabenden der Klassen durch den Drogenkontaktlehrer über das geplante Projekt informiert. Sie sollen ihre Töchter in diesem halben Jahr nicht nur begleiten, sondern auch ihr eigenes Rauch- bzw. Suchtverhalten reflektieren.

2.2.3. Alkoholprävention bei Jugendreisen „Bist Du stärker als Alkohol?“

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

Ziel ist es zunächst, über einen kurzen Wissenstest ein intensives Gespräch unter Gleichaltrigen anzuregen. Dies erfolgt ohne „pädagogischen Zeigefinger“. Unterstützt wird die Aktion durch geeignete, von der BZgA zusammengestellte Medien (Kampagnen-Zeitung, Postkarten, kleine Give-Aways).

Im Jahr 2002 kam es zu Peer-Einsätzen in Holland und Deutschland sowie in Spanien und Italien. Am Strand, in Jugend-Camps und auf Veranstaltungen nahmen die Peers den Kontakt zu den Jugendlichen auf. Darüber hinaus wurden Schulungen und Info-Veranstaltungen für Jugendreisebegleiter durchgeführt. Insgesamt konnten 4.248 Jugendliche erreicht werden. Bei den Informations- und Schulungsmaßnahmen wurden insgesamt ca. 300 Jugendreisebegleiter einbezogen.

Nach den ersten Einsätzen im Jahre 2000 wurde das Grundkonzept 2001 in Zusammenarbeit mit deutschen Jugendreiseveranstaltern der Bundesarbeitsgemeinschaft „Das Reise-netz“ um weitere Bausteine ergänzt. Hierbei handelte es sich z. B. um den Einsatz von Peers in Reisebussen, bei Betreuerschulungen, Festivals, Sport-Events und bei Klassenfahrten.

In 2002 wurden erstmals ganze Freizeitkonzeptionen auf das Thema „Alkoholprävention“ abgestimmt und Teamerinnen und Teamer mehrerer Jugendreiseveranstalter in speziellen Schulungen mit der Kampagne „Bist Du stärker als Alkohol?“ vertraut gemacht. In der „Mission Peschici“, z. B. einer Reise der Junghumanisten, kamen 150 Jugendliche mit den Ideen der Kampagne und den sogenannten „Anstatt-Alkohol-Bausteinen“ in engste Berührung. Es gab leckere, alkoholfreie Frucht-Cocktails zum Happy-Hour-Preis in der abendlichen Vor-Disco-Zeit und mehrtägige Wettbewerbe mit Gruppenaufgaben zum Thema Alkohol.

Die Beteiligten waren zum einen überrascht, wie leicht und interessiert sich die angesprochenen Jugendlichen auf das Thema einlassen. In einem Urlaubsort konnte zum Beispiel während der gesamten sechs Wochen kein einziger Alkoholverstoß festgestellt werden. Viele Jugendliche berichteten nach der Freizeit mit Begeisterung davon, dass das Thema Alkoholprävention durch die Veranstalter aufgegriffen wurde und sie nicht in einen Kreislauf „Mit-/Trinken“ eingebunden waren. Dadurch verlief die Ferienfreizeit für sie sehr entspannend. Das Rahmenszenario, viele Mitmach-Aktionen und „Anstatt-Angebote“ zu einem Gesamtkonzept zu schnüren, hat hier sehr gut funktioniert. Außerdem wurde deutlich, dass die Angebote an die Betreuer von Jugendreisen positiv aufgegriffen wurden: Jugendliche, so war oft zu hören, kommen nach wie vor gerade in Feriensituationen zum ersten Mal

bewusst mit Alkohol in Berührung – da kommt dieses Projekt für die Betreuer gerade recht, um Handwerkszeug für die Praxis zu haben.

Mittlerweile wirken auch andere große Verbände, die Ferienfreizeiten durchführen, an der Kampagne „Bist du stärker als Alkohol?“ mit, so z. B. die Deutsche Sportjugend, die AWO und das Bundeswehr-Sozialwerk.

2.2.4. Event „Apfelsaftkampagne“

Zum 1. Januar 2002 trat eine Änderung des Gaststättengesetzes in Kraft, die vorschreibt, dass jede Gaststätte mindestens ein alkoholfreies Getränk anbieten muss, welches nicht teurer sein darf als ein alkoholhaltiges Getränk der gleichen Menge. Die Umsetzung des Gesetzes ließ die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in einer gemeinsamen Aktion mit dem Berliner Senat im August 2002 von Berliner Jugendlichen überprüfen. 142 Berliner Jugendliche machten sich hierfür einen Tag lang auf den Weg und besuchten insgesamt 221 Gaststätten in 12 Berliner Bezirken.

Das Ergebnis war nicht zufriedenstellend: In fast 60 % der Gaststätten war Bier oder Alsterwasser (Bier/Limo) das günstigste Getränk. Das billigste alkoholfreie Getränk (in der Regel Mineralwasser, teilweise auch Apfelsaft oder Cola) kostete durchschnittlich 1,41 Euro, das billigste alkoholhaltige Getränk (Bier oder Alsterwasser) kostete hingegen durchschnittlich nur 1,34 Euro.

Erfreulich war, dass die Reaktionen der Gastwirte auf den Besuch der Jugendlichen durchweg positiv ausfielen. Viele empfingen die Jugendlichen sehr freundlich, diskutierten mit ihnen über die Karte, rechneten gemeinsam die Preise aus und waren dann erstaunt über das Ergebnis. Denn der Preisvergleich wird häufig durch die unterschiedlichen Inhaltsmengen erschwert. Andere bekundeten aufgrund der Diskussion mit den Jugendlichen, umgehend die Karte ändern zu wollen. Manche Gruppen wurden von den Wirten sogar zu einem alkoholfreien Drink eingeladen. Auch fanden sich zahlreiche Gaststätten, die nicht nur Mineralwasser im Angebot hatten, sondern auch alkoholfreie Cocktails anboten. Nur vereinzelt weigerten sich Gastwirte getestet zu werden.

Am nächsten Tag wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Aktion mit einem Fest in der Jugendfreizeiteinrichtung „Die Insel“ in Berlin-Treptow belohnt. Bei sommerlichen Temperaturen wurden alkoholfreie Drinks gemischt und zu cooler Musik getanzt.

Die nicht zufriedenstellende Umsetzung des so genannten „Apfelsaftgesetzes“ in Berlin veranlasste die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die übrigen Bundesländer aufzufordern, ähnliche Aktionen durchzuführen und stärker auf die Umsetzung zu achten.



2.2.5. Modellprojekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (FreD)

Junge Menschen experimentieren nach wie vor mit einer Vielzahl legaler wie illegaler Drogen. Eine Vielzahl der Verfahren werden nach § 31 a BtMG oder 45 Abs. 1 JGG eingestellt. Das Modellprojekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (FreD) setzt an dieser Schnittstelle an, um einen möglichst frühen Zugang zu dieser Gruppe von potenziellen Gefährdeten zu finden. Ein speziell auf diese Gruppe von jungen Konsumenten ausgerichtetes Angebot, bestehend aus einem „intake-Gespräch“ und einem Kursangebot (8 Stunden), soll helfen, die Risiken einer sich anbahnenden Abhängigkeit zu reduzieren und einem Abrutschen in die Kriminalität entgegenzuwirken.

Leitlinie dieses Modellprojektes ist es, jungen erstauffälligen Drogenkonsumenten frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu unterbreiten. An 15 Standorten in 8 Bundesländern (Bayern, Brandenburg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen) wurde das Projekt für junge Menschen zwischen 14 und 21 Jahren erprobt. Die wissenschaftliche Begleitung belegt, dass die Zielgruppe voll erreicht wurde (Durchschnittsalter 17,7 Jahre). Die Polizei stellte sich als bedeutsamste Vermittlungsinstanz (49,1%), gefolgt von der Jugendgerichtshilfe (23,3%), dar. Die zu 87% männlichen Nutzer des Angebotes (96% gebrauchten Cannabis als Hauptdroge) zeigten hohe Zufriedenheitswerte im Hinblick auf die Kurse und ihre Durchführung.

94% der Nutzer waren – im nachhinein – mit dem FreD-Angebot (sehr) zufrieden, insbesondere interessierten sie Themen wie

- Information/Aufklärung und Beratung im Hinblick auf Drogen, Rechtsfragen, Gesundheitsfragen;
- die Möglichkeit des Gesprächs bzw. der Austausch mit anderen betroffenen Personen.

Bis zu 10 Monate nach Abschluss des Kurses waren 94% der Befragten nicht mehr polizeilich auffällig. Das Modellprojekt ist so angelegt, dass nach der erfolgreichen Erprobung eine Einführung auch an anderen Standorten mit vergleichbarem (geringem) finanziellen und personellen Aufwand möglich ist. Das Jahr 2003 ist als Transferzeitraum vorgesehen. In weiteren Arbeitsschritten sollen die bisherigen Projekterfahrungen und -ergebnisse in ein differenziertes Manual übertragen werden, das interessierten Praktikern zur Verfügung gestellt werden soll. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation sollen das Manual ergänzen. Zur Information und interaktiven Nutzung durch möglichst viele und verschiedene Interessenten soll der Internetauftritt von FreD ausgebaut werden.

2.2.6. Kampagne „Kinder stark machen“

Die Kampagne „Kinder stark machen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit relevanten psychosozialen Kompetenzen zur Lebensbewältigung auszustatten, um so die Entwicklung von Drogenmissbrauch und Sucht zu verhindern. Neben der direkten Ansprache von Kindern, werden mit „Kinder stark machen“ auch Erwachsene im Kontakt mit Kindern, insbesondere Eltern und haupt- sowie ehrenamtliche Betreuer, die im Breitensport tätig sind, dazu befähigt, Kinder in unterstützender und stärkender Weise beim Erwachsenwerden zu begleiten.

Die Kampagne ist settingorientiert und vornehmlich im Breitensport der größten deutschen Sportverbände verankert. Sie besteht im Wesentlichen aus drei Schwerpunkten: Aus- und Fortbildungsbereich für Multiplikatoren im Breitensport; Tour- und Eventbereich für die Verankerung der Kampagne im sportlichen und familiären Setting; Servicebereich, der für die Breitensportaktivitäten unterschiedlichste Unterstützung bereit hält. Getragen wird „Kinder stark machen“ durch eine rahmengebende massenmediale Kampagne sowie durch komplettierende personale Kommunikationsstrategien.

Im Jahr 2002 wurden ca. 1600 Multiplikatoren aus der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen fortgebildet. Seit 1995 haben mittlerweile über 9.000 Multiplikatoren an dem Fortbildungsangebot teilgenommen. Die Qualifizierungsinitiative der Bundeszentrale wurde durch die Universität Stuttgart, Institut für Sportwissenschaften, evaluiert. Die Ergebnisse werden 2003 im Band 21 der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ durch die Bundeszentrale veröffentlicht und damit einer breiten Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Mit dem Deutschen Sportbund wird das gemeinsame Ziel, die Fortbildung in die Ausbildungsrichtlinien für Übungsleiter und das tatsächliche Fortbildungsangebot zu implementieren, weiter verfolgt. Parallel hierzu wurden 2002 rund 25 Veranstaltungen (Familientage, Festivals des Sports, Deutsches Turnfest, Weltkindertage, Familiensporttage etc.) gemeinsam mit Kooperationspartnern ausgerichtet. Die damit verbundene Presseberichterstattung erreichte eine Gesamtauflage von ca. 24 Millionen.

Der Deutsche Fußball-Bund (DFB) erhielt von der FIFA den Zuschlag für die Durchführung der Fußballweltmeisterschaft 2006. Aus zahlreichen Arbeitskontakten der BZgA mit dem DFB ist die Idee entstanden, die Fußballweltmeisterschaft 2006 mit einer Sozialkampagne zu begleiten. Mit dem Motto „Kinder stark machen – weltweit“ soll an die bisherige erfolgreiche Zusammenarbeit angeknüpft werden.



2.2.7. Prävention online „www.drugcom.de“

Zeitgleich mit der Love Parade am 21. Juli 2001 ist das Internetportal www.drugcom.de online gegangen. Unter dem Motto „check yourself“ verfolgt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit drugcom.de das Ziel, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein zeitgemäßes Angebot zu präsentieren, das im offenen Dialog und ohne „erhobenen Zeigefinger“ kompetent über Wirkungen, Risiken und Gefahren legaler und illegaler Drogen informiert. Jugendliche sollen dazu angeregt werden, sich mit ihrem Konsumverhalten auseinander zu setzen und eine selbstkritische Haltung dazu zu entwickeln.

Täglich surfen etwa 600 Besucher auf dem Internetportal, informieren sich oder lassen sich vom [drugcom](http://drugcom.de)-Team beraten. Besonders beliebt sind die Wissenstests zu acht verschiedenen Substanzen. Seit dem Onlinestart haben mehr als 80.000 Besucher einen oder mehrere Tests absolviert, am häufigsten den Cannabistest. Neu hinzugekommen ist in diesem Jahr der Selbsttest zum Alkoholkonsum „check your drinking“. Nachdem sie einige Fragen zu ihrem Alkoholkonsum beantwortet haben, bekommen Jugendliche eine differenzierte und individuelle Rückmeldung darüber, wie es um ihr Konsumverhalten steht. Anders als in den sonst üblichen klinischen Screeningverfahren liegt der Schwerpunkt dieses Tests darin, altersgemäße Empfehlungen auszusprechen, die dazu anregen, sich kritisch mit dem Alkoholkonsum auseinander zu setzen.

Wer persönliche Fragen zu seinem Konsum oder zum Alkohol- und Drogenkonsum von Freunden hat, kann sich täglich von Montag bis Freitag zwischen 15:00 und 19:00 Uhr in den [drugcom](http://drugcom.de)-Chat einloggen und seine Fragen mit einer professionellen Beraterin „unter vier Augen“ besprechen. Monatlich wird der Chat von über 300 Usern zur Kommunikation und zur Beratung genutzt, Tendenz steigend. Offenbar ist der Zugang zu dieser Form professioneller psychosozialer Beratung in vieler Hinsicht einfacher und komfortabler als der traditionelle Weg, bei dem zunächst per Telefon Kontakt aufgenommen und ein Termin vereinbart werden muss. Die Drogenberatung via Internet macht Jugendlichen zunächst ein eher unverbindliches Angebot: Der Kontakt zur Beraterin oder zum Berater kann ohne großen Aufwand hergestellt und jederzeit unkompliziert wieder abgebrochen werden. Jugendtypisches Probierverhalten kann in diesem Kontext zum „Ausprobieren“ einer Drogenberatung führen. Häufig stellt sich dabei heraus, dass weitergehende Hilfen wie der Besuch einer Drogenberatungsstelle vor Ort ratsam wären. Dabei ist eine behutsame motivierende Gesprächsführung notwendig, da die Klienten nicht ohne weiteres bereit dazu sind, Hilfe auch außerhalb des Internets in Anspruch zu nehmen.

Neben den Informations- und Beratungsangeboten ist auf www.drugcom.de Platz für Produkte von Jugendlichen für Jugendliche. Unter der Rubrik ‚drugworks‘ werden gelungene, themenspezifische Jugendprojekte ausgestellt oder als Download zur Verfügung gestellt. Hier können sich Jugendliche oder Multiplikatoren der Jugendarbeit Anregungen für eigene Projekte holen.

Völlig „drogenfrei“ geht es im Bereich freestyle zu. Hier können die User im virtuellen „drugcom-Town“ umherlaufen und verschiedene Häuser betreten. So gibt es ein Spielehaus, einen Bereich mit Downloads, es gibt die Möglichkeit, so genannte Flashcards (elektronische Postkarten) zu verschicken, und man kann natürlich auch aktuelle Musik- und Partynews abrufen.

Dass es mit drugcom.de offenbar gelungen ist, ein jugendgemäßes Informationsangebot zu gestalten, zeigt auch der Gewinn des 7. TV Movie Awards, der jährlich vom Heinrich Bauer Verlag verliehen wird. In der Kategorie „Information“ hat sich im April 2002 eine hochkarätige Jury aus Branchenexperten unter Hunderten von Einsendungen – unter denen sich auch „schergewichtige“ Kandidaten wie beispielsweise t-info oder die netzeitung befanden – für drugcom.de entschieden.

2.2.8. Jugendinitiative der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) „www.ausweg.de“ (2003)



Unter dem Motto „www.ausweg.de“ ernannte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) in Hamm das Jahr 2003 zum Schwerpunktjahr Jugend und Sucht. Mit dieser von der Barmer Ersatzkasse geförderten Initiative soll auf den hohen Konsum von Suchtmitteln bei Jugendlichen hingewiesen werden. Beratungsstellen, Sucht-Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sollen im Rahmen dieses Aktionsjahres das Thema vor Ort aufgreifen und sich wo immer möglich zum Ansprechpartner für Jugendliche und ihre Belange machen. Gleichzeitig werden Multiplikatoren angesprochen und aufgefordert – z. B. Eltern, Pädagogen in Schulen und in der Jugendhilfe, in der Polizei und in Betriebeneigene Veranstaltungen durchzuführen. Es ist eine gute Gelegenheit, sich auf diese Weise in den Regionen als Ansprechpartner für Jugendliche bekannt machen. Weiteres Ziel der Initiative ist die Weiterentwicklung jugendspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote und die Vernetzung der verschiedenen Arbeitsfelder, die mit Jugendlichen mit substanzbezogenen Problemen in einer Region arbeiten.

Zur Unterstützung möglicher Aktionen vor Ort haben Experten Hintergrundinformationen mit den wichtigsten Daten sowie Vorlagen für eine mögliche Plakataktion zusammengestellt. Bestehend in der Vorbereitung dieser Initiative war das Engagement von Grafikstudenten der FH Dortmund, die speziell für diese Initiative die Gestaltungselemente geschaffen und zur Verfügung gestellt haben.

Anlass für dieses Schwerpunktjahr 2003 Jugend und Sucht ist das unzureichende Angebot für Jugendliche mit Abhängigkeits- und Substanzproblemen. Je früher ein Suchtproblem erkannt wird, um so größer sind die Chancen, dass es gar nicht erst zu einer Abhängigkeit kommt. Generell soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es junge Suchtkranke gibt, dass sich bei ihnen die Abhängigkeit schneller entwickelt als bei Erwachsenen und dass es Beratung, Behandlung und Heilungschancen (Auswege) gibt.

2.3. Frauen und Suchterkrankungen

2.3.1. Tagung „Ungeschminkt – Bundesfrauenkongress Sucht“

Die Suchtmittelabhängigkeit von Frauen weist geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Art der Sucht, dem Suchtverlauf und den Ursachen auf. Daher bedarf sie einer besonderen geschlechtsspezifischen Beratung und Behandlung. So sind Medikamentenabhängigkeit und Essstörungen typisch für frauenspezifisches Suchtverhalten, da sich diese Formen der Sucht leichter vor anderen Menschen verbergen lassen. Frauen gehen unauffälliger mit ihrem Suchtmittelmissbrauch bzw. ihrer Abhängigkeit um als Männer. Sie fallen in der Gesellschaft weniger auf. Abhängige Frauen verhalten sich angepasst und verantwortungsbewusst und versuchen über lange Zeit, den Aufgaben des Alltags in Beruf und Familie nachzukommen. Weibliches Suchtverhalten wird deshalb auch als „stille“ oder „verdeckte“ Sucht bezeichnet.

Die Erkenntnisse aus Praxis und Forschung und die zunehmende Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Gedankens haben die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bewogen, das Thema „Frauen und Sucht“ aufzugreifen und in den Mittelpunkt einer Tagung zu stellen. Gemeinsam mit dem Qualitätszirkel Frauensuchtarbeit des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR) wurde die Idee entwickelt, einen bundesweiten Frauensuchtkongress zu veranstalten, um das Thema stärker in der Öffentlichkeit zu verankern, denn der letzte bundesweite Kongress zum Thema „Frauen und Sucht“ fand vor über 15 Jahren statt. Da Frauen Meisterinnen des Verdeckens sind, wurde der programmatische Titel „Ungeschminkt“ gewählt.

Zur weiblichen Sucht gehören aber nicht nur das Suchtverhalten selbst, sondern auch besondere Gesundheitsgefahren für die ungeborenen oder neugeborenen Kinder. Hinzu kommt, dass Kinder Suchtkrankener einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind, später als Erwachsene ebenfalls suchtkrank zu werden. Auch dieser Aspekt sollte neben der Frauensuchtproblematik auf dem Kongress beleuchtet werden, denn es sind zumeist die Mütter, die die Hauptlast der täglichen Sorge, Betreuungs- und Erziehungsarbeit tragen.

Das Ziel des Kongresses, das aktuelle Wissen zu dem Thema „Frauen und Sucht“ zusammenzutragen und zu sichten, wie und in welchem Umfang frauenspezifische Angebote in der Suchthilfe weiterentwickelt und vernetzt werden können, wurde erreicht. Expertinnen aus Forschung und Praxis brachten ihr Wissen und ihre Erfahrungen ein und es wurden neue Impulse für die Frauensuchtarbeit gesetzt. 10 politische Forderungen wurden für den Kongress formuliert, die die 10 wichtigsten Ergebnisse zusammenfassen und auf dem Abschlusspodium diskutiert und bestätigt wurden:

Die 10 politischen Forderungen des BundesFrauenKongresses Sucht:

Wir brauchen den Ausbau der frauenspezifischen Suchthilfe,

1. weil in der Bundesrepublik derzeit ca. 1.620.000 Frauen und Mädchen leben, die suchtmittelabhängig sind, und die Zahl der Betroffenen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat,
2. weil das derzeitige Suchthilfesystem bislang einen großen Teil der betroffenen Frauen und Mädchen nicht erreicht,
3. weil die internationale Forschung und praktische Erfahrung der letzten Jahre verstärkt auf frauenspezifische Formen und Hintergründe von Suchtmittelerkrankungen aufmerksam gemacht hat,
4. weil suchtkranke Schwangere und Mütter mit Kindern besondere Hilfe brauchen,
5. weil die Suchtmittelabhängigkeit von Frauen und Mädchen häufig mit frauen- und Mädchenspezifischen Erfahrungen (z. B. häusliche Gewalt) in Zusammenhang steht, die in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen und Gruppen nicht ohne weiteres thematisiert und behandelt werden können,
6. weil das traditionelle Suchthilfesystem zu wenig Angebote für frauentypischen Bedarf wie
 - Medikamentenabhängigkeit,
 - Essstörungen,
 - Berufliche Wiedereingliederung oder
 - Mädchen bereithält.
7. weil der institutionelle Ausbau und die Sicherung der frauenspezifischen Suchthilfe zum Erkenntnisfortschritt in der Suchtarbeit beitragen wird,
8. weil diese wesentlich dazu beiträgt, die Qualität der Suchthilfe zu verbessern,
9. weil noch nicht in allen Bundesländern frauenspezifisch ausgerichtete Einrichtungen existieren,
10. weil mädchen- und frauenspezifische Ansprachekonzepte in der Präventionsarbeit benötigt werden.

Die Tagungsdokumentation ist inzwischen erschienen und kann über die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten schriftlich bezogen werden. Die Dokumentation beinhaltet zusätzlich das Ergebnis einer in Vorbereitung des Kongresses durchgeführten Umfrage bei den Drogenbeauftragten der Länder, welche frauenspezifischen Suchthilfeprojekte und Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien existieren. Die Projektlisten vermitteln einen guten Überblick über die bundesweiten Angebote in der Frauensuchtarbeit und in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien.

2.3.2. Aktivitäten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bei allen Maßnahmen im Bereich der Drogen- und Suchtpolitik wird die Bundesregierung auf die systematische Einbeziehung der jeweiligen Lebenssituation von Frauen und Männern sowie auf deren spezielle Bedürfnisse achten und eine geschlechterbezogene Perspektive einnehmen. Durch die Anwendung des Gender-Mainstreaming-Prinzips werden die gesellschaftlich geprägten Geschlechterrollen und die unterschiedlichen Lebensrealitäten von Frauen und Männern sichtbar gemacht und berücksichtigt. Die Beachtung der Geschlechterperspektive wird damit zu einem wesentlichen Kriterium für die Eignung und Qualität der jeweiligen Maßnahme. Gender Mainstreaming ersetzt dabei nicht gezielte Frauenprojekte, sondern macht deutlich, warum diese notwendig sind. Der „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, den das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegeben hat, belegt die Unterschiede zwischen Frauen und Männern u. a. in der Entwicklung und Verbreitung von Substanzabhängigkeiten sowohl bei illegalen als auch bei legalen Drogen. Diese Unterschiede machen eine geschlechterdifferenzierende Herangehensweise bei Maßnahmen der Prävention und Versorgung erforderlich. Insbesondere verdient der deutliche Zusammenhang zwischen der Entstehung von Suchterkrankungen und vorangegangenen Gewalterfahrungen einschließlich sexuellem Missbrauch verstärkte Beachtung. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat sich durch die Förderung von etlichen Maßnahmen dieser Thematik angenommen: Die Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) in Trägerschaft des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) wurde im Dezember 2001 mit dem Ziel eingerichtet, den Implementierungsprozess des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen anzustoßen und durch Vernetzung eine Förderung der autonomen Frauengesundheitsstrukturen zu bewirken. Zum Thema „Sucht als Überlebenschance für gewalterfahrene Frauen“ wurde mit Mitteln des BMFSFJ und mit Geldern aus dem europäischen „DAPHNE-Programm 2000–2003“ ein einjähriges transnationales Projekt (Hexenhaus–Espelkamp) gefördert. Gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen und -partnern aus Deutschland, Irland, den Niederlanden und Österreich sollten neben dem transnationalen Vergleich auch gendersensible Kriterien und Methoden in der Suchtarbeit für Frauen mit Gewalterfahrung entwickelt werden. Die Ergebnisse werden in einer Dokumentation veröffentlicht, die im ersten Quartal 2003 erwartet wird. Die besonderen frauenspezifischen Suchtprobleme waren außerdem Gegenstand der BMFSFJ-Fachtagung „FrauenGesundheit–FrauenLeben–FrauenArbeit“ im Oktober 2001 in Berlin (Die Dokumentation dazu liegt im BMFSFJ vor) und Schwerpunkt einer mit finanziellen Mitteln des BMFSFJ geförderten Tagung „Tüchtig und Süchtig“ des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) zum Thema Frauen, Sucht und Essstörungen im November 2002. Eine Dokumentation zu dieser Tagung soll im Frühjahr 2003 veröffentlicht werden. Als Ergebnis beider Tagungen wurden eine stärkere Sensibilisierung für die Suchtproblematik bei Frauen gefordert und Wege aufgezeigt, die zu einer frauengerechten Prävention, Beratung und Therapie führen.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Familienorientierte Beratung, die Kinder aus suchtbelasteten Familien in ihre Hilfen mit einbezieht.

Im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurde unter dem Gesichtspunkt „Kinder, die durch die Sucht ihrer Eltern belastet sind“ ein Projekt zur ganzheitlichen Familienhilfe an zwei Standorten in Bocholt und Wiesbaden gefördert. Insbesondere konnte durch die Interventionen die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder gefördert werden. Die Kinder haben alternative Verhaltensweisen gelernt und konnten stabile Beziehungen aufbauen. Die Ergebnisse sind in Band 166 der Schriftenreihe des BMFSFJ veröffentlicht worden. Die familienorientierte Beratung – vor allem aber die Erziehungsberatung – bezieht die Kinder aus suchtbelasteten Familien in ihre Hilfen ein. Hierbei folgt die Beratung der Erkenntnis, dass die Familienorientierung ein wichtiger Bestandteil gelingender Beratungs- und Betreuungsprozesse ist. Die zentralen Beratungsträger nehmen die Aspekte der Suchtvorbeugung verstärkt in die Konzeptentwicklung und die Qualifizierung der Multiplikatoren auf. Das Deutsche Müttergenesungswerk führt auch spezielle Maßnahmen für suchtbelastete Frauen und ihre Kinder durch. Die Einrichtung Reichshof-Feld ist auf die Problematik „Sucht“ bei Müttern und Kindern besonders ausgerichtet.

2.3.3. Studie zu Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen

Gewalterfahrungen in der Kindheit, körperlicher und sexueller Missbrauch und ihr Zusammenhang mit der Entstehung von Sucht bei Frauen waren Gegenstand einer von Prof. Christel Zenker u. a., Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), im Auftrag des BMGS durchgeführten Studie. Die zugrundeliegenden Daten wurden im Rahmen einer Erhebung der Patientinnen in Suchtfachkliniken gewonnen. Es beteiligten sich Frauen, die Alkohol oder andere legale Suchtmittel oder illegale Drogen konsumieren oder an Essstörungen litten. Auch die Antworten von Frauen, die mehrere Suchtstoffe konsumieren (Poly-Süchtige), gingen in die Studie ein.

Bei ca. drei Viertel aller Frauen war Alkohol das zuerst eingesetzte Suchtmittel. Von den Frauen, die illegale Drogen konsumieren, hatten 45% mit Alkohol, 26% mit Cannabis und 15% mit anderen illegalen Drogen begonnen.

Die Poly-Süchtigen begannen mit dem Konsum zumeist bereits im Kindes- und frühen Jugendalter zwischen 12 und 15 Jahren. Die Alkoholikerinnen stiegen dagegen erst im Alter von 17 bis 35 Jahren in den Suchtmittelkonsum ein. Fast zwei Drittel der Frauen kamen aus einer Herkunftsfamilie mit Suchtproblemen.

Das Vergessen negativer Erfahrungen oder der als belastend erlebten Lebenswirklichkeit ist das am häufigsten genannte Konsummotiv. Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen den Suchterkrankungen der Frauen mit erlebten Gewalterfahrungen und Suizidversuchen auf. Knapp die Hälfte aller Frauen hatte öfter körperliche Gewalt erfahren. Etwa ein Drittel aller Frauen erlebte sexuelle Gewalt bereits vor dem 16. Lebensjahr, wobei knapp die

Hälfte der Täter aus der eigenen Familie kam. Von den betroffenen Frauen hatten fast 50% die Gewalt nur in der Kindheit, 4% als Erwachsene, 22% in allen Lebensphasen erfahren. Die Suizidbelastung der Frauen ist mit 33% sehr hoch. Suizidversuche in Kindheit und Jugend haben am häufigsten die jüngsten der behandelten Frauen sowie Frauen aus der Gruppe der Poly-Süchtigen gemacht.

Weniger als die Hälfte der Frauen fühlt sich in ihrer Partnerschaft geborgen, und zwar umso weniger, je jünger sie sind. Fast drei Viertel der Frauen meinen, dass sie sich in ihrem Leben zuviel haben gefallen lassen, entsprechend beschreiben sie auch ihre Kindheit als von Anpassung geprägt (92%). Als Suchtursache wird zu zwei Dritteln die mangelnde Ich-Stärke und Durchsetzungsfähigkeit genannt.

Die Schulzeit wird dagegen überwiegend positiv bewertet. Schule als Sozialisationsinstanz kann hier als stabilisierender Faktor interpretiert werden. Nur 13% hatten geschwänzt, signifikant am häufigsten die Drogenabhängigen und Poly-Süchtigen.

Die Studie trägt zum besseren Verständnis für Suchterkrankungen bei Frauen bei. Sie ist erschienen in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 148, und kann über den Buchhandel bezogen werden (ISBN 3-7890-8388-7).

2.3.4. Exkurs: Arzneimittelmissbrauch und soziale Faktoren

Etwa 6–8% aller häufig verschriebenen Arzneimittel weisen ein erhöhtes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial auf. Als wichtigste Medikamentenklassen werden dabei Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel und Appetitzügler genannt. Häufige Fehlanwendungen werden zusätzlich von Antidepressiva und Neuroleptika berichtet. Gemäß den Ergebnissen der Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2000 kann der Anteil der Medikamentenkonsumenten in der Wohnbevölkerung auf derzeit 7,1 Millionen hochgerechnet werden. Die Anzahl der Personen, bei denen Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit vorliegt, wird auf über 1,2 Millionen geschätzt.

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung ergibt sich die höchste Prävalenzrate für mindestens eins der oben genannten eingenommenen Präparate mit 58% für die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen, gefolgt von 50,9% in der Mittelschicht. Für die sozial am besten gestellte Bevölkerungsschicht ist die Einnahmequote mit 44% am niedrigsten. Unabhängig von der Schichtzugehörigkeit berichten mehr Frauen als Männer von mindestens einem eingenommenen Medikament, jedoch erhalten in der sozial schwächeren Gruppe Männer häufiger als Frauen eine Abhängigkeitsdiagnose. Demgegenüber zeigen Frauen in der sozial stärkeren Gruppen häufiger als die Männer eine Medikamentenabhängigkeit. Am häufigsten wird in allen sozialen Schichten der Konsum von Schmerzmitteln genannt. Erst mit großem Abstand wird mit ähnlicher Häufigkeit der Gebrauch von Beruhigungs- und Schlafmitteln berichtet. Antidepressiva werden an vierter Stelle angegeben,

gefolgt von Neuroleptika, Anregungsmitteln und Appetitzüglern, die nur von sehr wenigen Personen eingenommen werden.

Während sich in den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen die Prävalenzraten von Männern und Frauen nicht wesentlich unterscheiden, berichten die Frauen aus den übrigen Bevölkerungsgruppen häufiger von mindestens einem eingenommenen Medikament als die Männer.

Alles in allem zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen problematischem Medikamentenkonsum und der sozialen Schichtzugehörigkeit. Zum einen ist die Einnahme von Medikamenten unter Personen, die den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen zugeordnet werden können, verbreiteter als in den übrigen Bevölkerungsgruppen. Zum anderen liegen die Prävalenzen für eine problematische Medikamenteneinnahme sowie für die Diagnose einer Abhängigkeit in der Unterschicht gegenüber den anderen beiden Schichten mehr als doppelt so hoch.

Mit dieser Erhebung konnte gezeigt werden, dass Personen mit einem geringen sozioökonomischen Status eine Risikogruppe für die Entwicklung von Arzneimittelmisbrauch und -abhängigkeit darstellen.

2.4. Migration und Prävention

2.4.1. Suchterkrankungen bei Migranten

Laut Bundeskriminalamt nahm die Zahl der in Deutschland durch den Konsum illegaler Drogen verstorbenen Aussiedler im Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr um 8,4% auf 130 Rauschgifttote ab. Allerdings lag sie, gemessen am Bevölkerungsanteil der Aussiedler (ca. 5%), noch über dem Durchschnitt. Bereits zwischen den Jahren 2000 und 2001 war eine rückläufige Entwicklung zu verzeichnen. Der Anteil der Aussiedler an der Gesamtzahl der Rauschgifttodesfälle im Jahr 2002 (1.513) betrug 8,7%, was einen leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr (7,7%) bedeutet.

Eine Ursache für die erhöhte Suchtgefährdung liegt in der mangelnden Integration, insbesondere bei jugendlichen Aussiedlern. Zum einen wird die Eingliederung erschwert aufgrund fehlender Sprachkenntnisse. Seit Mitte der neunziger Jahre hat sich der Anteil der Familienangehörigen, die in den Aufnahmebescheid eines Aussiedlers einbezogen werden können, erheblich erhöht. Diese Familienangehörigen haben wenig oder gar keine Deutschkenntnisse und weisen auch eine andere Mentalität auf. Zum anderen haben sich die Rahmenbedingungen in Deutschland geändert. Die Probleme auf dem Lehrstellen- und Arbeitsmarkt sind größer geworden, die Akzeptanz bei der einheimischen Bevölkerung hat abge-

nommen. Dies führt zu erheblichen Integrationsschwierigkeiten, denen seitens Bund, Ländern und Kommunen entgegenzuwirken gilt.

Viele Verlautbarungen aus der Praxis der Suchthilfe lassen vermuten, dass eine der wesentlichen Gesundheitsbelastungen von Asylbewerbern und Flüchtlingen Suchtprobleme sind und dass diese Migrantinnen und Migranten aufgrund der in ihren Herkunftsländern erlittenen Traumata und ihren rechtlich und sozial unsicheren Lebensbedingungen besonders suchtgefährdet sind.

Vom 01. Oktober 2000 bis 31. März 2001 führte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe zusammen mit sechs Europäischen Ländern das Projekt „SEARCH“ (Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer) durch. Für das deutsche Teilprojekt wurde die Stadt Soest ausgewählt. Die Sammlung von Informationen über Auffälligkeiten mit Hinweis auf Drogenprobleme ließ Spekulationen über den Drogenmissbrauch bei Tamilen und Kurden aufkommen. Zu den am meisten gefährdeten Personen gehörten allein lebende junge Männer im Alter von 14 bis 35 Jahren, was auch der Situation in der allgemeinen Bevölkerung entspricht.

Besonders auffällig war die untersuchte Zielpopulation wegen fehlender sozialer Kontakte und tragfähiger Beziehungen, Ausgrenzung bis hin zu offener Ablehnung, finanzieller Abhängigkeiten, Isolation im Gastland, rechtlich unsicherer Aufenthaltssituation, tradiertem Konsummuster sowie einer verbreiteten Offenheit für Substanzgebrauch. Kurden als Flüchtlinge in Deutschland kommen häufig aus Gegenden im Heimatland, in denen Drogen angebaut werden. Nach Einschätzung des Bundeskriminalamtes sind Teilgruppen von Kurden stark in den Drogenhandel in Deutschland involviert. Es liegen ebenfalls Erkenntnisse der Polizei vor, dass die Aktivitäten der PKK bis zu ihrer Auflösung auch durch Drogengeschäfte finanziert wurden.

2.4.2. Suchtpräventive Maßnahmen für Aussiedler durch das Bundesministerium des Innern (mit Projektliste)

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 2002 über 5,7 Mio. € bereitgestellt.

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 initiiert:

- So ist 2002 eine Informationsbroschüre der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Suchtproblematik und zum Hilfesystem in einer deutsch-russischen Version veröffentlicht worden. Sie trägt den Titel: „Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen wollen. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Nikotin, süchtiges Verhalten?“
- Darüber hinaus wird aus BMI-Integrationsmitteln vom AWO Bundesverband e. V. und dem Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. eine Fortbildungs- bzw. Werkstattreihe „Sucht-Migration-Hilfe für Fachkräfte in der Arbeit mit Aussiedlerinnen und Aussiedlern“ gefördert, um die Suchtprobleme besser zu erkennen, die migrationspezifischen Hintergründe besser zu verstehen und gezielte Hilfe anbieten zu können. Damit soll insbesondere eine stärkere Vernetzung zwischen Aussiedlerarbeit und Suchthilfe erfolgen und die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter von Regeleinrichtungen gestärkt werden.

Für die Durchführung der jeweils zweitägigen Seminare, an denen bislang fast 300 Personen teilgenommen haben, wurden namhafte Experten aus den Bereichen Sucht und Migration gewonnen. Die Inhalte orientierten sich an den Anforderungen, die das Zuwanderungsgeschehen an die Praxisbereiche stellen: Zugangsbarrieren müssen erkannt und überwunden werden, großer Entwicklungsbedarf besteht hinsichtlich der Kompetenzen, die eine wirkliche interkulturelle Öffnung der Dienste ermöglichen. Andererseits besteht für die Migrationsdienste die Notwendigkeit, Kompetenzen im Umgang mit Klienten zu erwerben, die durch Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen gefährdet oder abhängigkeitskrank sind.

Für beide Fachbereiche ergibt sich schließlich die Anforderung, nach Möglichkeit von den Kompetenzen des jeweils anderen Bereichs zu profitieren, indem Kooperation und Vernetzung nicht Schlagworte bleiben, sondern Wirklichkeit werden.

Die Seminare verfolgen in erster Linie die folgenden Ziele, wobei sich die Kursinhalte nicht nur mit den Problemen der Aussiedler, sondern auch mit denen anderer Zuwanderergruppen befassen:

- Sensibilisierung für den Zusammenhang von Migration und Sucht,
- Förderung von Qualitäts- und Kompetenzentwicklung in Prävention, Beratung, Therapie,
- Anregung von Prozessen der interkulturellen Öffnung,
- Verbesserung der Versorgungssituation für abhängigkeitskranke und gefährdete Migranten und Migrantinnen,
- Initiierung von Kooperation und Vernetzung durch Zusammenarbeit in der Seminargruppe.

Die individuellen Fragestellungen der Teilnehmer finden während der Seminare nach Möglichkeit Eingang in die konkrete Programmgestaltung. Das Seminarprogramm umfasst dementsprechend folgende wesentliche Punkte:

- Sucht und Migration im Kontext (Vortrag),
- Migrationsformen und ihre rechtlichen Implikationen (Vortrag),
- Zuwanderer und Suchthilfe: Zugangsschwierigkeiten und Zugangsmöglichkeiten (Gruppenarbeit),
- Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz (Praxisberichte),
- Übung zum Thema (Gruppenarbeit),
- Interkulturelles Verständnis und Missverständnis (Vortrag),
- Zuwanderung und Stigmatisierung (Vortrag),
- Vernetzung und Kooperation (Diskussion im Plenum).

Der Verlauf der bisherigen Veranstaltungen hat die Erwartung bestätigt, dass die gesteckten Ziele mit diesem Seminarconcept erreicht werden. Außer dem inhaltlichen Aspekt ist dabei auch der Effekt der Seminararbeit in Gruppen zu betonen, die sich aus Fachkräften aus den Bereichen Suchthilfe und Migrationsdienste zusammensetzen und damit Vernetzung in vivo erfahrbar machen.

Die Fortbildungsveranstaltungen sind im Jahr 2002 in folgenden Städten durchgeführt worden: Berlin, Erfurt, Nürnberg, Dortmund, Stuttgart, Hannover und in Remagen bei Bonn. Die Werkstattreihe wird im Jahr 2003 fortgesetzt.

Außerdem sind im Haushaltsjahr 2002 aus Integrationsmitteln des BMI elf Modellmaßnahmen zur Suchtprävention an zehn Standorten für drogengefährdete jugendliche Aussiedler gefördert worden. Hierbei werden mittels gezielter sozialpädagogischer Betreuung drogengefährdete bzw. abhängige Aussiedler veranlasst, die Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen, weil Aussiedler die Regelangebote häufig von sich aus nicht nutzen. Hierfür sind insgesamt rd. 0,6 Mio. € zur Verfügung gestellt worden. Somit konnte das hohe Förderniveau des Vorjahres gehalten werden.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Modellprojekte:

PROJEKTLISTE

1. Projekt: Vernetzung und Suchtprävention

Projektort: Kreis Biberach

Träger: CJD Jugendgemeinschaftswerk Biberach

Projektinhalte/Ziele:

- Einzelberatung für Jugendliche, die selber noch keine Drogen konsumieren, sich aber in Cliquen 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

Fazit:

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. Dieses Projekt lief am 31.08.2002 aus.

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.

Projektinhalte/Ziele:

- „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

Fazit:

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.

Projekttinhalte/Ziele:

- 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

Fazit:

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

Projekttinhalte/Ziele:

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

Fazit:

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

Projekttinhalte/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 suchtgefährdeten Spätausgesiedelten im Kreis Lippe

Projektort: Kreis Lippe

Träger: Drogenberatung e. V.

Projekthinhalte/Ziele:

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

Fazit:

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

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.

Projekthinhalte/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: Sozialraumbezogene Integrationsarbeit mit drogenkonsumierenden bzw. –abhängigen jugendlichen Aussiedlern

Projektort: Kreis Emsland

Träger: Kreis Emsland

Projekthalte/Ziele:

- 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.

10. Projekt: Leben in der neuen Welt, Chancen und Risiken

Projektort: Aachen

Träger: DRK Kreisverband Aachen

Projekthinhalte/Ziele:

- Ursachenorientiertes Herangehen an die Suchtproblematik
- Ganzheitliche Aufklärung über Sucht
- Befähigung, Konflikte suchtmittel- und gewaltfrei zu lösen

Fazit:

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

11. Projekt: „Die Fähre“ – Ein interdisziplinäres Projekt der Suchtkrankenhilfe und Migrationssozialarbeit für Aussiedler

Projektort: Leipzig

Träger: Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig

Projekthinhalte/Ziele:

- Förderung der Eigeninitiative und Unterstützung der Selbsthilfekräfte der Aussiedler
- Entwicklung klientenspezifischer ambulanter Hilfe- und Stützungs-systeme 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.

2.5. Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden ein Wettbewerb um vorbildhafte kommunale Strategien in der Suchtprävention durchgeführt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Institut für Urbanistik (DIFU) als Organisatoren wurden mit der Durchführung des Wettbewerbes beauftragt. Die eingereichten Projekte waren beeindruckend, die Preisverleihung fand am 24. Juni 2002 in einem feierlichen Rahmen in Berlin statt.

Die Durchführung eines Wettbewerbs zu beispielhaften Konzepten der Suchtprävention in Städten, Gemeinden und Landkreisen war besonders wichtig, da es von entscheidender Bedeutung ist, welche Angebote zur Vorbeugung und der Hilfe den Menschen vor Ort zur Verfügung stehen. Konzepte und Programme müssen dort ankommen, wo die Menschen leben, ihre Freizeit verbringen und arbeiten.

Die praktische Umsetzung und Ausgestaltung erfolgt jedoch in den Kommunen selbst und wird erst dort mit Leben erfüllt. Deshalb war es sehr hilfreich, zunächst zu sehen, welche Projekte zur Suchthilfe in Großstädten, Gemeinden, Landkreisen und kleinen Städten heute bestehen und wie erfolgreich diese in der konkreten Arbeit sind. Aus der Praxis kann vieles gelernt werden, so auch die Frage, welche beispielhaften Konzepte der Suchtprävention sich in der kommunalen Praxis umsetzen lassen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind heute in der Drogenpolitik neben Hilfen zum Ausstieg der erste und wichtigste Ansatzpunkt, um einem riskanten Konsum und dem Missbrauch von legalen wie illegalen Suchtmitteln in der Gesellschaft wirksam vorzubeugen. Die Förderung von Lebenskompetenzen muss daher vor Ort ansetzen, wo die Menschen ihr soziales Umfeld haben und Hilfsangebote suchen, die sie letztlich auch in Anspruch nehmen können.

Städte, Gemeinden und Landkreise haben gezeigt, welche konkreten Maßnahmen zur Suchtprävention bei ihnen durchgeführt werden. Die Resonanz auf die Ausschreibung war sehr ermutigend. Durch regionale Arbeitskreise oder die Benennung eines kommunalen Drogenbeauftragten wird die Vernetzung in den kommunalen Einrichtungen und den freien Trägern sichergestellt. Zur nachhaltigen Verankerung der Suchtprävention und deren Qualitätssicherung tragen schriftlich vereinbarte Präventionsziele bei, die eine regionale Bedarfsabschätzung und Maßnahmen der Evaluation einschließen.

Vorbeugen ist besser als heilen. Deshalb ist es besonders erfreulich, dass die Schwerpunkte der eingereichten Projekte beim Kindes- und Jugendalter liegen und dabei wichtige Lebensbereiche wie Schule, Sport und Freizeit einbeziehen.

Mit der veröffentlichten Fachdokumentation (erhältlich bei der BZgA oder dem DIFU) und dem Informationsangebot im Internet soll die Verbreitung dieser Strategien kommunaler Suchtprävention einen weiteren Schritt vorankommen. Der Ideenpool soll zeigen, wie viel-

fällig die erwähnten Praxisbeispiele sind und wie diese umgesetzt werden können. Es ist erfreulich, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen einen Sonderpreis für Suchtprojekte in sozialen Brennpunkten zur Verfügung gestellt und damit den Wettbewerb erweitert haben. Damit stellen sie ihr Engagement für zusätzliche Anstrengungen in der Suchtprävention für gefährdete Bevölkerungsgruppen unter Beweis.

Die Resonanz auf die Ausschreibung war gut und die Kommunen zeigten reges Interesse. Die Reaktion und das Ergebnis machen Mut, es dabei nicht zu belassen. Deshalb wird dieser Ideenwettbewerb im Abstand von zwei Jahren fortgesetzt.

2.6. Städtebauprogramm „Soziale Stadt“ und Suchtprävention

Die sozialpolitische Bedeutung der Städtebauförderung des Bundes ist seit 1999 durch das Programm „Die soziale Stadt“ deutlich gestärkt worden. Der neue Programmansatz zielt auf eine integrierte Förderung der Stadt- und Ortsteile mit besonderem Entwicklungsbedarf, die auf eine ressortübergreifende Zusammenarbeit auf Bundes- und Landesebene sowie mit den Gemeinden angelegt ist. Maßnahmen verschiedener Politikfelder, wie z. B. der Wohnungs-, Wirtschafts-, Arbeits- und Sozialpolitik, werden in integrierten mehrjährigen Programmen zu einer aktiven und integrativ wirkenden Stadtentwicklungspolitik zusammengeführt, um Stadtteile, in denen sich soziale, wirtschaftliche und städtebauliche Probleme verschärfen, aus ihrer Abseitsstellung herauszubringen und zu stabilisieren.

Für das Programm „Die soziale Stadt“ wurden im Bundeshaushalt 1999 und 2000 jährlich rd. 51,13 Millionen € Bundesmittel und für 2001 und 2002 je 76,69 Millionen € Bundesmittel zur Verfügung gestellt. Mit den ergänzenden Mitteln von Ländern und Gemeinden (insgesamt zwei Drittel) standen und stehen damit in den ersten vier Programmjahren insgesamt rd. 766,92 Millionen € für die Umsetzung des Programms bereit.

Bei der Programmumsetzung sind wichtige kurzfristige Programmziele erreicht worden. Das gilt beispielsweise für die Aktivierung von Bürgerinnen und Bürgern in benachteiligten Stadtteilen, die Einleitung des Aufbaus effizienter lokaler Strukturen und die Zusammenarbeit zwischen den Bundesressorts. In den beteiligten Kommunen sind neu geschaffene Organisations- und Managementstrukturen für integrierte Stadtteilentwicklung entstanden – angefangen von ressortübergreifenden Arbeitsgruppen auf Verwaltungsebene bis hin zu Stadtteilbüros in den Quartieren. Die Potenziale in benachteiligten Stadtteilen sind erkannt und werden als positive Chancen für die Stadtteilentwicklung begriffen. Die vielfältigen Maßnahmen und Projektlandschaften beziehen lokale Akteure in Prozesse und Entscheidungen mit ein. Insgesamt fördert der Bund seit 1999 300 Maßnahmen in 214 Gemeinden.

Das Programm „Die soziale Stadt“ wird wissenschaftlich-fachlich begleitet und ausgewertet. Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (BMVWB) hat das Deutsche Institut für Urbanistik, Berlin, (Difu) die Funktion als überregionale Informations-, Beratungs- und Vermittlungsagentur übernommen (www.sozialestadt.de). Trotz der relativ kurzen Laufzeit des Programms ist die öffentliche Resonanz auf das Programm „Die soziale Stadt“ sehr groß. Es hat in vielen als benachteiligt eingestuften Stadtteilen Aufbruchstimmung erzeugt. Die Programmumsetzung spiegelt das Entstehen einer neuen „Philosophie“ gebietsbezogenen und ganzheitlichen Verwaltungshandelns auf Basis eines breiten Dialogs zwischen Bewohnerschaft, Politik und Verwaltung wider. Zahlreiche Initiativen, wie beispielsweise der Wettbewerb „Preis Soziale Stadt“ setzten den begonnenen breiten Dialog zur sozialen Stadtentwicklung und ihrer Einbettung in die Zivilgesellschaft fort.

2.7. Suchtprävention in der Bundeswehr

Über die Grundsätze der Suchtprävention in der Bundeswehr wurde im Drogen- und Suchtbericht 2000 ausführlich berichtet. Mit den „Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und Suchtbekämpfung von Soldaten“ vom 08.07.1999 sollten die Weichen für eine effektive Suchtprävention und Suchtbekämpfung in den Streitkräften gestellt werden, wobei illegale und legale Suchtmittel in die Prävention einzubeziehen waren. 2002, also drei Jahre später, soll das Erreichte auf den Prüfstand gestellt und über Fortschritte berichtet werden.

- Die Maßnahmen der Suchtbekämpfung sind in Vorschriften geregelt und werden angewandt.
- Die Vernetzung der Suchtprävention auf allen Ebenen ist eingeleitet.
- Moderne Ausbildungsmittel wurden erstellt, die Beschaffung weiterer Ausbildungshilfen in guter Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranlasst.
- Ein „Dokumentationszentrum Suchtprävention und Suchtbekämpfung“ ist am Zentrum Innere Führung der Bundeswehr in Koblenz eingerichtet. Im Drogen- und Suchtbericht 2001 wurde ausführlich darüber berichtet. Über die modernen digitalen Kommunikationswege steht es allen Dienststellen der Bundeswehr als zentrale Informationsstelle für Fragen der Suchtprävention zur Verfügung.
- Die Multiplikatorenqualifizierung wird lehrgangsgebunden durchgeführt. Inzwischen steht ein beachtliches Multiplikatorenpotenzial für die weiterführende Ausbildung in der Truppe zur Verfügung.
- Nach wie vor soll auf der Durchführungsebene an den Standorten der Bundeswehr durch die Einrichtung so genannter „Kommunikativer Netzwerke“ eine Verbesserung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und die langfristige Sicherung der Präventionsarbeit erreicht werden.

- Die Internetpräsenz der Bundeswehr zur Suchtprävention (www.suchtpraevention-bundeswehr.de) findet großes Interesse, was durch die Zugriffsdaten und E-Mail-Beiträge bestätigt wird. Mittlerweile hat sich diese Präsenz auch als Beratungsinstrumentarium bewährt.
- Die Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch mit anderen Organisationen, z. B. Bundesgrenzschutz und Polizei, wird weiter ausgebaut.
- Mit der „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht“ hat sich nun auch eine ehrenamtliche Einrichtung innerhalb der Bundeswehr etabliert, die aufgrund ihrer Kompetenz und Akzeptanz in der Bundeswehr zu einem wichtigen Bindeglied zwischen Primär- und Sekundärprävention, insbesondere im Bereich des Alkoholmissbrauchs, geworden ist. Sie arbeitet komplementär mit den Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Militärseelsorgern in der Bundeswehr zusammen. Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht ist auch im Internet unter www.soldatenselbsthilfe-sucht-bundeswehr.de zu erreichen.

2.8. Tabakprävention

2.8.1. Gesundheitsziel: Tabakkonsum senken!

Der Tabakkonsum stellt heute in Deutschland das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. In Deutschland rauchten im Jahr 2000 rund 35% der Erwachsenenbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren. Bei der Gruppe der Jugendlichen unter 18 Jahren ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Raucherzahlen zu verzeichnen. Viele Menschen werden gesundheitlich stark durch das Passivrauchen belastet. Pro Jahr sterben hierzulande mindestens 110.000 Menschen an Erkrankungen, die mit dem Konsum von Tabakwaren zusammenhängen. Damit verursacht der Tabakkonsum in Deutschland jährlich mehr Todesfälle als Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen. Etwa die Hälfte aller regelmäßigen Raucher, die nicht frühzeitig mit dem Rauchen aufhören, stirbt an den Folgen des Tabakkonsums, ein Viertel davon bereits in den mittleren Lebensjahren.

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, den Tabakkonsum in Deutschland zu reduzieren. Zur Erreichung dieses Ziels wird ein nationales Anti-Tabak-Programm entwickelt, das aus abgestimmten Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention („policy mix“) besteht. Eine eingesetzte Arbeitsgruppe hat in diesem Zusammenhang Maßnahmenbereiche identifiziert und diese als Handlungsempfehlung an die Politik formuliert. Die Präventionsbemühungen sollen weiter ausgebaut und gesetzgeberische wie strukturelle Rahmenbedingungen verbessert werden, um den Ausstieg mit Angeboten zur Raucherentwöhnung zu fördern, den Einstieg in das Rauchen bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern und den Schutz vor Passivrauchen zu erhöhen. Hierzu werden neue Aufklärungsmaterialien und Kampagnen ausgearbeitet. Das Maßnahmenpaket wird im Sommer 2003 vorgestellt.

2.8.2. Nichtraucherkampagne „Rauchfrei im Mai 2002“

„Rauchfrei 2002“ hatte zum Ziel, möglichst viele Raucherinnen und Raucher dazu zu bewegen, mindestens vier Wochen lang, vom 1. Mai 2002 an, nicht zu rauchen. „Rauchfrei 2002“ sollte ermutigen, motivieren und vielen, die bereits gescheiterte Aufhörversuche hinter sich haben, helfen, erneut einen Versuch zu unternehmen. Bedeutsam für die Entscheidung des Rauchstopps war auch das Gefühl der Teilnehmer, nicht allein zu sein: Zehntausende machten mit. Die positive Einstellung „Rauchfrei“ konnte von der ganzen Familie, vom Freundeskreis und Kollegen mitgetragen werden, da diese alle – auch als Nichtraucher – mitmachen konnten. Diese Kampagne sprach sowohl Raucher wie Nichtraucher an. Nichtraucher wurden ermutigt, Raucher bei ihrem Vorhaben des Rauchstopps zu unterstützen.

„Rauchfrei 2002“ richtete sich erstmals auch an Jugendliche. Viele von ihnen wollten mit dem Rauchen aufhören und erhielten hier die Gelegenheit. Die Beteiligung der Jugendlichen ist von besonderer Bedeutung, denn das Rauchverhalten bei unter 18-jährigen ist bereits erschreckend hoch. Bis zum 17. Lebensjahr bezeichnen sich etwa 44% aller Jugendlichen als Raucher.

„Rauchfrei 2002“ war aber auch Teil einer ganz besonderen internationalen Nichtraucherkampagne: Über einen Zeitraum von fast 4 Monaten wurde weltweit in fast 100 Länder – von Albanien bis Zimbabwe – die Aktion durchgeführt. Die von der Weltgesundheitsorganisation initiierte internationale Kampagne wurde vom finnischen Public Health Institute in Helsinki koordiniert. Weltweit hatte die Kampagne das Motto „Quit and Win“ und jedes Land erstellte sein eigenes Profil auf nationaler Ebene. Insgesamt wird mit einer Beteiligung von bis zu einer Million Raucherinnen und Raucher gerechnet. Deutschland hat nun zum zweiten Mal an einer internationalen Kampagne dieser Art teilgenommen.

Eine weitere Besonderheit von „Rauchfrei 2002“ war das Zusammenwirken von staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen. An erster Stelle ist hier die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu nennen, ohne deren Förderung die Kampagne nicht realisierbar gewesen wäre. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hatte die Koordinierung der vielfältigen Aktivitäten übernommen, welche von einer Vielzahl medizinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften und freier Verbände durchgeführt wurden. Die meisten von ihnen sind Mitglieder in der Koalition gegen das Rauchen, einer gesundheitspolitischen Initiative vorwiegend von nichtstaatlichen Organisationen.

Der Erfolg dieser Kampagne wird zunächst gemessen an der Teilnehmerzahl. Diese umfasste 90.458 Raucherinnen und Raucher aus dem gesamten Bundesgebiet. Die Beteiligung im Jahr 2002 übertrifft damit um ein Vielfaches das Ergebnis der Nichtraucherkampagne des Jahres 2000: Damals nahmen rund 25.000 Menschen teil.

Der langfristige Erfolg der Kampagne jedoch liegt in der dauerhaften Einhaltung des Nichtrauchens. Diese ist bei der Kampagne im Jahr 2000 in einer Stichprobenbefragung 12 Monate danach überprüft worden. Ein überraschend hoher Prozentsatz von 30% gab an,

seit der Teilnahme an der Kampagne Nichtraucher geblieben zu sein, weitere 6% bezeichneten sich als abstinent, gaben jedoch an, während der vergangenen Monate zwischenzeitlich rückfällig geworden zu sein. Dies ist ein ermutigender Erfolg. Die Teilnehmer der letzten Kampagne waren schon recht erfahren in Ausstiegsversuchen. So gaben fast 90% an, mindestens schon einen Ausstiegsversuch hinter sich zu haben. Ein ähnliches Ergebnis wird bei der Evaluation der diesjährigen Kampagne erwartet.

2.8.3. Nikotinkonsum und soziale Faktoren

Zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland werden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung seit 1980 alle zwei bis fünf Jahre Repräsentativerhebungen durchgeführt. Die nächste Erhebung ist für das Jahr 2003 vorgesehen.

Die letzte Erhebung fand im Jahr 2000 statt. Die zentralen Ergebnissen dieser repräsentativen Erhebung wurden im Drogen- und Suchbericht 2001 ausführlich vorgestellt. Neben der Grundauswertung der Daten wurden zusätzliche Auswertungen zum Zusammenhang von sozialer Schichtzugehörigkeit und Rauchen bzw. Arzneimittelmissbrauch vorgenommen.

Die Prävalenz des Rauchens scheint in erheblichem Ausmaß von sozialen Faktoren, wie dem sozioökonomischen Status, beeinflusst zu werden. Ältere Untersuchungen deuteten bereits an, dass Mitglieder sozial benachteiligter Personengruppen häufiger rauchen und der Ausstieg aus dem Konsum für diese Bevölkerungsgruppen erschwert ist.

Die Auswertung der Repräsentativerhebung zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Gruppenzugehörigkeit und Rauchverhalten.

Je geringer der sozioökonomische Status ist, umso höher ist die Prävalenz für den Tabakkonsum und umso höher ist bei Männern und Frauen der Anteil der Personen, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen. Die meisten Raucher (30-Tage-Prävalenz) findet man in der sozial schwächeren Gruppen (44,7%) und den geringsten in der sozial stärkeren Gruppen (28,4%).

Auffällig ist, dass der leichte Zigarettenkonsum von weniger als 10 Zigaretten pro Tag bei Männern und besonders bei Frauen mit der Höhe des sozioökonomischen Status ansteigt. In der sozial stärkeren Schicht scheint demnach der kontrollierte Konsum („Genussrauchen“) verbreiteter zu sein als in der sozial schwächeren Gruppe. Demgegenüber ist der Anteil der starken Konsumenten in der sozial schwächeren Gruppe mit 55,5% am höchsten und in der sozial stärkeren Gruppe mit 43,6% am niedrigsten.

Bei den Frauen berichten in jeder Schicht mehr Befragte von einem leichten als von einem mittleren oder starken täglichen Konsum. Der Anteil der starken Konsumentinnen liegt durchschnittlich bei 29,6% und ist wie bei den Männern in der sozial schwächeren Gruppe am höchsten (34,4%) und in der sozial stärkeren Gruppe am geringsten (23,3%).

Demgegenüber ist der Anteil der Frauen, die von einem leichten Konsum berichten, in der sozial stärkeren Gruppe mit 58,2% höher als in der sozial schwächeren Gruppe (46,8%). Unter den Nichtrauchern befinden sich in jeder sozialen Gruppe mehr Frauen als Männer. Der Anteil der ehemaligen Raucher ist in der sozial stärkeren Gruppe annähernd doppelt so hoch wie in der sozial schwächeren Gruppe. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, dass es für die Personengruppe mit einem geringeren sozioökonomischen Status mehr Schwierigkeiten gibt, mit dem Rauchen aufzuhören. Obwohl eine große Auswahl an Selbsthilfe- und Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung steht, nehmen nur wenige Raucher Unterstützung bei Aufhörversuchen in Anspruch.

2.9. Suchtmittel und Straßenverkehr

2.9.1. Gesetzliche Maßnahmen

Durch die am 1. April 2001 in Kraft getretene Änderung des Straßenverkehrsgesetzes, nach der die Rechtsfolgen der bisherigen 0,8-Promillegrenze bereits ab 0,5 Promille angewendet werden, wurde der Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkoholeinfluss durch eine angemessene Geldbuße und die Verhängung eines Fahrverbots Rechnung getragen. Das bisherige Nebeneinander der 0,5- und 0,8-Promillegrenze wurde beseitigt und für den Bürger eine verständlichere Regelung eingeführt. Von dieser Neuregelung ging ein deutliches Signal aus, das dem Kraftfahrer die Bedeutung und die Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkoholeinfluss klar vor Augen führt. Nach einer Prognose der Bundesanstalt für Straßenwesen wird der rückläufige Trend bei den Alkoholunfällen auch im Jahr 2002 anhalten. Gegenüber dem Vorjahr sank die Zahl der alkoholbedingten Unfälle mit Personenschaden um rund 3% (2001: 25.690 Unfälle).

Das Führen von Kraftfahrzeugen unter dem Einfluss von Drogen wird seit dem 1. August 1998 als Ordnungswidrigkeit mit 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 Fahrerlaubnisverordnung (FeV) 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. In diesem Projekt werden auch die kurzfristigen Auswirkungen des Bundesverfassungsgericht-Urteils vom 20. Juni 2002 erfasst, nach dem der alleinige einmalige Haschischbesitz und die Weigerung, am Drogenscreening teilzunehmen, ohne weitere Verdachtsmomente nicht als Grund zur Entziehung

der Fahrerlaubnis ausreichen. Die Bundesanstalt führt im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen ein Forschungsprojekt „Cannabis und Verkehrssicherheit“ durch. Von den Ergebnissen des Forschungsvorhabens zu den verkehrssicherheitsrelevanten Folgen des Cannabisgebrauchs werden wichtige Hinweise für die Empfehlung angemessener eignungsdiagnostischer Kriterien für die Begutachtungspraxis erwartet. Darüber hinaus sollen von den Ergebnissen dieses Projekts zur Gewährleistung von Verfassungskonformität und Rechtsgleichheit in der Anwendungspraxis der FeV ggf. juristische Empfehlungen zur Überarbeitung der betreffenden Paragraphen der FeV sowie der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung abgeleitet werden.

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.

2.9.2. Landesmodellprojekt „Peer-Projekt an Fahrschulen“



Unter der fachlichen Begleitung der Landesstelle gegen die Suchtgefahren im Land Sachsen-Anhalt wurde die Projektidee entwickelt, Studentinnen und Studenten als nahezu Gleichaltrige (peers) mit Fahrschülerinnen und -schülern in ein möglichst lebendiges Gespräch zu sogenannten „Trink-Fahr-Konflikten“ zu bringen.

Die These: Mit den peers gelingt ein Austausch unter Gleichaltrigen, der nachdenklich macht und zu Verhaltensmodifikation führt, da die Studentinnen und Studenten altersbedingt noch sehr genau wissen, wovon sie reden.

Ziele des Projektes waren:

1. situationsbezogene „Punktnüchternheit“ bezüglich psychotroper Substanzen,
2. „Entlarvung“ von Gefährdungssituationen,
3. vorwegnehmende Entwicklung von Handlungsalternativen,
4. positive Bewertung eines „erwachsenen“, risikoangepassten Fahrstils und Fahrverhaltens,
5. Reduzierung der Verkehrsunfallzahlen unter Alkoholeinfluss bei jugendlichen Fahrzeugführern,
6. langfristige Senkung der alkoholbedingten Ordnungswidrigkeiten und Straftaten im Straßenverkehr.

Die Studenten („Peer-Education Akteure“) wurden für den Einsatz in den Fahrschulen ausgebildet. Ein Projekt-Beirat, der sich aus Vertretern von Landesorganisationen und -behörden zusammensetzte (Landesstelle gegen die Suchtgefahren, MISTEL/Hochschule Magdeburg-Stendal, DEKRA/Beratungsstelle für Fahreignung, TÜV/Medizinisch- Psychologische Untersuchungsstelle, Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr, Ministerium des Inneren, Technisches Polizeiamt, Fahrlehrerverband, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit u. Soziales, Ministerium für Wohnungswesen, Städtebau u. Verkehr) sollte im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung bei der praktischen Umsetzung des Projektes beraten und Arbeitswege sowie Finanzierungsoptionen eröffnen.



Praktisch umgesetzt wurde das Peer-Projekt im Zeitraum Oktober 2000 bis Juli 2002. Nachdem die Vorlaufphase im Jahr 2000 gezeigt hatte, dass peer-geleiteter „Unterricht“ in der Fahrschulausbildung durchführbar ist, bewies der Projektverlauf im Zeitraum 2001/2002 die Tragfähigkeit der in Sachsen-Anhalt geschaffenen Strukturen. Dank der Unterstützung und Förderung des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt sowie der engagierten Arbeit des Projekt-Beirates konnte seit Beginn der Projektumsetzung das Angebot von Peer-„Unterrichtsstunden“ kontinuierlich aufrechterhalten werden.

14 Studentinnen und Studenten arbeiteten kontinuierlich im Peer-Projekt an Fahrschulen mit. Sie gestalteten ihre Einsätze nach dem von ihnen entwickelten und inzwischen standardisierten Leitfaden. Aus den Landkreisen Schönebeck und Stendal sowie der Landeshauptstadt Magdeburg beteiligten sich 33 Fahrschulunternehmen am Modellprojekt. Rückblickend kann eine „Pilotwirkung“ des Modellprojektes festgestellt werden. Das Peer-Projekt an Fahrschulen hat sowohl im Land Sachsen-Anhalt als auch über dessen Grenzen hinaus große Aufmerksamkeit geweckt. So stehen die in Sachsen-Anhalt geschaffenen Strukturen Modell für Projekte mit Fahrschulen in anderen Bundesländern. Nach Ablauf der Modellphase wurde das Projekt an MISTEL übergeben. Nähere Informationen sowie der Gesamtbericht zum Projekt sind erhältlich bei der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Sachsen-Anhalt.



2.9.3. Plakataktion des Deutschen Verkehrssicherheitsrates e. V.

Der DVR e. V. und seine Mitglieder führen bereits seit 17 Jahren intensive Aufklärungs- und Informationsarbeit zum Thema „Alkohol und Straßenverkehr“ mit Unterstützung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und der gewerblichen Berufsgenossenschaften durch. Als sich Anfang der 90er Jahre herausstellte, dass die Gefährdung der Verkehrssicherheit durch drogenbeeinflusste Kraftfahrer deutlich spürbar zunimmt, wurde die Präventionsarbeit Anfang 1992 um die Themenbereiche „Drogen und Medikamente im Straßenverkehr“ erweitert.

Gemeinsam mit dem Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und vielen anderen Kooperationspartnern wurden zahlreiche Aktionen und Maßnahmen durchgeführt, die sich mit dem Problem „Rauschmittel im Straßenverkehr“ befassen. Darüber hinaus wurden und werden audiovisuelle und Printmedien entwickelt, die zwei grundsätzliche Zielrichtungen haben:

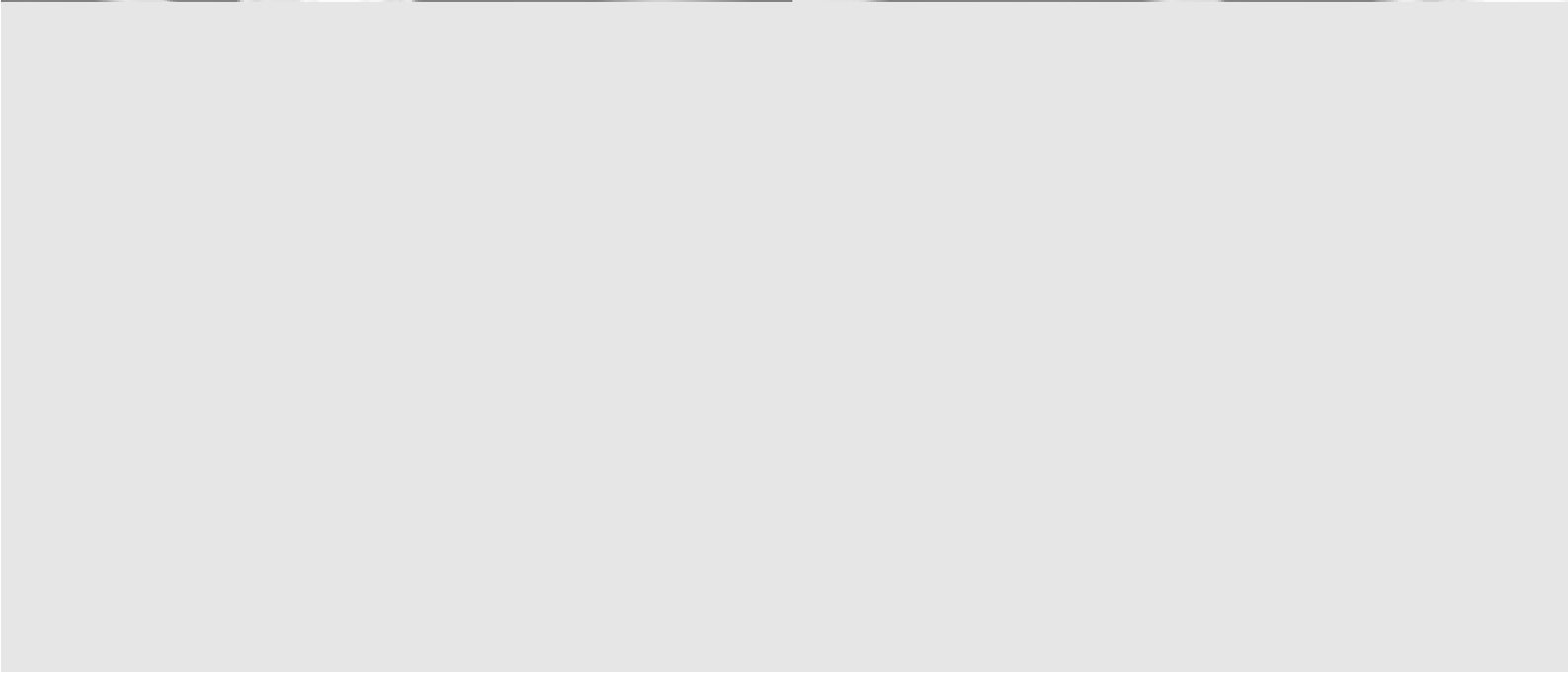
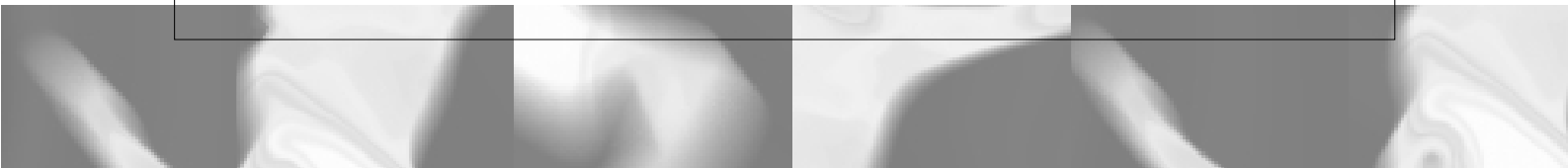
- sie sollen über die physischen, psychischen, gesellschaftlichen und rechtlichen Folgen des Missbrauchs von Alkohol, Drogen und Medikamenten informieren und
- sie sollen die Zielgruppen motivieren, zumindest dann auf den Konsum von Rauschmitteln zu verzichten, wenn sie am Straßenverkehr teilnehmen.



Trotz des generellen Verbots von Drogen am Steuer und der Sanktionierung von folgenlosen „Drogenfahrten“ mit Geldbußen und Fahrverbot, fahren gerade junge Leute im Alter von 18 bis 24 Jahren nach Diskobesuchen und Techno-Veranstaltungen häufig unter Drogeneinfluss Auto. Um auf dieses besondere Verkehrssicherheitsrisiko aufmerksam zu machen, wurden für die besondere Zielgruppenansprache die neuen Plakatmotive „Clean cruisen“ und „Frei sein ohne high sein“ entwickelt.

Der Deutsche Verkehrssicherheitsrat e. V. verfügt über einen umfangreichen Medienpool, der alle Umsetzer in der Jugendarbeit und Jugendhilfe, in Schulen und Betrieben, in der Suchtarbeit usw. bei ihren Informations- und Aufklärungsaktionen zum Thema „Alkohol, Drogen und Medikamente im Straßenverkehr“ unterstützen soll. In einer bemerkenswerten Resonanz haben viele Organisationen und Institutionen auch wieder bei dieser Plakataktion ihr Umsetzungsinteresse bekundet und diese zum Anlass genommen, eigene Veranstaltungen vor Ort zu initiieren und durchzuführen.

3. Behandlung



3. Behandlung

Suchterkrankungen müssen behandelt werden. Die Behandlung von Suchterkrankungen bildet eine weitere Säule der Drogen- und Suchtpolitik. Wie bei der Prävention ist es auch hier wichtig, das Behandlungsangebot möglichst genau auf den suchtkranken Menschen und seine spezielle Lebenslage abzustimmen. Wir haben in Deutschland bereits ein sehr diversifiziertes Angebot, es reicht von der ambulanten Beratungseinrichtung bis hin zur stationären Rehabilitation, wie dieses Kapitel aufzeigt. Die Behandlungsangebote gilt es jedoch laufend den sich verändernden Bedürfnissen suchtkranker Menschen, die sich beispielsweise aufgrund neuer Suchtmittel oder Konsummuster ergeben, anzupassen.

3.1. Projekt „Rauchersprechstunde“

In Deutschland bestehen bisher noch zu wenige Beratungsmöglichkeiten für Raucherinnen und Raucher im Hinblick auf eine Reduzierung bzw. Beendigung des Konsums. Zugleich zeigen Ärzte, Psychologen, Suchttherapeuten, Apotheker und Vertreter anderer Gesundheitsberufe ein deutliches Interesse an neuen Beratungskonzepten und Fortbildungsmaßnahmen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hat daher Beratungskonzepte vorgelegt, die in Zusammenarbeit mit Experten der Raucherentwöhnung entwickelt wurden.

Nichtraucherschutz und Raucherentwöhnung sind nicht erst seit der Änderung der Arbeitsstättenverordnung ein zunehmend beachtetes Problem in Betrieben. Neben allgemeinen Maßnahmen zur innerbetrieblichen Kommunikation und zur Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Einrichtung von rauchfreien Zonen werden in jüngster Zeit in einigen Betrieben Kurzzeitberatungsangebote für Raucher eingerichtet.

Mit dem Projekt „Rauchersprechstunde“, das der Bundesverband der Betriebskrankenkassen im Auftrag des BMGS durchführt, soll die Inanspruchnahme und Umsetzung der standardisierten Raucherberatung nach dem Konzept des DKFZ evaluiert werden. Gegenstände des Projekts sind die Überprüfung der Zielgruppenerreichung sowie die Überprüfung von Effektivität, Wirksamkeit und Nutzen der Rauchersprechstunde. Die Sprechstunde ist als Einzelberatung konzipiert und will eine Lücke schließen zwischen Kurzberatung und intensiven Gruppenprogrammen. Sie richtet sich insbesondere an Raucherinnen und Raucher mit schwerer Tabakabhängigkeit. Durch die auf die jeweilige Motivationslage des Rauchers ausgerichtete Beratung kann möglicherweise der Anteil erfolgreicher Aufhörversuche deutlich erhöht werden.

Für die Durchführung dieser Rauchersprechstunde wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen dem BKK Bundesverband und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte geschlossen. Die Fortbildungsmaßnahmen, die zur Durchführung der Beratung im Sinne der Vereinbarung qualifizieren, werden vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte organisiert. Darüber hinaus können interessierte Betriebs- und Werksärzte an Qualifizierungsangeboten des DKFZ teilnehmen. Das Projekt hat 2002 begonnen und wird Ende 2004 abgeschlossen werden.

3.2. Alkoholentwöhnung

3.2.1. Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen (BZgA-Broschüren)

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.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat deshalb eine Initiative des Fachverbandes Sucht aufgegriffen und in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer den Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ erarbeitet, der im Jahr 2002 herausgegeben wurde. Der Beratungsleitfaden ist mittlerweile an mehr als 20.000 Allgemeinärzten im Bundesgebiet verteilt worden.

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 an Patienten zur Verfügung zu stellen.

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

- risikoarmem Alkoholkonsum
- riskantem Alkoholkonsum
- schädlichem Konsum
- Alkoholabhängigkeit

Zur Unterstützung des ärztlichen Beratungsgespräches sind BZgA-Broschüren „Alles klar? – Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ und „Alkoholfrei leben – Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen“ entwickelt worden, die ebenfalls über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezogen werden können.

Sie fassen die wesentlichen Informationen zum Thema Alkohol zusammen und sollen möglichst im direkten Gespräch an die Patienten weitergegeben werden. Dabei hilft die Broschüre „Alles klar“ zu erkennen, ob ein risikoarmer, riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum vorliegt und zeigt Wege auf, wie riskante Trinkgewohnheiten dauerhaft verändert werden können. Das Heft „Alkoholfrei leben. Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen“ bietet darüber hinaus spezielle Hilfe für Patienten mit missbräuchlichem Alkoholkonsum und Abhängigkeit.

3.2.2. Alkoholentwöhnung in Verbundsystemen (LVA Oldenburg-Bremen)

Das Modellprojekt „EVS“ (Entwöhnung im Verbundsystem), das seit Juni 2000 von der Landesversicherungsanstalt (LVA) Oldenburg-Bremen gemeinsam mit der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg für die Dauer von 3 Jahren durchgeführt wird und im Mai 2003 ausläuft, soll Möglichkeiten neuer Strukturen (kombinierte ambulant-stationäre Behandlungskonzepte) in der Rehabilitation Alkoholabhängigkeitserkrankter und deren Effizienz überprüfen. Das Ziel ist eine strukturelle und fallbezogene Verbesserung der Kooperation und Koordinierung von Maßnahmen innerhalb des Rehabilitationssystems.

In einem Qualitätszirkel, der sich aus Mitarbeitern der LVA, der Universität sowie den Leitenden Ärzten/Therapeuten der beteiligten Modelleinrichtungen zusammensetzt, werden Aufgabendefinitionen und Zuweisungen entwickelt und für die beteiligten Entscheidungsträger Handlungsempfehlungen formuliert, die zur Optimierung der Kooperation zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und ihren Belegungseinrichtungen beitragen. Außerdem werden die Aufgaben des Qualitätszirkels definiert und die Arbeit evaluiert.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse lassen einen erfolgreichen Abschluss des Projektes erwarten. So hat die Umsetzung der Ergebnisse des ersten Forschungsprojektes „Evaluation von Alkoholentwöhnungsmaßnahmen“ im Rahmen der laufenden Pilotphase zu einer Verkürzung der Therapiezeiten im stationären Bereich auf 12 Wochen (vorher 16 Wochen) und im ambulanten Bereich auf etwa 6 Monate (vorher 12 Monate) geführt. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ambulanten Maßnahmen auf 43,5% erhöht (außerhalb von EVS 9,2%). Das Modell ist durch die Aktivitäten der Universität Oldenburg inzwischen bundesweit bekannt und anerkannt. Anfragen anderer Kostenträger hinsichtlich Konzept und Weiterentwicklung von EVS bestätigen dies. Der flexible Leistungsrahmen, der kurzfristige Wechsel der Behandlungsform, die Kooperationsvereinbarung, das Gesamtkonzept sowie die Schnittstellenproblematik sind dabei von großem Interesse.

3.2.3. Suchtfachklinik und ambulante Suchtnachsorge (LVA Brandenburg)

Die Landesversicherungsanstalt (LVA) Brandenburg hat mit einer Suchtfachklinik im Land Brandenburg ein Modellprojekt aufgelegt, wonach diese Suchtfachklinik bereits während der stationären Alkoholentwöhnungsmaßnahme den Rehabilitanden für eine Nachsorgebehandlung nach Abschluss der Entwöhnungsmaßnahme motiviert. Dabei fällt der Suchtfachklinik die Aufgabe zu, die medizinischen und therapeutischen Voraussetzungen beim einzelnen Rehabilitanden zu ermitteln, diesen anzusprechen und zu motivieren, um dann nachfolgend den Kontakt zur Nachsorgeeinrichtung in Wohnortnähe des Rehabilitanden herzustellen. Dieser beginnt dann möglichst nahtlos nach der Entwöhnungsmaßnahme mit der Nachsorgebehandlung. Gestützt auf die Einschätzung der stationären Entwöhnungseinrichtung spricht die LVA Brandenburg eine Bewilligung aus, ohne vorher ihren ärztlichen Dienst einzuschalten. Mit diesem Verfahren soll die Einleitung der Nachsorgemaßnahme, die sich in sehr vielen Fällen als zweckmäßig herausgestellt hat, sehr frühzeitig erfolgen, damit der Rehabilitand seine Therapieerfolge aus der stationären Maßnahme auch nach Entlassung im Alltag aufrecht erhalten und festigen kann.

Die bisherigen Erfahrungen aus diesem Modellprojekt sind so gut, dass eine Erweiterung dieses Verfahrens auf alle Suchteinrichtungen im Land Brandenburg beabsichtigt ist.

3.2.4. Fachklinik Eußerthal (LVA Rheinland-Pfalz)

Um Möglichkeiten der Frühintervention bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen zu erproben, wurde seit 1999 ein Modell „Reha-Abklärung“ in Zusammenarbeit von Fachklinik Eußerthal, gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und der Landesversicherungsanstalt (LVA) Rheinland-Pfalz entwickelt. Das Modell sieht in enger Kooperation zwischen der Fachklinik, einem Großbetrieb in Ludwigshafen, einem Akutkrankenhaus in der Südpfalz und niedergelassenen Ärzten vor, Abhängigkeitskranke nach kurzer Akutbehandlung zur diagnostischen Abklärung und Kurzintervention in die Fachklinik Eußerthal einzuweisen. Das Angebot versteht sich als eine Brücke zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation. Das Programm der „Reha-Abklärung“ ist auf maximal 24 Tage angelegt, hinsichtlich der Aufenthaltsdauer jedoch flexibel und abgestuft. Nach der ersten Klärung und Indikationsstellung stehen bei Teilnahme an der Kurzintervention Motivationsförderung, Reha-Abklärung und Reha-Vorbereitung im Vordergrund. Die Angebote sind in einem tagesstrukturierenden Wochenplan integriert. Die Patienten der Reha-Abklärung werden umfassend über das vorhandene Spektrum an Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten informiert. Aufgrund der diagnostischen Befunde und der erreichten Motivationslage wird ein Vorschlag für nachfolgende suchtspezifische Maßnahmen unterbreitet. Weiterhin werden die notwendigen Kontakte zu Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Reha-Einrichtungen hergestellt. Bei der Überleitung in eine ambulante oder stationäre Rehabilitation soll eine

schnelle Antragstellung und eine möglichst nahtlose Übernahme erfolgen. Der Transfer in weiterführende Maßnahmen oder die Beendigung der Maßnahme ist zu jedem Zeitpunkt möglich.

Gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 ist Leistungsträger der Reha-Abklärungsphase die Krankenversicherung, Leistungsträger der Entwöhnungsbehandlung die Rentenversicherung. Beide Leistungsträger ermöglichen nahtlose Übergänge durch ein spezielles abgestimmtes Entscheidungsverfahren.

Mit der probeweisen Umsetzung des Modells wurde Anfang des Jahres 2002 begonnen. Das Angebot in der Fachklinik Eußerthal soll sukzessive auf maximal 13 Plätze ausgebaut werden. Eine Evaluation des Modells ist im Rahmen der Klinikevaluation (Basisdokumentation und Katamnesen) gewährleistet.

3.3. Frühintervention bei suchtgefährdeten Jugendlichen

3.3.1. Raucherentwöhnungsprogramm „Just Be Smokefree“



„Just Be Smokefree“ ist ein Programm zur Raucherentwöhnung für Jugendliche und junge Erwachsene. Zielgruppe des Programms sind Jugendliche ab einem Alter von 14 Jahren und junge Erwachsene bis zu einem Alter von ca. 25 Jahren. Das Programm enthält spezifische Komponenten für Raucher, die noch nicht daran denken, das Rauchen einzustellen, und solche, die bereits Überlegungen bzw. konkrete Handlungen zum Rauchverzicht eingeleitet haben. Darüber hinaus beinhaltet das Programm Komponenten zur Rückfallprävention. Die Teilnehmer werden sowohl auf individueller als auch auf Gruppenebene angesprochen und können sich nicht nur allein, sondern auch mit einem unterstützenden Paten bzw. im Team anmelden. Durch diese unterschiedlichen Möglichkeiten einer Teilnahme wird es auch möglich, das Programm unter verschiedenen Bedingungen durchzuführen (z. B. im Klassenverband, als Einzelperson oder zusammen mit Freunden). Als Paten können neben Freunden auch Kinder- und Jugendärzte, Drogenberatungslehrkräfte und selbstverständlich auch Eltern herangezogen werden. Die Teilnehmer erhalten nach der Anmeldung umfangreiche Materialien zur Raucherentwöhnung. Als besonderen Anreiz für die Teilnahme an „Just be Smokefree“ werden pro Jahr insgesamt dreimal Geldpreise in Höhe von bis zu 1.000 € unter den erfolgreichen Teilnehmern ausgelobt. Initiator und Organisator von „Just be Smokefree“ ist das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord). Das Programm wird von der Europäischen Kommission im Rahmen des Aktionsplanes „Europa gegen den Krebs“, der Deutschen Krebshilfe und der DAK gefördert und in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte durchgeführt.

In der Zeit von April bis Dezember 2002 haben sich 1.359 Personen (Durchschnittsalter 21,9 Jahre) für das Programm angemeldet. Zusätzlich haben sich im gleichen Zeitraum



knapp 2000 Personen mit Hilfe der auf der Kampagnenseite www.justbesmokefree.de zur Verfügung stehenden Materialien intensiv mit ihrem Rauchverhalten auseinandergesetzt. Von den angemeldeten Personen gaben 85,6% an, tägliche Raucher zu sein. Von den Teilnehmern haben 81,4% bereits mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, und 92,3% der Teilnehmer gaben an, es sei „sehr wichtig“ oder „wichtig“, mit dem Rauchen aufzuhören. Allerdings gaben nur 66,4% an, auch zuversichtlich zu sein, mit dem Rauchen tatsächlich aufhören zu können. Eine Teilstichprobe von 145 Jugendlichen (10,7% der angemeldeten Personen) hat eine Rückmeldung zum Programm gegeben. Insgesamt wird das Programm positiv beurteilt: 85,2% attestieren „Just be Smokefree“ die Schulnote „sehr gut“ oder „gut“. Eine Evaluation des Programms mit einer Kontaktierung und Nachuntersuchung aller Teilnehmer des Jahres 2002 wird im Sommer 2003 abgeschlossen sein.

3.3.2. DHS-Manual für die stationäre Jugendhilfe

In Zusammenarbeit mit der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ein Manual für die stationäre Jugendhilfe erstellt.

Fachkräfte aus Einrichtungen der Jugendhilfe werden zunehmend mit Jugendlichen konfrontiert, die Suchtmittel konsumieren, ausprobieren und mit ihnen experimentieren, sie missbrauchen oder gar abhängig sind. In den Einrichtungen kann darauf mit suchtpreventiven Maßnahmen reagiert werden bzw. muss eine adäquate Hilfe angeboten werden, entsprechend der Fürsorge-, Aufsichts- und Erziehungspflichten.

Das Manual bietet Fachkräften der Jugendhilfe Anregungen und Handwerkszeug, die persönliche Kompetenz auszubilden und zu stärken, gemeinsam einrichtungsinterne Handlungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Mit dem Manual bieten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Arbeitsfeldes Suchtprävention denen des Arbeitsfeldes Jugendhilfe die wichtigsten Fachinformationen, Handlungsorientierungen und Hinweise auf besondere Probleme sowie deren Lösungsmöglichkeiten an. Mit dieser von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Publikation beabsichtigen die Herausgeber die Unsicherheit im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden und abhängigen Jugendlichen abzubauen und eine adäquate Hilfe zu fördern.

3.3.3. Modellprojekt „Designerdrogen-Sprechstunde“



Die „Designerdrogen-Sprechstunde“ in Rostock ist ein Modellprojekt, das durch Projektförderung vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern sowie dem Jugend- und Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock finanziert wird, und im Dezember 1998 eröffnet wurde. Das Projekt wendet sich im Sinne der Sekundärprävention an drogenkonsumierende Kinder, Jugendliche, Heranwachsende und ihre Erziehungs- und Bezugspersonen. Unter dem Dach einer medizinischen Sprechstunde ist ein integriertes sozialmedizinisches diagnostisches Angebot entstanden. Die gemeinsame Berücksichtigung medizinisch-biologischer, sozialmedizinischer, psychologischer und sozialpädagogischer Parameter ermöglicht eine differenzierte Erfassung der Ist-Situation und eine darauf aufbauende fundierte Beratung der Betroffenen und ihres Umfeldes. Ziel dieses Projektes ist eine effektive Nutzung des vorhandenen Leistungsangebotes bzw. der bestehenden Rechtsansprüche auf Therapien und Hilfen zur Lösung der vorhandenen Probleme.

Das Angebot der „Designerdrogen-Sprechstunde“ wurde seit Bestehen von 434 Drogenkonsumenten im Alter zwischen 12 und 26 Jahren in Anspruch genommen, wobei die Eigenmotivation zur Vorstellung an erster Stelle steht. In Abhängigkeit von ihren persönlichen Bedürfnissen suchten gut zwei Drittel aller Klienten den Arzt und fast die Hälfte der Klienten den Psychologen bzw. die Sozialarbeiterin auf. Der hohe Anteil der Inanspruchnahme des ärztlich-diagnostischen Angebotes zeigt deutlich, dass die Sorge um eine eventuelle Gesundheitsschädigung auf Grund des Drogenkonsums bei einer Vielzahl der Klienten vorhanden ist. Im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik ist eine hohe Belastung mit komorbiden kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern zu beobachten. Bei den körperlichen Untersuchungen konnten vielfach leichte pathologische Veränderungen festgestellt werden. Auch die Ergebnisse der Blut- und Urinuntersuchungen zeigten, dass viele Klienten Abweichungen von den Normwerten aufwiesen.

Im Rahmen der psychologischen Diagnostik ist die Bereitschaft zur Durchführung eines Konzentrationstestes hoch, da die nachlassende Konzentrationsfähigkeit eine der am häufigsten geäußerten Beschwerden im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ist. Die Klienten zeigten im Vergleich zu nicht drogenkonsumierenden Jugendlichen sowohl bei der Mengenleistung als auch bei der Genauigkeit schlechtere Ergebnisse.

Zentrales Element in der Sprechstunde ist darüber hinaus die sozialpädagogisch-sozialarbeiterische Kompetenz als Schnittstelle zum Versorgungssystem der Jugendhilfe. 47 Klienten konnten in eine Entgiftungsbehandlung vermittelt werden, von denen 41 Klienten diese regulär beendeten. 35 Klienten begannen zusätzlich auch eine Entwöhnungstherapie. Ziel des Projektes ist es, den Modellcharakter der „Designerdrogen-Sprechstunde“ in ein Regelangebot im Versorgungsbereich der Krankenkassen und Jugendhilfe umzuwandeln.



3.3.4. Drogenambulanz im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Die Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien (DAA) besteht seit 1999. Die Institutsambulanz ist eine Einrichtung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im UKE.

Das Behandlungsangebot der Ambulanz zielt auf das gesamte Spektrum psychischer Störungen (emotionale Störungen des Kindesalters, Störung sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend, affektive Störung, Angststörung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, neurotische Störung, Störung des Sozialverhaltens, drogeninduzierte psychotische Störung, Schizophrenie u. a.) bei drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum 26. Lebensjahr.

Die individuelle Behandlungsplanung wird vor dem Hintergrund einer gründlichen Eingangsdiagnostik vorgenommen, bei der (sucht-)psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychologische, soziale und medizinische Untersuchungsmethoden herangezogen werden. Aus den Ergebnissen der Eingangsdiagnostik werden die differentielle und adaptive Behandlungsindikation abgeleitet.

Die Ziele der ambulanten Behandlung sind eine Reduktion des Drogenkonsums und eine Heilung bzw. Besserung der begleitenden psychischen Störung. Außerdem werden die Vermeidung oder Verkürzung von stationärer Behandlung und, falls indiziert, eine möglichst optimale Vorbereitung auf die stationäre Therapie sowie eine qualifizierte Behandlung im Anschluss an eine stationäre Therapie sicher gestellt.

Der Zugang erfolgt über eine offene Sprechstunde. Ein unmittelbarer Therapiebeginn wird gewährleistet. Die Hauptüberweiser an die DAA sind niedergelassene Ärzte, Drogenberatungs- und Behandlungsstellen sowie Selbstanmelder.

In der DAA sind folgende spezielle Behandlungs-Settings eingeführt: Einzel- und Familientherapie, spezifische Gruppentherapien für Patienten mit (a) sozialen Ängsten, (b) Opiatabhängigkeit plus komorbide psychische Störung, (c) Cannabisabhängigkeit plus komorbide psychische Störung, (d) Abhängigkeit von so genannten „Partydrogen“ plus komorbide psychische Störung.

Das psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsangebot richtet sich an drogenmissbrauchende Patienten mit einer drogeninduzierten psychotischen Störung, Hirnleistungsstörung, schweren Angststörung, affektiven Störung und hyperkinetischen Störung. Neben der Behandlung mit Psychopharmaka werden sozialpsychiatrische Hilfestellungen gegeben.

Jährlich werden in der DAA 600–800 Behandlungsfälle dokumentiert. Etwa die Hälfte der Patienten wird über zwei Quartale und zu 10% über drei Quartale therapiert. In Zweidrittel aller Fälle wird ein sehr guter (Abstinenz plus Heilung bzw. Minderung der psychischen Störung) bzw. zufriedenstellender (Rückgang von Drogenmissbrauch und psychischen Beschwerden) Behandlungserfolg erzielt.

Die Behandlungsangebote der DAA wurden seit 1995 in verschiedenen UKE-Forschungsprojekten, die durch das Bundesministerium für Bildung, Forschung und Technologie (BMBF) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurden, erprobt und weiterentwickelt. Es wurde belegt, dass die Früherkennung und Frühintervention bei drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit komorbiden Störungen eine sehr effektive Behandlungsmethode ist. Die Erfolgsquoten sind annähernd doppelt so hoch wie bei einer Drogentherapie, die erst nach einer langjährigen Drogenabhängigkeit durchgeführt wird.

Weitere Angaben zum Konzept und zu Forschungsprojekten der DAA sind auf der Homepage abrufbar: www.uke.uni-hamburg.de/drogenambulanz.



3.3.5. Fachklinik für suchtkranke Jugendliche „Haus Weitenau“

Haus Weitenau im südbadischen Steinen wurde 1972 als Fachklinik für suchtkranke Jugendliche im Alter von 16 bis 21 Jahren gegründet. Mit dem Entstehen einer neuen Drogenszene, in der vor allem mit einer wechselnden Mischung aus Haschisch, Aufputzmitteln, Alkohol etc. experimentiert wurde, und mit dem stärkeren Missbrauch von so genannten „Designerdrogen“ stieg die Anzahl der behandelten Jugendlichen in den letzten 5 Jahren signifikant.

Aus diesem akuten Bedarf heraus hat sich in den letzten Jahren eine eigene Jugendabteilung entwickelt. Ähnliche Einrichtungen gibt es bereits seit vielen Jahren in den Ballungsgebieten Berlin, Hamburg, Frankfurt etc.. Besonderheiten im Angebot für diese Gruppe sind: Der frühe und intensive Einbezug der Familie, ein eigener Wohnbereich, Schule, speziell ausgebildetes Personal, besondere psychotherapeutische Angebote durch Soziometrie und Psychodrama, vermehrte erlebnispädagogische Aktivitäten und eine starke Vernetzung mit der Jugend- und Drogenhilfe in den Heimatorten. Haus Weitenau ist damit die einzige Einrichtung in Baden-Württemberg, die sich dieser Gruppe im Alter zwischen 16 und ca. 21 Jahren speziell zuwendet. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen nun, dass eine stationäre Entwöhnungsbehandlung für diese Altersgruppe sehr wohl ein attraktiver Weg aus der Abhängigkeit heraus sein kann.

Mit jedem Jahr konnte die Jugendabteilung besser ausgebaut werden.

Die Ergebnisse sind:

- eine ansteigende Zahl von regulären Therapieabschlüssen,
- jährlich mehr erfolgreiche Hauptschulabschlüsse,
- eine ansteigende Zahl von Vermittlungen in Lehrstellen oder auf Arbeitsplätze,
- immer mehr Eltern, die mit dem Therapeutenteam kooperieren,
- positive Rückmeldungen in den Katamnesen und
- eine steigende Akzeptanz durch die Drogenberatungsstellen und Jugendhilfeeinrichtungen.





Auch die Leistungs- und Kostenträger (BfA, LVA, Krankenkassen, Jugendhilfe, etc.) nutzen dieses Angebot. Ob eine zweite Gruppe mit weiteren 12 Plätzen eröffnet werden muss, ist heute noch nicht abzusehen. Bei einem weiteren Anhalten dieser Entwicklung müssen aber in den Heimorten entsprechende betreute Wohngemeinschaften für Jugendliche entstehen, um direkt im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung das Erreichte zu sichern. Der schnelle Wandel der Drogenszenen macht ein flexibles Reagieren auf der Angebotsseite notwendig.

3.3.6. EXKURS: Behandlung von ADHS mit Methylphenidat

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) ist keine „Modeerkrankung“, sondern kann bei 2–6% v. a. der Kinder und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen, auftreten. Es handelt sich hierbei um ein komplexes Krankheitsbild, das nach derzeitigem Stand der medizinischen Wissenschaft durch Störungen in der Informationsverarbeitung des Gehirns (Dopaminstoffwechsel) verursacht wird. Die Diagnose erfordert besondere Sorgfalt und fachspezifische Kenntnisse, um andere Ursachen (organische Schäden, Störungen im Sozialverhalten, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung, aktuelle Lebensbelastungen) auszuschließen.

Methylphenidat ist nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft für die Behandlung des ADHS geeignet. Dabei sind in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland spürbare Fortschritte erzielt worden, die für viele Patienten und ihre Angehörigen z.T. gravierende positive Auswirkungen auf das tägliche Leben mit sich gebracht haben. Diese Fortschritte sind zu begrüßen.

Es besteht national und international in Fachkreisen Übereinstimmung, dass der Einsatz von Methylphenidat nur im Rahmen einer multimodalen Therapie sinnvoll ist, die neben einer sorgfältigen Diagnose auch die Beratung der Eltern und Angehörigen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen der Patienten einbezieht. Folgerichtig enthalten auch die Fachinformationen für die Fertigarzneimittel Ritalin, und Medikinet, einen entsprechenden Hinweis.

Methylphenidat wirkt amphetaminartig und führt letztlich zu einer Konzentrationserhöhung von Dopamin im Gehirn. Dies wird als Voraussetzung und Predictor für das Missbrauchspotenzial von Substanzen angesehen. Aus diesem Grund wurde Methylphenidat den internationalen Suchtstoffübereinkommen unterstellt und fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Das reale Ausmaß des Missbrauchs ist jedoch derzeit niedriger, als es die Substanzeigenschaften vermuten lassen. Unter den Bedingungen einer qualifizierten multimodalen Therapie des ADHS besteht offensichtlich nicht die Gefahr, dass die Patienten einem erhöhten Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko ausgesetzt sind. Allerdings sind eine Reihe wissenschaftlicher Fragestellungen, wie die der Langzeitwirkung von Methylphenidat, noch unbefriedigend beantwortet.

Nach ersten Untersuchungen von Verordnungsdaten und sich häufenden Einzelberichten muss vermutet werden, dass bei der Anwendung von Arzneimitteln mit Methylphenidat der Stand der medizinischen Wissenschaft nicht immer ausreichend Beachtung findet. Das äußert sich beispielsweise in den Fachrichtungen der verschreibenden Ärzte. So sind nach verschiedenen Erhebungen an den Verschreibungen für Methylphenidat unterschiedliche Fachärzte beteiligt, bei denen eine entsprechende Qualifikation zur Diagnose und Therapie dieses komplexen Krankheitsbildes nicht immer von vornherein vorausgesetzt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist die Verbrauchsentwicklung von Methylphenidat, die von 1993 bis 2001 auf das 20-fache von 34 kg auf 639 kg angestiegen ist und sich in den beiden letzten Jahren in etwa 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 Deutschland auszugehen ist, widerspricht nicht der Frage, ob gleichzeitig Fehlverordnungen vorliegen.

Ausgehend von der in der Literatur diskutierten Prävalenz des ADHS ist ein weiterer Verbrauchsanstieg bei Methylphenidat in der Bundesrepublik Deutschland zu erwarten. Gerade deshalb ist es notwendig, alle erforderlichen Anstrengungen zu unternehmen, damit bei der Anwendung dieses hochpotenten Wirkstoffs die nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft zu beachtenden Standards eingehalten werden.

Dazu wurden eine Reihe konkreter Arbeitsschritte mit folgenden Zielen eingeleitet:

- 1) Formulierung fachspezifischer Mindestanforderungen als Voraussetzung für die Erstverschreibung von Methylphenidat in Abstimmung mit der Bundesärztekammer,
- 2) Erarbeitung abgestimmter Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des ADHS in Abstimmung mit der Bundesärztekammer,
- 3) Aufbau einer systematischen Analyse der Verordnungsdaten über Methylphenidat auch in Korrelation mit den Indikationenstellungen,
- 4) Einbeziehung der Bestimmung der Prävalenz des ADHS in den vom Robert-Koch -Institut vorbereiteten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey sowie
- 5) Aufbau kooperierender Versorgungsstrukturen (Kompetenznetzwerke ADHS).

Die bislang veröffentlichten Leitlinien (z. B. der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte) geben bei aller Übereinstimmung in den Grundfragen in wichtigen Details (z. B. hinsichtlich des Einsatzes von Stimulanzien) den Ärzten durchaus unterschiedliche Orientierungen. Die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) ist deshalb gebeten worden, ein Leitlinien-Clearing-Verfahren mit dem Ziel einzuleiten, einheitliche Leitlinien zur Diagnose und Therapie des ADHS zur Verfügung zu stellen.

Die Auswertungen der Analyse der Verordnungsdaten verschiedener Versichertenproben werden zur Zeit vorgenommen. Die Ergebnisse werden zeigen, welche weiteren Maßnahmen gegebenenfalls zu ergreifen sind.

3.4. Suchtselbsthilfe

3.4.1. Funktion der Suchtselbsthilfe

Die Aktivitäten der Suchtselbsthilfe stellen eine wesentliche Ergänzung des Suchthilfesystems dar. Die eigenständige Qualität von Selbsthilfe liegt vor allem in der gemeinsamen Betroffenheit der Beteiligten und in deren Möglichkeit, sich auszutauschen und selbst aktiv zu werden. Selbsthilfegruppen bieten den Abhängigen emotionale Unterstützung und sozialen Rückhalt. Betroffene und ihre Angehörigen erhalten hier wichtige Informationen. Gleichzeitig bieten sich Selbsthilfeorganisationen auch als Vermittler zwischen Ärzten und Patienten an. Betroffene finden hier Verständnis, Zuspruch und damit ein Stück Selbstvertrauen. Wer sich in einer Selbsthilfegruppe engagiert, verbessert die Voraussetzungen, das eigene Leben wieder selbstständig und unabhängig gestalten zu können. Nicht selten entstehen durch die unterstützende Begleitung einer Selbsthilfegruppe neue Lebensperspektiven.

Darüber hinaus initiiert die Selbsthilfebewegung Projekte, die dazu beitragen, dass sich die Selbsthilfe neuen Feldern öffnet und innovative Ideen in die Selbsthilfelandschaft getragen werden. Die folgenden vier Projekte der Suchtselbsthilfeverbände „Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e. V.“, „Kreuzbund e. V.“, „Blaues Kreuz in Deutschland e. V.“, „Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V.“ und „Guttempler e. V.“ wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert.



3.4.2. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e. V. und Kreuzbund e. V. „Rückfall in der Suchtselbsthilfegruppe“

Die Bundesverbände Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e. V. und Kreuzbund e. V. führten gemeinsam das Projekt „Der Rückfall in der Sucht-Selbsthilfe – ein Trainingsprogramm zur Rückfallbearbeitung und Rückfallprävention in der Sucht-Selbsthilfe“ durch (1999–2002). Ausgangspunkt für die Durchführung des Projektes war die Erfahrung, dass die Rückfallproblematik immer noch zu den großen Tabuthemen in der Selbsthilfe gehört.

Wenn es zum Rückfall kommt, wird i. d. R. nicht angemessen reagiert. Es mangelt an geeigneten Handlungsstrategien.

Das Projekt hatte vier Projektziele:

- Erarbeiten und Erlernen eines „natürlichen“, vorurteilsfreien, angemessenen und hilfreichen Umgangs mit Rückfälligen in der Sucht-Selbsthilfegruppe durch Ehrenamtliche; rationales Erlernen der verschiedenen Formen, Phasen und Nuancen des Rückfalls; Erörterung möglicher Hintergründe und Ursachen
- Emotionale Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten, Vorbehalten, Schuld- und Schamgefühlen – Vorfeldüberlegungen zur Fragestellung „Wie kündigt sich ein Rückfall an? Was passiert beim Rückfall?“

- Evaluierung und Entwicklung von Möglichkeiten der Rückfallbearbeitung in der Gruppe mittels eines spezifischen Trainingsprogramms
- Evaluierung und Entwicklung von Möglichkeiten der Rückfallprävention durch die Gruppe



Begleitet wurde das Projekt durch eine Projektsteuerungsgruppe, besetzt mit Mitgliedern aus Gruppen des Kreuzbundes und der Freundeskreise, sowie den beiden Trainerinnen, die die Projektseminare durchgeführt haben.

Die Projektsteuerungsgruppe hat das Projekt begleitet, die entsprechenden Fragebögen mitentwickelt, die Seminarinhalte festgelegt und ausgewertet.

Eine Stichprobenbefragung in je 500 Gruppen der beiden Verbände zeigte, dass Rückfälle in der Gruppe „Alltagsrealität“ sind. Die Helferinnen und Helfer verhalten sich häufig sehr emotional und fühlen sich (allein) verantwortlich. Die Gruppe wird zu wenig einbezogen. Es fehlen Informationen und Notfallmaßnahmen.

An jeweils drei Wochenenden in 2000 und 2001 erarbeiteten insgesamt 42 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Suchtkranke und Angehörige) in zwei verschiedenen Seminargruppen unter Leitung und Moderation der beiden Trainerinnen die vier zuvor genannten Projektziele.

Das Projekt schloss ab mit einem gemeinsamen Seminar beider Trainingsgruppen. Hier stand insbesondere die Aufgabe von Multiplikatoren im Mittelpunkt, die von den Teilnehmern des Projektes auf Gruppen-, Landes- und Bundesebene wahrgenommen werden soll. Die Erkenntnisse und Erfahrungen dieser Seminare bildeten die Grundlage für ein zu entwickelndes „Handbuch für Selbsthilfe-Gruppen“. Neben theoretischen Beiträgen zum Thema Rückfall sind in einem Kapitel: „Rückfall“-Arbeitsblätter praxisnahe Arbeitseinheiten zugeordnet, die für die Gruppenarbeit genutzt werden können.

3.4.3. Blaues Kreuz in Deutschland e. V. und Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V. „Verbesserung der aufsuchenden Hilfe“



Das Projekt „Die Isolation Suchtkranker überwinden – Verbesserung der aufsuchenden Hilfe bei Abhängigkeitskranken durch die Sucht-Selbsthilfe“ wurde von den Selbsthilfeverbänden Blaues Kreuz in Deutschland e. V. und Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V. entwickelt, weil ältere und aktuelle Studien nachweisen, dass nur ca. 7–10% der Suchtkranken durch das vorhandene Hilfesystem erreicht werden. In der Suchtkrankenhilfe hat sich überwiegend die „Kommstruktur“ durchgesetzt, durch die bestimmte Personengruppen aber nicht erreicht werden.

Die zwei Selbsthilfeverbände haben sich mit dem Projekt die Aufgabe gestellt, modellhaft in ihren Verbänden die Durchführung von Hausbesuchen neben der Kommstruktur neu zu etablieren. Zu diesem Zweck wurden gezielte Bildungsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe entwickelt.



BEWERTUNG DES PROJEKTS:

- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bildungsangebote brachten Vorerfahrungen aus der Sucht-Selbsthilfe mit, was sich auf den Lernprozess äußerst positiv auswirkte.
- Mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer signalisierten anfangs Widerstände gegen das Projekt, weil sie fehlende Motivation auf Seiten der Suchtkranken befürchteten und Hausbesuche, auf die die Suchtkranken nicht vorbereitet sind, für problematisch hielten.
- Im Laufe des Projekts konnten alle Widerstände abgebaut werden. Mehr als 95% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer signalisierten, sie könnten sich gut vorstellen, demnächst Hausbesuche an ihrem Ort anzubieten.
- Wichtig schien allen Beteiligten zu sein, dass vor Ort ein tragfähiges Beziehungsgeflecht zwischen der professionellen Suchthilfe, den Ärzten, den Krankenhäusern und der Sucht-Selbsthilfe aufgebaut wird.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht-Selbsthilfe, die Hausbesuche anbieten, sollten nur zu zweit die Hausbesuche durchführen und sich regelmäßig treffen, um sich in den Fallbesprechungen und einer Art Praxisbegleitung Hilfe und persönliche Entlastung zu holen.
- Auch wenn die abschließende Gesamtbewertung für das Projekt noch aussteht, so ist festzuhalten, dass dieses Projekt der Suchtselbsthilfe gutes Handwerkszeug an die Hand gegeben hat. Es hat vielerorts schon großes Interesse hervorgerufen.
- Die Ergebnisse der Erhebungen stoßen auf großes Interesse. Das Arbeitsmaterial wird aufbereitet und soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Projekts und anderen Interessenten zur Verfügung stehen. Es gibt bereits Nachfolgeprojekte in Berlin-Brandenburg, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen.
- Die Dokumentation wird mit allen Ergebnissen und Erfahrungen anderen Anbietern in der Suchthilfe zur Verfügung stehen.



3.4.4. Guttempler e. V. „Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung“

Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung stehen häufig in enger Wechselbeziehung zueinander, bedingen oder verstärken sich gegenseitig. Die ausdrückliche Thematisierung der mit Arbeitslosigkeit (oder drohender Arbeitslosigkeit) verbundenen Gefühle von Schuld und Scham, von Machtlosigkeit und Resignation wird in der Sucht-Selbsthilfe i. d. R. nicht praktiziert. Diese Gefühle von Ohnmacht und Perspektivlosigkeit können vorhandene problematische Konsummuster verstärken. Die Vernetzung und Kooperation von beteiligten professionellen und ehrenamtlichen Stellen und Angeboten ist auch im Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung stark verbesserungsfähig, will man adäquate Hilfen für die betroffenen Menschen schaffen. Im Projekt waren Hauptanliegen:

- Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Sucht in der Suchtselbsthilfe zu erkennen und zu benennen,
- ehrenamtliche Kräfte zu befähigen, die Thematik und Problematik zu transportieren und in die Angebote der Sucht-Selbsthilfe einzubeziehen,
- Kooperationsmodelle zu entwickeln sowie
- Arbeitshilfen für die Sucht-Selbsthilfe zu entwickeln, um dieser Thematik angemessen zu begegnen.



Im Projektverlauf wurden entwickelt und erprobt:

- Kooperationsmodelle zwischen Sucht-Selbsthilfe, Beratungsstellen, Fachkliniken, Arbeitsämtern und anderen beteiligten Einrichtungen;
- Trainingsprogramme für ehrenamtliche Kräfte zur Sensibilisierung und zum Umgang mit der Thematik sowie zur verbesserten Aufarbeitung von „krisenhaften Lebenssituationen“;
- Materialien zur Sensibilisierung der beteiligten Stellen innerhalb und außerhalb der Sucht-Selbsthilfe (Vortrag, Kontaktmöglichkeiten, Pressearbeit etc.).

Es wurden Fachtagungen, Schulungen ehrenamtlicher Multiplikatoren und Aktionstage in verschiedenen Bundesländern mit öffentlichen Informationsveranstaltungen durchgeführt. Darüber hinaus entwickeln sich auch nach Projektende wichtige Kooperationen, in denen die „Betroffenen-Kompetenz“ der Suchtselbsthilfe großes Gewicht hat.

3.4.5. Guttempler e. V. „Kinder aus suchtblasteten Familien“

In Selbsthilfe- und Abstinenzgruppen ist die Einbeziehung der Angehörigen in die Aufarbeitung der Suchtproblematik ein wichtiger Grundsatz. Auch wenn in der Praxis häufig noch Hemmschwellen zu verzeichnen sind, können Partnerinnen und Partner von Suchtmittelabhängigen in Selbsthilfegruppen ihre eigene Problematik einbringen und aufarbeiten. Ganz besonders schwierig scheint es aber, Kinder aus suchtblasteten Familien in den Selbsthilfeprozess zu integrieren und ihre Belange zu berücksichtigen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Sucht als Familienkrankheit zu verstehen ist, fokussierten die Projekte die Zielgruppe der „vergessenen Kinder“. Wichtig ist es, Kinder aus suchtblasteten Familien nicht als zwangsläufig therapiebedürftig anzusehen, sondern zu verdeutlichen, dass eine große Chance für Eltern und Kinder gegeben ist, wenn bei der Aufarbeitung der Suchtproblematik die Kinder mit auf den Weg genommen werden.



In den Projekten wurden Arbeitshilfen und Anregungen entwickelt, die

- den Erstkontakt ermöglichen (Faltblatt);
- methodische und fachliche Hilfen für eine Kinderbetreuung, z. B. während des Gruppenbesuchs der Eltern, bereitstellen (Leitfaden);



- die thematische Erarbeitung des Themenkomplexes „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ in einer Selbsthilfe-Gruppe ermöglichen und Gruppenabende gestalten helfen (Begleitheft zum Video-Film „Nichts für Kinder“, verschiedene Informationsmaterialien);
- Anregungen und Methoden für die Durchführung von Seminaren (Familienseminare, Multiplikatoren-Seminare) bereitstellen.

Wichtig war es, die freiwilligen Helferinnen und Helfer zu befähigen, sensibel und offen mit der Thematik umzugehen, die Betroffenheit der Kinder anzusprechen und gleichzeitig Hilfen anzubieten. Ziel muss sein, die Erfahrungen und Beeinflussungen von Kindern im suchtkranken Familiensystem benennen zu können, ohne in Schuld- und Schamgefühlen gegenüber den Kindern oder in leidvollen Erfahrungen der eigenen belasteten Kindheit zu versinken. Das Durchbrechen des Tabus kann helfen, in der Aufarbeitung der Suchtproblematik die Bedürfnisse der Kinder zu beachten und sie in ihrer weiteren Entwicklung positiv zu stärken, damit das gesamte Familiensystem gesunden kann.

Die Guttempler in Deutschland führen mittlerweile verbandsübergreifende Familienseminare durch. Viele Gruppen – weit über die Verbandsgrenzen hinaus – haben auf die Materialien zurückgegriffen und Kinderbetreuung während des Gruppenbesuchs der Eltern initiiert, Familienfreizeiten organisiert und weitere Aktivitäten gestartet. Ganz besonders bemerkenswert ist die Fülle von Kooperationsbeziehungen, die sich z. B. zu Beratungsstellen, zu Kindernotdiensten, zu Schulen, Jugendämtern, Präventionsfachstellen, sozialpädagogischen Familienhilfen usw. entwickelt hat. Regionale überverbandliche Arbeitskreise haben sich gebildet, die Fortbildungen für ihre eigenen freiwilligen Helferinnen und Helfer zu der Thematik anbieten, aber auch in Kooperation mit anderen Einrichtungen Schulungen für professionelle Helferinnen und Helfer anbieten. In vorbildlicher Weise wird hier die „Betroffenen-Kompetenz“ der Sucht-Selbsthilfe eingebracht, zum Wohle der Familien und besonders der Kinder aus suchtbelasteten Familien. Die Projektarbeit konnte ein breites Bewusstsein für die Problematik schaffen. Der früher so oft gehörte Satz „Mein Kind hat nix gemerkt“ verschwindet nach und nach und macht der Erkenntnis Platz, dass alle Mitglieder einer Familie von der Suchtproblematik betroffen sind – und gemeinsam der Weg zu Gesundheit und einem neuen Umgang miteinander gesucht und gefunden werden kann.

3.4.6. DHS-Workshop „Ambulante Drogenselbsthilfe“²⁾

Um die praktischen Konsequenzen einer vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Expertise zu bewerten und die mögliche Umsetzung zu diskutieren, veranstaltete die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. vom 30.08.–01.09.2002 mit Expertinnen und Experten aus der Drogen- und Alkohol-Selbsthilfe sowie der professionellen Hilfe einen Workshop in Wuppertal. Fredersdorf hat in seiner Expertise die aktuelle Situation der ambulanten Drogenselbsthilfe³⁾ und deren Wirkung analysiert und beschrieben. Dazu wurden alle

2) Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse aus der Expertise „Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland“ von PD Dr. Frederic Fredersdorf und dem dazu durchgeführten Expertenworkshop in Wuppertal vom 30.08.–01.09.2002

3) Unter ambulanter Drogenselbsthilfe sind jene Selbsthilfegruppen zu fassen, deren Mitglieder vorwiegend illegale psychoaktive Substanzen einnehmen oder einnahmen, außerhalb therapeutischer Institutionen eigenständig leben und sich regelmäßig treffen, um ihre drogenspezifischen Anliegen in Form von Selbsthilfeaktivitäten zu bearbeiten (Fredersdorf 2001).

bekanntesten Drogenselbsthilfeorganisationen in Deutschland mit einem Fragebogen angeschrieben. 27,5% der 266 kontaktierten Gruppen antworteten. Das Antwortverhalten spiegelt das jeweilige Selbstverständnis der unterschiedlichen Selbsthilfeinitiativen und -organisationen wider.

Bei der Drogenselbsthilfe handelt es sich um ein vergleichsweise „junges“ Angebot, das seinen Ursprung in der (professionellen) Drogenhilfe der frühen 70er Jahre hat. Zu der bis dato auf Alkohol orientierten traditionellen Suchtselbsthilfe fanden Drogenabhängige kaum Zugang, weil diese Gruppen nicht den tatsächlichen Bedürfnissen Drogenabhängiger (z. B. harm-reduction, jüngere Altersgruppen) entsprechen. Hinzu kommt, dass gegenseitige Vorbehalte gegenüber den Abhängigen der anderen Substanzgruppen den Zugang erschweren.

Fredersdorf geht in seiner Expertise von rund dreitausend Abhängigen illegaler Drogen aus, die eine Selbsthilfegruppe besuchen. Diese lassen sich aufgrund ihrer inhaltlichen Zielsetzung in zwei Gruppen unterscheiden.

Die abstinenzorientierte Drogenselbsthilfe, z. B. NA (Narcotics Anonymous), versteht sich – analog der 12-Schritte-Selbsthilfe – in erster Linie als Gesprächsgruppe. Im Vordergrund steht die Arbeit an der eigenen Persönlichkeit und am eigenen Suchtverhalten sowie die Weitergabe der Selbsthilfeprinzipien durch die Mitglieder an andere Betroffene.

Die akzeptierende Drogenselbsthilfe, z. B. JES (Junkies, Ex-User, Substituierte), steht für den Einsatz eines menschenwürdigen Lebens mit Drogen. Neben den Gesprächsgruppen bietet sie schwerpunktmäßig niedrigschwellige Hilfsangebote an. Zudem kooperiert sie eng mit Institutionen der Drogen- und Aidshilfe.

Aufgrund ihrer unterstützenden und stabilisierenden Wirkung auf den hilfesuchenden Abhängigen kann Fredersdorf für beide Drogenselbsthilfeansätze eine Reihe positiver Effekte beschreiben. So könne z. B. eine Steigerung der individuellen Abstinenzmotivierung bewirkt, das Rückfallrisiko gemindert, die Bildung sozialer Netzwerke begünstigt und eine Verbesserung der individuellen Lebensumstände bzw. die soziale Integration Drogenabhängiger erzielt werden. Weiter kommt Fredersdorf in seiner Expertise zu dem Schluss, dass eine längere Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe zu einer Verringerung der Substanzeinnahme führe und die Gruppenmitglieder dahingehend motiviere, sich verstärkt in der Selbsthilfe zu engagieren. Auch die Teilnahmeintensität, d. h. die Anzahl der Gruppenbesuche der einzelnen Gruppenmitglieder pro Woche, hat einen positiven Einfluss auf die Aktivitäten einer Gruppe und bildet ein Kriterium für die Zufriedenheit der Mitglieder mit der Selbsthilfe. Fredersdorf betont, dass die Mehrheit der antwortenden Gruppen unabhängig vom Selbsthilfeansatz Gruppenidentität, gesellschaftliche Anerkennung und die soziale Integration als förderlich für die ambulante Drogenselbsthilfe bewerten.

In der Diskussion betonen die Experten und Expertinnen des Workshops, dass aufgrund gezielter Methoden und Strukturen in den Gruppen sowie bedingt durch die persönliche Haltung und individuelle Persönlichkeitsentwicklung jedes Einzelnen, diese genannten

Effekte erzielt werden können. Von Bedeutung ist dabei, in wie weit sich Mitglieder in ihrer Gruppe (oder ihrem Verband) angenommen, versorgt und aufgehoben fühlen und letztlich so für ihre Genesung profitieren können. Dabei erhalten die Qualitätsmerkmale in der Selbsthilfe eine entscheidende Bedeutung: Die örtliche Erreichbarkeit der Gruppe (z. B. über öffentlich bekannte Kontaktpersonen), die Informationen über das jeweilige Gruppenprofil (Außendarstellung), die Unterstützung durch erfahrene Gruppenmitglieder (bei den NA sogenannte Sponsoren), die ideale Gruppengröße, die Struktur der Gruppe (offene oder geschlossene Gruppe), die Leitung bzw. Moderation einer Gruppe (z. B. abwechselnde Gruppenleitung) oder die Offerte von zusätzlichen Angeboten (z. B. weiterführende Hilfen, Freizeitaktivitäten).

Die Experten und Expertinnen haben zudem festgestellt, dass sich die Gruppen und Verbände der Sucht- und Drogenselbsthilfe zwar in ihren Strukturen unterscheiden, aber über gemeinsame Ziele verfügen: Die Gruppenmitglieder setzen persönlich neue Impulse, übernehmen Verantwortung, tragen dazu bei, den Selbsthilfegedanken zu stützen und bestimmen die Philosophie der Gruppe. Sie entscheiden sich für eine ihren Zielen und Bedürfnissen angepasste Arbeitsmethode und Struktur und legen so den Grundstein für ihre weitere Gesundheit und ihre Zufriedenheit in der Gruppe.

Die ExpertInnen des Workshops zeigten allerdings auch verschiedene Problembereiche auf: Zwischen Drogenselbsthilfe und traditioneller Sucht-Selbsthilfe gibt es aufgrund breiter Unkenntnis und Vorbehalten gegenüber den Arbeitsweisen und Strukturen der anderen nur wenige Berührungspunkte. Vor dem Hintergrund aktueller Problemlagen in der Selbsthilfe insgesamt (z. B. Überalterung durch fehlende Folgegeneration) steht die gemeinsame Überlegung, wie gerade junge Menschen über den Ansatz der Selbsthilfe erreicht werden und an seinen positiven Effekten partizipieren können. Ein erschwerter Zugang wird für Frauen, Abhängige mit zusätzlichen Krankheitsbildern bzw. Doppeldiagnosen (HIV und Hepatitis C) beklagt, deren Bedürfnisse von den bisher praktizierten Arbeitsweisen und Angeboten nicht explizit berücksichtigt werden.

Zwei mögliche Konsequenzen für die traditionelle Selbsthilfe wurden erarbeitet: Die Gruppen bzw. Verbände sollten weniger suchtspezifisch arbeiten, sondern den suchtkranken Menschen in den Blickpunkt stellen. Ferner könnten gewohnte und tradierte Arbeitsweisen und -strukturen im Hinblick auf diese Zielgruppen neu betrachtet werden. Dies bedarf eines gewissen Maßes an Reflexionsbereitschaft, Lernfähigkeit und Offenheit gegenüber Neuerungen. Ein Beispiel für derartige neue Angebote stellen z. B. die erlebnispädagogischen Angebote für Jugendliche dar, wie sie von der „Selbsthilfe junger Suchtkranker“ der Caritas in Berlin unterstützt werden. Dabei werden Jugendliche angesprochen und zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für ihre Altersgruppe motiviert, unabhängig davon, welches Suchtmittel sie konsumieren.

Um solche Ansätze effizient realisieren zu können, wünschen sich die Experten und Expertinnen deshalb mehr Vernetzungs- und Kooperationsansätze sowie einen weiteren Informationsaustausch.

3.4.7. DHS-Projekt „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), Hamm, und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), Essen, führen seit Anfang des Jahres 2002 in Kooperation mit den Abstinenz- und Suchtselbsthilfverbänden das Projekt „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“ durch. Hintergrund für das Projekt ist, dass die 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland – von denen ca. 2/3 Frauen sind – im professionellen Suchthilfesystem, wie auch in der Suchtselbsthilfe bisher unterrepräsentiert sind. Mit Hilfe von Experteninterviews und einer Fragebogenaktion unter betroffenen Frauen wurden Bestand und Bedarf sowie mögliche Kriterien für adäquate Selbsthilfeangebote erfasst. Mit dem Ausbau des Selbsthilfeangebots sollen medikamentenabhängige Frauen die Möglichkeit zur Wahrnehmung und Bearbeitung ihrer Sucht bekommen.

Im Unterschied zu anderen Abhängigkeiten verläuft Medikamentenabhängigkeit meist unauffällig und bleibt deshalb oft jahrelang unerkannt. Die Betroffenen verbleiben im medizinischen System, weil sie sich oft zwar als krank und behandlungsbedürftig betrachten, aber nicht als abhängig. Darüber hinaus sind Medikamentenabhängige keine homogene Gruppe. Unterschiede ergeben sich – neben den jeweiligen biographischen Hintergründen – z. B. durch die verschiedenartige Wirkung der hauptsächlich eingenommenen Medikamente (z. B. Schmerzmittel oder Beruhigungsmittel), die Art der Beschaffung (frei verkäufliche oder verschreibungspflichtige Arzneien) oder die Höhe der regelmäßig eingenommenen Dosis (bei Beruhigungsmitteln kommt häufig eine Niedrigdosisabhängigkeit vor).

Wichtig für den Aufbau entsprechender Gruppen ist das Vorhandensein ausreichender Informationen zur Medikamentenabhängigkeit, auch in Abgrenzung zu anderen Abhängigkeiten. Die Kompetenzerweiterung durch Vermittlung von notwendigen Kenntnissen und Bereitstellung von Arbeitsmaterialien für entsprechende Gruppen ist eines der Hauptziele des Projekts. Im Frühjahr 2003 werden Frauen aus verschiedenen Suchtselbsthilfverbänden und Beratungseinrichtungen geschult, um entsprechende Gruppen für und mit Frauen mit Medikamentenproblemen aufzubauen und zu moderieren. Die Gruppen werden in Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein entstehen.

Für die Öffentlichkeitsarbeit dieser Gruppen wurde im Projekt ein Faltblatt entwickelt, welches speziell medikamentenabhängige oder –gefährdete Frauen ansprechen und über Medikamentenabhängigkeit, Hilfemöglichkeiten sowie die neue Gruppe informieren soll. Da Medikamentenabhängige schwerer für die Auseinandersetzung mit der Sucht und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen zu gewinnen sind, ist eine breite Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Willkommen sind alle Maßnahmen, die helfen, Medikamentenabhängigkeit stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken, und es den Betroffenen somit ermöglichen, ihre Probleme wahrzunehmen und sich Unterstützung zu suchen.

Die gesammelten praktischen Erfahrungen aus den Modellgruppen werden in die Erstellung eines Manuals einfließen. Dieses Manual soll Interessierten als Hilfe beim selbstständigen Aufbau und der Durchführung entsprechender Gruppen dienen und wird zum Projektende im Sommer 2004 fertiggestellt sein.

3.5. Behandlung von Opiatabhängigen

3.5.1. Grundlagen der Substitutionsbehandlung⁴⁾

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland rund 32.000 Betroffene mit Methadon, 10.000 mit Levomethadon, 500 mit Buprenorphin und 3.700 mit Dihydrocodein substituiert. Die Suchtmittelfreiheit ist letztlich Ziel der Behandlung, die Sicherung des Überlebens, die gesundheitliche und soziale Stabilisierung sowie die berufliche und soziale Rehabilitation sind Zwischenschritte des Behandlungskonzepts. Die Substitution soll auch eine präventive Maßnahme sein, z. B. zur Vermeidung von Infektionskrankheiten.

Die Bundesärztekammer hat in ihren „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ vom März 2002 festgelegt, dass eine Behandlung dann indiziert ist,

- wenn eine manifeste Opiatabhängigkeit seit längerer Zeit besteht und Abstinenzversuche keinen Erfolg erbracht haben,
- eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann,
- die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet.

Gesetzliche Grundlagen der Substitution sind im wesentlichen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV), in der die substitutionsgestützte Behandlung im Jahre 2001 völlig neu geregelt wurde; einige dieser Änderungen traten am 1. Juli 2002 in Kraft.

Die Kostenübernahme im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung regeln die BUB-Richtlinien⁵⁾, die ärztliche Vergütung erfolgt dabei gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Bei Nichtversicherten gelten die Richtlinien kommunaler Sozialhilfeträger auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes; Findet sich kein Leistungsträger, muss die Behandlung vom Patienten selbst finanziert werden, wobei die Abrechnung grundsätzlich gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Seit dem 1. Juli 2002 muss jeder Arzt, der Substitutionsmittel verschreibt, gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV grundsätzlich Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden. Ausnahmen hiervon sind nur in eng begrenzten Fällen möglich (§ 5 Abs. 3 BtMVV).

4) Quelle: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunktes für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001, Im Auftrag der EBDD und des BMGS, Stand: 18.12.2002

5) Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 des SGB V

Gemäß § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) für die Länder als vom Bund entliehenes Organ ein Register mit Daten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister). Dieses wurde am 1. Juli 2002 eingerichtet.

Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden (wie z. B. den Patientencode, Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel etc.). Im Vorfeld wurde hochgerechnet, dass ca. 5.000 Ärzte für insgesamt ca. 50.000 Patienten Substitutionsmittel verschreiben. Bis dato wurden ca. 45.000 Patientencodes erfasst und ca. 30 tatsächliche Mehrfachbehandlungen aufgedeckt.

Das Substitutionsmittel darf außer in der Arztpraxis oder im Krankenhaus auch in Apotheken verabreicht werden. Darüber hinaus ist die Vergabe auch in anderen geeigneten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe möglich, die hierfür von der zuständigen Landesbehörde anerkannt wurden. Im Falle einer ärztlich bescheinigten Pflegebedürftigkeit darf das Substitutionsmittel auch im Rahmen eines Hausbesuches verabreicht werden.

Das Substitutionsmittel darf nur zum unmittelbaren oralen Verbrauch unter Aufsicht ausgehändigt werden. Beim Verschreiben von Codein oder Dihydrocodein kann dem Patienten nach der Überlassung jeweils einer Dosis zum unmittelbaren Verbrauch die restliche Tagesmenge des Substitutionsmittels in abgeteilten Einzeldosen zur eigenverantwortlichen Einnahme ausgehändigt werden.

Der Arzt kann einem Patienten das Substitutionsmittel für maximal sieben Tage verordnen (Take-Home-Verordnung). Dazu müssen folgende, per Gesetz vorgeschriebene Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Patient wird seit mindestens sechs Monaten substituiert.
- Die Dosiseinstellung ist abgeschlossen.
- Dem Arzt liegen keine Hinweise auf einen die Substitution gefährdenden Beikonsum des Patienten oder eine nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Mittels vor.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die in Deutschland derzeit zur Substitution verwendeten Substanzen und deren Verabreichungsform.

MEDIKAMENTE ZUR SUBSTITUTION

| Substanz | Fertigarzneimittel | Verabreichungsform |
|----------------------|--------------------|--------------------|
| Methadon | Methadict | oral |
| Levomethadon | L-Polamidon | oral |
| Buprenorphin | Subutex | sublingual |
| Codein/Dihydrocodein | | oral |

Quelle: Möller, Lander 2001: Geänderte betäubungsmittelrechtliche Vorschriften über das Verschreiben von Substitutionsmitteln

Im Gegensatz zu Methadon, Levomethadon und Buprenorphin ist Codein/Dihydrocodein nicht zur Substitution zugelassen, darf aber in begründeten Ausnahmefällen angewendet werden. Der substituierende Arzt ist zur Aufklärung und Beratung des Patienten über Wirkungen und Risiken des Substitutionsmittels, Kumulationsgefahr und die Gefahren unkontrollierten Beigebrauchs verpflichtet.

Nachsorge und Reintegration werden in Deutschland nur zu einem geringen Teil durch Zuschüsse von Ländern und Gemeinden oder Sozialversicherungsträgern finanziert. Eine sozialgesetzliche Finanzierungsgrundlage besteht nicht. Das hat dazu geführt, dass neben den Trägern stationärer Einrichtungen rund 150 überwiegend gemeinnützige Träger eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote zur Nachsorge und Integration machen, die abhängig von regionalen Notwendigkeiten und Gegebenheiten sind.

Integrationsangebote der Drogenhilfe haben sich in den letzten Jahren umfassend entwickelt. Sie sind nicht mehr letztes Glied in einer Behandlungskette, sondern sollen ein Angebot in jeder Phase des Hilfeprozesses sein. Das heißt, dass diese Angebote sowohl für Suchtmittel konsumierende Menschen, als auch für substituierte Personen während und nach der medizinischen Rehabilitation, aber auch nach der Kontaktphase erreichbar sein müssen.

Bis zu 80% der Drogenabhängigen sind arbeitslos, etwa 50% verfügen nicht über eine Ausbildung, etwa 60 bis 70% haben keinen ausreichenden Schulabschluss und etwa 20% leben in einer instabilen Wohnsituation. Dadurch ergeben sich für Nachsorge und Integration vielfältige Aufgabenfelder. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Entwicklung der Drogenabhängigkeit häufig einher ging mit einem Versagen in Schule und Beruf. Zur Behandlung der Drogenabhängigkeit gehört deshalb eine Qualifizierung in diesem Bereich untrennbar dazu. Angesichts von rund 50.000 Substituierten in Deutschland pro Jahr müssten für mindestens 25.000 Personen Angebote im Bereich der Integration zur Verfügung stehen. Tatsächlich erreichen die bestehenden Hilfen im Bereich Arbeit/Qualifizierung etwa 1.500 Personen, im Bereich Bildung etwa 300 Personen, im Bereich Wohnen etwa 2.000 Personen.

3.5.2. Neuregelung der BUB-Richtlinien

Opiatabhängigkeit ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Krankheit, für die ein Behandlungsanspruch nach § 27 SGB V besteht. Für den vertragsärztlichen Bereich war die substitutionsgestützte Behandlung in den BUB-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BA) vom 26.04.1999 geregelt. Diese Richtlinien wiesen nach Auffassung des BMG und der Ärzteschaft erhebliche Mängel auf: So hat sich etwa das vorgeschriebene Antragsverfahren ebenso wenig bewährt wie die Indikationsregelung und die damit verbundene Befristung der Behandlung.

Schon seit Februar 1999 hatten deshalb das BMG und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung diese BUB-Richtlinien mehrfach beanstandet und den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BA) aufgefordert, sie in diesen Punkten zu ändern. Die Beanstandungen bezogen sich vor allem auf die Indikationsregelung (Notwendigkeit des Vorliegens einer Begleiterkrankung neben der manifesten Opiatabhängigkeit), die Voraussetzung einer Mindestdauer der Abhängigkeit vor Beginn der Behandlung und die Anpassung der BUB-Richtlinien an die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22.03.2002.

Trotz zahlreicher Beratungen gelangte der Bundesausschuss nicht zu einer Entscheidung über die Änderung der BUB-Richtlinie. Deshalb musste das Bundesgesundheitsministerium im August 2002 erstmals von dem Instrument der Ersatzvornahme Gebrauch machen und selbst eine entsprechend geänderte Richtlinie erlassen.

Gegen diese Ersatzvornahme klagte der Bundesausschuss bis in die 2. Instanz vor den Sozialgerichten. Um ein jahrelanges Gerichtsverfahren, in dessen Verlauf die alte Rechtslage unverändert weiter gegolten hätte, zu vermeiden, haben sich schließlich das Bundesgesundheitsministerium und der Bundesausschuss im Wege eines außergerichtlichen Vergleichs auf einen Kompromiss geeinigt, der die wesentlichen vom BMG gewünschten Elemente (Streichung der Indikationsregelung und des Antragsverfahrens, Einführung der Qualitätssicherung) enthält. Die neue Fassung wurde schließlich am 31. Dezember 2002 im Bundesanzeiger veröffentlicht und trat unmittelbar danach in Kraft. Damit ist der Anspruch der Versicherten auf substituionsgestützte Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet; für die Ärzte ist Rechtssicherheit hergestellt.

3.5.3. Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie: „Projekt ASTO“



Die Ärztekammer Westfalen-Lippe mit Sitz in Münster führt seit Januar 2000 in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES, Berlin) ein Entwicklungsprojekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger durch (Projekt ASTO). Finanziell wird das Projekt durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Industriesponsoren unterstützt.

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



Ausgehend von diesen Überlegungen entwickelten sich folgende Hauptziele für das Projekt ASTO:

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

Wichtigstes Arbeitsergebnis der ersten Projektphase ist das „Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO-Handbuch). Die Inhalte des ASTO-Handbuchs wurden in gemeinsamer Projektgruppenarbeit durch Teilnehmer der Professionen und Institutionen, die in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger regelmäßig zusammen arbeiten entwickelt: Ärzte und Ärztinnen aus Praxen und Ambulanzen, deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Einrichtungen der psychosozialen Betreuung. In drei Projektgruppen in Nordrhein-Westfalen wurde zu den Arbeitsbereichen „Therapierahmen“, „Therapieeinleitung“ und „Therapieverlauf“ gearbeitet. Die Ergebnisse spiegeln die konkreten Erfahrungen aus der täglichen Praxis wieder und sind direkt in das ASTO-Handbuch eingeflossen.

Ferner wurde im Rahmen des ASTO-Projektes in 74 Arztpraxen und 16 Ambulanzen eine umfangreiche Erhebung zur gegenwärtigen Versorgungspraxis und Qualität der Substitutionstherapie durchgeführt. Die Ergebnisse wurden den Projektgruppen als Datenbasis zur Verfügung gestellt.

Das ASTO-Handbuch gliedert sich in vier Hauptteile und einen Anhang. Teil A „Therapierahmen“ behandelt in neun Kapiteln die formalen, organisatorischen, technischen und personellen Rahmenbedingungen der Substitutionstherapie. In Teil B „Therapeutische Leitlinien“ werden die wichtigsten medizinisch-therapeutischen Fragen der Substitutionstherapie thematisiert (Indikationsstellung, Dosierung und Ersteinstellung auf das Substitutionsmittel, Beikonsum, Take-home). Vier zentrale Arbeitsprozesse (Neuaufnahme von Patienten, Therapieplanung und -kontrolle, Vergabe des Substitutionsmittels, Beigebrauchskontrollen) werden in Teil C „Arbeitsprozesse“ in enger Anlehnung an Konzepte des Qualitätsmanagements behandelt. Der vierte Teil Q „Beispiele für ein Qualitätsmanagement-Handbuch“ enthält keine neuen Themen und Inhalte, sondern demonstriert beispielhaft die Umsetzung der in den drei ersten Teilen beschriebenen Vorgehensweisen und Empfehlungen in der Logik eines QM-Handbuchs für eine fiktive Modell-Praxis. Dieses Beispiel orientiert sich an der Logik der im Bereich des Qualitätsmanagements angewendeten Norm DIN EN ISO 9001:2000.

Das ASTO-Handbuch bietet den Arztpraxen und Ambulanzen zudem viele Instrumente und Hilfen für die praktische Arbeit: Übersichten zu Behandlungsregeln und Hausordnungen, Empfehlungskataloge, strukturierte Entscheidungshilfen, Verfahrensanleitungen,



Erhebungsinstrumente, Planungs- und Evaluationsinstrumente, Formulare, Muster und Vorlagen sowie Dokumentationshilfen. Im Anhang sind Gesetzes- und Verordnungstexte, Adressenlisten sowie Beiträge zu (z. B. juristischen) Einzelfragen wiedergegeben.

Insgesamt soll das ASTO-Handbuch den Benutzer zur systematischen Analyse der eigenen Einrichtung und ihrer Arbeitsprozesse anleiten. Der Benutzer soll seine Praxis oder Ambulanz einer Schwachstellenanalyse unterziehen und Schwachstellen aufdecken können. Es sollen Empfehlungen zu geeigneten Lösungen für die Probleme gegeben und Beispiele für die Umsetzung der Lösungen in die Praxis aufgezeigt werden.

Mehr als 700 ASTO-Handbücher wurden bundesweit bereits durch Arztpraxen und Ambulanzen sowie weitere Institutionen angefordert.

Seit Januar 2002 läuft die zweite Phase des ASTO-Projektes. In dieser Projektphase werden die Inhalte des ASTO-Handbuchs in ausgesuchten Modellpraxen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines neu entwickelten Gruppen-Coaching-Modells umgesetzt. Am Ende der Projektphase (31.12.2004) sollen die beteiligten Arztpraxen über ein dokumentiertes QM-System für die Substitutionstherapie Opiatabhängiger verfügen. Darüber hinaus werden Ärzte und deren Praxismitarbeiter im Umgang mit dem ASTO-Handbuch geschult und erhalten Hilfestellungen für die konkrete Umsetzung. Zum Ende der zweiten Projektphase wird eine umfassende Evaluation des Gesamtprojektes erfolgen.

3.5.4. Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“

In Deutschland sind etwa 120.000 Menschen heroinabhängig, nur die Hälfte von ihnen befindet sich bisher in einer ärztlichen oder therapeutischen Behandlung. Um auch die übrigen Heroinabhängigen, von denen ein Teil schwerwiegende Begleiterkrankungen aufweist, zu erreichen, führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gemeinsam mit den Ländern Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer in den Städten Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München das gemeinsame Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger durch. Hierbei erhalten die Probanden im Rahmen einer klinischen Arzneimittelprüfung die Substanz Diamorphin („Heroin“) unter ärztlicher Aufsicht und unter strengen Sicherheitsauflagen. Parallel hierzu werden sie in eine psychosoziale Begleitbehandlung einbezogen. Mit diesem wissenschaftlichen Modellprojekt soll geprüft werden, ob durch diese Behandlung die entsprechende Patientengruppe gesundheitlich sowie sozial stabilisiert, in der Behandlung gehalten und vor allem zur Aufnahme weiterführender Therapien mit dem Ziel der Abstinenz motiviert werden kann. Auch werden die Auswirkungen auf die Beschaffungskriminalität durch diesen Personenkreis analysiert. Insgesamt nehmen an der Studie 1.120 Personen teil, die mindestens 23 Jahre alt, seit 5 Jahren oder länger

heroinabhängig sind und einen schlechten körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustand aufweisen. Die heroingestützte Behandlung wird im Vergleich zur oralen Methadonsubstitution, die eine seit langem etablierte Behandlungsform der Opiatabhängigkeit ist, untersucht.

Im Rahmen der psychosozialen Betreuung werden zwei Verfahren miteinander verglichen: das sog. Case-Management, d. h. ein individuell nachgehendes Betreuungskonzept verbunden mit einer motivierenden Gesprächsführung, sowie die Drogenberatung in Kombination mit einer gruppentherapeutischen Interventionsform (Psychoedukation).

Die individuelle Behandlungsdauer beträgt für Patienten der Methadonbehandlung (Kontrollgruppe) 12 Monate und für die Patienten der heroingestützten Behandlung 24 Monate, das gesamte Modellprojekt erstreckt sich über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Im Frühjahr 2002 hat die Stadt Bonn als erste Teilnehmerin mit der Behandlung begonnen, die übrigen Städte folgten nach und nach. Ende des Jahres 2002 waren etwa die Hälfte der Patienten rekrutiert und in die Behandlung einbezogen. In Frankfurt ist die Behandlung zu Beginn des Jahres 2003 aufgenommen worden. Die Prüfarzte in den einzelnen Studienzentren berichten über eine bereits jetzt zu beobachtende Verbesserung der gesundheitlichen Lage der schwer heroinabhängigen Patienten und einen weitgehend problemlosen Ablauf der Behandlung. Die Arzneimittelstudie, mit deren wissenschaftlicher Planung und Durchführung das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) beauftragt ist, und dass von der Bundesärztekammer begleitet wird, soll im Jahre 2005 zu Ergebnissen führen, die bei positivem Ausgang Grundlage eines Antrags auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sein werden. Weiterführende Informationen sind im Internet unter www.heroinstudie.de zu finden.

3.5.5. Exkurs: Drogenabhängigkeit und Hepatitis⁶⁾

Bundesweite Studien, die Aussagen über die Verbreitung von Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen machen können, liegen bisher nicht vor. Durch das neue Infektionsschutzgesetz müssen jedoch seit Anfang 2001 Informationen über die Übertragung von Hepatitis B und C von Ärzten und Labors an die Gesundheitsämter gemeldet werden. Die Informationen sollen vom Robert-Koch-Institut aggregiert und ausgewertet werden. Lokale Studien (qualifizierte Entzugsbehandlung, Haftanstalt, Substitution) zeigen eine sehr hohe Hepatitis B und C Prävalenz bei Opiatabhängigen in unterschiedlichen Settings. In München führten Backmund, Meyer & Zielonka (2001) von 1997 bis 1999 bei 492 stationär entwöhnten Opiat- oder mehrfachabhängigen Patienten Bluttests durch. Von 1997 bis 1999 ist der Anteil der Patienten mit Hepatitis B stetig gestiegen.

6) Quelle: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunktes für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001, Im Auftrag der EBDD und des BMGS, Stand: 18.12.2002

PRÄVALENZDATEN VON HEPATITIS B UND C

| | 1997 N = 181 | 1998 N = 171 | 1999 N = 140 |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| % 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 retrospektiven Studie wurden im Zeitraum 1993–1997 1.791 drogenabhängige Patienten im Klinikum Nord/Ochsenzoll Hamburg auf Hepatitis B und C Infektionen getestet. Mit fast 60% am weitesten verbreitet waren Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus, gefolgt von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus mit über 41%. Die Prävalenzrate für sowohl Anti-HBV- als auch Anti-HCV-positive Patienten lag bei 33%. Die chronische Verlaufsform der Hepatitis B wies eine Prävalenz von 1,2% auf. Die Zahl derjenigen drogenabhängigen Patienten, die mit einem Hepatitis-B-Virus in Kontakt gekommen sind, lag 1993 bei 38,6% und stieg bis 1995 auf 49,2% an, um dann 1997 wieder auf 35,5% abzusinken. Bei der Hepatitis C ist ein stetiger Anstieg der Infektionsrate von 54,5% im Jahr 1993 bis auf 64,7% im Jahr 1997 zu verzeichnen. Die Untergruppe der intravenös (iv) Drogenabhängigen wiesen 1997 insbesondere für Hepatitis C mit 83,9% und für Hepatitis B mit 44,2% die höchsten Werte auf.

Aus der Untersuchung von 420 iv-Drogenabhängigen, die im Zeitraum 1999–2000 an einer Entzugsbehandlung im Klinikum Nord in Hamburg teilnahmen, liegen folgende Daten vor: Für HBV lag die Infektionsrate für Frauen bei 64,1% und für Männer bei 63,3%; bei der Hepatitis C lag der Wert für Frauen mit 89,3% ebenfalls über dem der Männer mit 80,4%. Das Risiko, sich mit Hepatitis B oder C zu infizieren steigt mit der Dauer des iv-Konsums. Infektionsraten in Abhängigkeit von der Dauer des iv-Konsums zeigen, dass das Risiko, sich mit Hepatitis B oder C zu infizieren, über die Zeit steigt. Während bei einem iv-Konsum von bis zu zwei Jahren die Prävalenzrate für Hepatitis B unter 60% und für Hepatitis C unter 30% lag, stieg sie nach einem iv-Konsum von zehn Jahren für Hepatitis B auf 86% und für Hepatitis C auf knapp 70% .

Serologische Daten von 36 obduzierten Drogentodesfällen am Institut für gerichtliche Medizin der Universität Tübingen weisen in einer hoch selektiven Gruppe Anteile von 33% für Hepatitis B und 81% für Hepatitis C auf.

Die Prävalenzraten für Hepatitis B und Hepatitis C lagen von 1999 bis 2001 in einer Studie, die in zwei Berliner Justizvollzugsanstalten durchgeführt wurde, jeweils kurz nach der Aufnahme bei 50% und über 80%.

Bei den genannten Untersuchungspopulationen lagen über alle verfügbaren Studien hinweg die Quoten für Hepatitis B zwischen 30–50% und für Hepatitis C bei ca. 80%. Zu anderen Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum liegen für Deutschland keine Daten vor. Aus Berichten zu Einzelfällen lässt sich jedoch vermuten, dass Tuberkulose eine wichtige Rolle spielt.

3.5.6. Rehabilitationsmaßnahmen der BfA bei Abhängigkeitserkrankungen (Opiate und Alkohol)

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) wirkt beständig und gemeinsam mit den Leistungserbringern an der innovativen Weiterentwicklung des Angebotes für Abhängigkeitskranke mit. In der jüngeren Vergangenheit und damit auch im Jahr 2002 zeigt sich eine Entwicklung, die im Wesentlichen auf eine Flexibilisierung des Angebotes zur Deckung des individuellen Rehabilitationsbedarfes gerichtet ist. Im Hinblick auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes spielt die Integration berufsbezogener Rehabilitationsanteile eine immer wichtigere Rolle.

Im Einzelnen lassen sich folgende Entwicklungen und Maßnahmen nennen:

- Der Anteil der abstinentenorientierten ambulanten Rehabilitation steigt deutlich im Vergleich zur stationären Rehabilitation.
- Substituierte Drogenabhängige werden verstärkt in die abstinentenorientierte ambulante und stationäre Rehabilitation aufgenommen.
- Der Zugang für Versicherte mit der Diagnose „Pathologisches Glücksspiel“ wurde für den ambulanten Bereich in einigen psychosozialen Beratungsstellen eröffnet (im Jahr 2002 in Neuss und Düsseldorf).
- Integrative Rehabilitationsangebote (gemeinsame Rehabilitation von Alkohol- und Opiatabhängigen und von substituierten und nichtsubstituierten Opiatabhängigen) wurden im ambulanten und stationären Rehabilitationsbereich aufgenommen.
- Seit dem Jahr 2000 nimmt die BfA bei der Behandlung Abhängigkeitskranker Einrichtungen in Anspruch, die die Entwöhnungsbehandlung nach geprüftem besonderen Konzept kooperierend in Kombination von stationärem und ambulatem Setting durchführen.

Dabei wurden neue Einrichtungsverbünde für die Kombinationstherapie mit Vorabbescheidung für unterschiedliche Module durch die BfA zugelassen.

Bisher wurden Kombinationsbehandlungskonzepte mit 11 vollstationären Einrichtungen in Kooperation mit 38 ambulanten Behandlungsstellen zur Behandlungsgrundlage gemacht. Weitere Kooperationskonzeptionen sind in Prüfung. Die Konzeptionen sehen in der Regel (für Alkoholabhängige) eine vier- bis achtwöchige stationäre Startphase und anschließend eine sechs- bis zwölfmonatige ambulante Behandlung (40 plus 4 Therapieeinheiten in 26 Wochen) vor.

Die Integration berufsbezogener Rehabilitationsanteile unter Anwendung neuer Technologien (PC, Internet-Zugang für Rehabilitanden) wird während der Visitationen durch die BfA forciert und ist in vielen Einrichtungen erfolgt bzw. im Umsetzungsprozess.

3.5.7. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung Substituierter (LVA Hannover)

Das Projekt „Ambulante Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung Substituierter“ (ABS), an dem neben der Landesversicherungsanstalt (LVA) Hannover die ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen des Diakonieverbundes Sucht der Region Osnabrück in Bramsche, Georgsmarienhütte, Melle und Osnabrück sowie das Bildungswerk der niedersächsischen Wirtschaft (BNW) beteiligt sind, begann bereits im April des Jahres 2001. Zwischenzeitlich liegen erste Erfahrungen mit dem Projekt vor, das sich an substituierte Drogenabhängige richtet, die frei von Beikonsum sind und ausreichend Stabilität und Motivation für eine solche Leistung mitbringen.

Von den 8 Teilnehmern zu Beginn der beruflichen Phase haben 6 ABS regulär beendet. Bei 4 Teilnehmern (also bei 2/3 der regulär beendeten Maßnahmen) gelang die berufliche Wiedereingliederung. 2 Teilnehmer konnten in eine feste Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. 2 Teilnehmer können Berufsausbildungen als von der LVA Hannover bzw. vom Arbeitsamt finanzierte und bewilligte Umschulungsmaßnahmen fortsetzen oder beginnen. Bei 7 von 8 Teilnehmern konnte die Methadondosis z. T. deutlich verringert werden.

Aufgrund der Erfahrungen mit der ersten Gruppe wurden regelmäßig einmal monatlich stattfindende Case-Management-Sitzungen aller an der Rehabilitation beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Standard eingeführt. Die Arbeitserprobung in der medizinischen Phase wird verstärkt in der OSNA-Technik, einer Werkstatt für Behinderte in einem mindestens vierwöchigen Praktikum durchgeführt, um eine genaue Diagnostik der Stärken und Schwächen jedes Einzelnen im Bereich von Arbeit zu ermöglichen.

Die von allen Institutionen als Erfolg gewertete Projektphase von ABS ist nunmehr beendet. ABS ist damit ein Standardangebot für Versicherte in der Region Osnabrück und wird von der LVA evaluiert.

3.5.8. Kombinierte medizinisch-berufliche teilstationäre Maßnahme „re:Job“ (LVA Hannover)

Bei „re:Job“ handelt es sich um eine kombinierte medizinisch-berufliche teilstationäre Leistung. Die medizinische Phase dauert in der Regel 3 bis 6 Monate, die anschließende berufliche Rehabilitation maximal 18 bis 21 Monate. Bildungsträger und Rehabilitationseinrich-

tung ist das Institut für angewandte Sozialfragen (IFAS) in Göttingen. Zielgruppe sind opioidabhängige Menschen in einer Substitutionsbehandlung oder medikamentös-gestützten Abstinenztherapie. Neben der gesundheitlichen Stabilisierung, der sozialen Integration und langfristigen Abstinenz sind Rehabilitationsziele u. a. die Wiedererlangung von Schlüsselqualifikationen und die (Wieder-)Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Die Einrichtung verfügt über handwerkliche, hauswirtschaftliche und kaufmännische Fachbereiche. In externen Praktika in Betrieben der Region kann die Belastbarkeit unter realen Arbeitsbedingungen sowie die Verfestigung von Sozialkompetenzen und die Anwendung bzw. Erweiterung der erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten getestet und trainiert werden. In einem bewältigungsorientierten Behandlungsansatz greifen medizinische, psychosoziale und berufliche Leistungen zur Rehabilitation nahtlos ineinander und münden in einen fortlaufenden Behandlungsplan, der auch das Erreichen einer vollständigen Abstinenz beinhaltet. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation findet im realen sozialen Umfeld statt und ist für den Behandlungsverlauf und -erfolg von entscheidender Bedeutung. Nach Ende der beruflichen Phase erfolgen 6 Monate Nachsorge, die der weiteren beruflichen und sozialen Integration dienen. Durch das Ineinandergreifen psychiatrisch/psychologischer, soziotherapeutischer und ergotherapeutischer Hilfen besteht die Möglichkeit einer individuellen bedarfsgerechten Betreuung und Förderung. Dazu gehört auch die enge Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärzten sowie die Vernetzung mit Suchthilfeeinrichtungen und psychosozialen Hilfsmöglichkeiten in Stadtgebiet und Landkreis.

Start des Projektes war März 2000. Seitdem gab es 60 Antragstellungen, 55 Kostenzusagen und 50 Aufnahmen (davon 10 weiblich und 40 männlich). Im November 2002 befanden sich 22 Klienten in der re:Job-Maßnahme, davon 13 in der medizinischen und 9 in der beruflichen Phase.

Die Reintegrierbarkeit von substituierten Drogenabhängigen auf dem ersten Arbeitsmarkt findet mit re:Job erste Bestätigungen. 5 Klienten haben die Therapie regulär beendet, davon sind 2 in einer Ausbildung und 2 in ein Beschäftigungsverhältnis übergewechselt. Ein Klient ist arbeitslos, eine weitere Klientin hat bereits nach der medizinischen Phase eine Ausbildung begonnen.

Die Modellphase für re:Job ist mittlerweile beendet, re:Job ist Regelangebot für die Versicherten der LVA in der Region Göttingen. Seit 2002 wird re:Job von der LVA Hannover evaluiert.

3.5.9. Rehabilitation abhängigkeitskranker Spätaussiedler „Cleanik“ (LVA Hannover)

Im Januar 2003 wurde in der Fachklinik Moorpension eine Abteilung mit 12 stationären Plätzen für junge (18 bis 25-jährige) Spätaussiedler aus den GUS-Staaten eröffnet, die von illegalen Drogen und/oder Alkohol abhängig sind.

Die Notwendigkeit hierfür ergab sich aus einer ständig steigenden Nachfrage, die mit den zugewiesenen Kontingenten für diesen Personenkreis in bestehenden Einrichtungen nicht mehr ohne Wartezeiten zu decken war. Diese neue Abteilung bietet gleichzeitig die Chance, neue Konzeptideen zu erproben. Angehörige werden – soweit es möglich ist und rehabilitativ produktiv zu werden verspricht – von Anfang an in die Therapie mit einbezogen. Eine Ärztin und zwei weitere Therapeuten stammen aus den GUS-Staaten, d.h. sie sind mit den kulturellen Hintergründen und der Muttersprache ihrer Patienten vertraut. Therapiesprache ist Deutsch. Das Therapiekonzept wird in der Projektphase erfahrungsoffen adaptiv weiterentwickelt.

3.5.10. Stationäre substitutionsgestützte Rehabilitation „Fachklinik Release“



Die Fachklinik Release wurde 1996 als erste stationäre Drogenfachklinik Deutschlands für substituierte und nicht substituierte Drogenabhängige eröffnet. Sie liegt zwischen Dortmund und Münster in der Gemeinde Ascheberg-Herbern. Träger der Einrichtung ist der Arbeitskreis für Jugendhilfe e. V. in Hamm. In dieser Einrichtung können Drogenabhängige eine vollstationäre medizinische Rehabilitation unter Substitution beginnen und im Therapieverlauf in langsamen Schritten, wenn möglich, komplett abdosieren.

Die Fachklinik Release wird über Vergütungssätze im Rahmen der medizinischen Rehabilitation finanziert. Federführend ist die Landesversicherungsanstalt (LVA) Westfalen. Die reguläre Behandlungszeit bei Release beträgt 26 Wochen. Insgesamt verfügt die Einrichtung über 30 Plätze, von denen die Hälfte für substituierte Patienten zur Verfügung steht. Aufgenommen werden Frauen, Männer und Paare.

Bei Release wird seit 1996 hauptsächlich mit Methadon substituiert, in Ausnahmefällen auch mit Polamidon. Seit 2001 läuft eine Erprobungsphase, in der für ausgewählte Patienten das Substitutionsmittel Subutex (mit dem Wirkstoff Buprenorphin) eingesetzt wird.

In dem Erhebungszeitraum vom 9. April 1996 bis zum 31. Dezember 2000 sind insgesamt 434 Patienten bei Release aufgenommen worden. Davon waren 215 substituiert (52 Frauen, 163 Männer) und 219 nicht substituiert (27 Frauen, 192 Männer). Der Anteil der substituierten Frauen ist etwa doppelt so hoch wie der Anteil der nicht substituierten Frauen, der bei 12,4% liegt. Der Altersdurchschnitt der substituierten Patienten lag im Erhebungszeitraum bei 32,4 Jahren. Das Durchschnittsalter der nicht substituierten Patienten lag bei 30,5 Jahren. Durch die Aufnahme von substituierten Patienten werden somit auch ältere Drogenabhängige, besonders die über 35-Jährigen, erreicht. Bei den nicht substituierten Patienten liegt der Anteil derjenigen, die mit einer Therapieaufgabe in die Einrichtung kommen, bei etwa 70%. Bei den Substituierten liegt er bei 47%, d. h. Substituierte kommen öfter ohne Justizdruck in die Therapie.

Das Verhältnis der komplett abdosierten Patienten im Vergleich zu allen aufgenommenen Substituierten hat sich beeindruckend entwickelt. In den Jahren 1996 und 97 lag der Anteil



bei unter 20%, stieg dann bis zum Jahre 2000 auf 47% an. Hier zeigt sich, dass die konzeptionellen Weiterentwicklungen (z. B. Reduzierung der Eingangs-dosis auf 60mg Methadon) dazu geführt haben, dass das Abdosierungsziel effektiver und häufiger erreicht werden kann. Im Jahr 2000 hat es fast die Hälfte aller aufgenommenen substituierten Patienten geschafft, bis zu ihrem Therapieende aus der Substitution auszusteigen. Bei den regulär abgeschlossenen Therapien lag der Anteil der komplett Abdosierten sogar bei 88%.

Zu Beginn des Modellversuchs gab es das Vorurteil, Substituierte seien nicht ansprechbar und deshalb sei keine Psychotherapie möglich. Dieses Vorurteil konnte durch die konkreten Erfahrungen des Modells widerlegt werden. Bei einer niedrigen Eingangs-dosierung (diese wurde im Jahre 1999 von 100mg auf 60mg Methadon reduziert) sind nur geringfügige Einschränkungen zu beobachten. Oft ist eine mäßige emotionale Dämpfung für stark traumatisierte Patienten eine wünschenswerte Hilfestellung, um überhaupt in der Therapie anzukommen und sich emotional auf die Therapie einlassen zu können.

Die Ergebnisse der ersten fünf Jahre stationärer Substitutionsbehandlung bestätigen die Annahme, dass auch bei längerer Krankheitsdauer und schwerwiegender Belastung der Wunsch nach dem Ausstieg aus der Szene und der Aufnahme legaler und gesünderer Lebensbedingungen besteht und realisiert werden kann. Somit wird ein Patientenkreis erreicht, dessen Prognose andernfalls hoffnungsloser wäre. Nicht zuletzt für den überdurchschnittlich hohen Anteil an Frauen, für die eine substitutionsgestützte Therapie zum Hoffnungsträger wird, bedeutet diese Form des Einstiegs in den Ausstieg eine angstfreie und ermutigendere Perspektive. Die stationäre Rehabilitation unter übergangsweisem Einsatz eines Substituts stellt einen sinnvollen und mittlerweile erfolgreich erprobten Baustein im Drogenhilfesystem dar.

Dieser Tatsache trägt auch die neue „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ des Verbandes der deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) Rechnung, die seit dem 01.07.2001 in Kraft ist. In der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung wird erstmals auch die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels geregelt.

3.6. Umsetzung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX)

Für die Weiterentwicklung der Rehabilitation ist mit dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX), das in der vergangenen Legislaturperiode beschlossen worden ist, ein bedeutender Schritt getan. Es ist wichtig, dass Suchtkranke neben den Behinderten zu den Leistungsberechtigten dieses Gesetzes gehören. Zurzeit läuft die Phase der Implementierung des SGB IX. Seine Umsetzung wird die Zukunft der Sucht-Rehabilitation wesentlich prägen. Die Ziele des SGB IX – „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe“ – verändern die Rehabilitation von Grund auf.

Suchtkranke wie auch behinderte Menschen sind nicht mehr lediglich Empfänger von sozialen Leistungen, sondern Subjekt in einem selbstbestimmten Alltag. Im Mittelpunkt des SGB IX steht der Mensch. Die Anforderungen des SGB IX werden erfüllt, wenn die institutionelle und maßnahmeorientierte Rehabilitation durch eine individuelle, personenzentrierte und funktionale Rehabilitation ersetzt wird.

Voraussetzung für eine solche individuelle und personen-zentrierte Rehabilitation ist insbesondere, den Wunsch- und Wahlrechten der Leistungsberechtigten Geltung zu verschaffen. Sowohl bei der Entscheidung über die Leistungen als auch bei deren Ausführung müssen die Rehabilitationsträger den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechen. Dies hat zur Folge, dass bei der Entscheidung über geäußerte Wünsche nicht mehr eine Abwägung mit Interessen des Rehabilitationsträgers stattfindet, sondern Wünsche nur dann abgelehnt werden können, wenn ihnen Recht entgegensteht.

Mit dem SGB IX wurde zudem die Rechtsgrundlage für eine völlig neue Leistungsform geschaffen: dem persönlichen Budget. Kennzeichnend für die Rehabilitation war bisher das Sachleistungsprinzip. Aus der Erkenntnis, dass das Sachleistungsprinzip im Rahmen der Förderung der Selbstbestimmung auf Grenzen stößt, wurde mit dem persönlichen Budget die Möglichkeit geschaffen, dass die Leistungsberechtigten ihren Bedarf an Teilhabeleistungen selbst organisieren. Mit dem persönlichen Budget erhalten die Leistungsberechtigten von den Trägern die Mittel, um selbst entscheiden zu können, welche Hilfen für sie am besten sind sowie welcher Dienst und welche Personen ihnen zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen. Nicht mehr die Leistungsträger treten gegenüber den Leistungserbringern als Vertragspartner auf, sondern die Berechtigten selbst. Das persönliche Budget ist damit wie kaum eine andere Leistungsform dazu geeignet, die individuelle Selbstbestimmung suchtkranker oder behinderter Menschen und die Entstehung bedarfsgerechter Leistungsangebote zu fördern. Das SGB IX führt das persönliche Budget für alle Rehabilitationsträger und grundsätzlich für alle Leistungen ein. Es verpflichtet die Rehabilitationsträger, persönliche Budgets in Modellvorhaben zu erproben.

Bisher findet das persönliche Budget in der Praxis kaum Beachtung. Es ist aber eine der bedeutendsten Innovationen. Den Leistungsberechtigten muss im Rahmen des persönlichen Budgets auch nicht unbedingt Geld ausgezahlt werden. Von seiner Idee her ist das persönliche Budget zwar so ausgelegt, doch sind andere Möglichkeiten nicht ausgeschlossen, wie beispielsweise die Ausgabe von Gutscheinen innerhalb des Budgets, wie es sie in den Niederlanden gibt. All dies sind Fragen, die die Rehabilitationsträger möglichst schnell in Modellen erproben müssen.

Der Grundsatz „Vorrang der Prävention“ prägt das SGB IX und ist umfassend – über alle Zuständigkeiten der einzelnen Rehabilitationsträger hinweg – ausgestaltet worden. Damit wird klargestellt, dass Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen vermieden werden müssen. Das gilt auch für die Vermeidung von Suchterkrankungen. Hierauf haben alle Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Aufgaben hinzuwirken und in einer einheitlichen, abgestimmten Verfahrensweise gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten. Leistungen

werden häufig zu spät eingeleitet, weil deren Notwendigkeit nicht früh genug erkannt wird. Der Zugang suchtkranker Menschen zur medizinischen Rehabilitation erfolgt oft erst nach langem Suchtverlauf, medikamentenabhängige Menschen, insbesondere Frauen, werden kaum erreicht.

Auch der Betrieb spielt hier eine Rolle. Deshalb ist im SGB IX mit § 84 bereits eine Vorschrift zur betrieblichen Prävention verankert. Danach sollen bei längeren Abwesenheitszeiten aus gesundheitlichen Gründen u. a. auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgen, um möglichst frühzeitig einzugreifen und einer Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses vorzubeugen.

Der Verwirklichung eines bürgernahen und schnellen Zugangs zu den erforderlichen Leistungen dienen auch die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Erfreulicherweise haben die Träger bis zum Ende des vergangenen Jahres ein flächendeckendes Angebot von gemeinsamen Servicestellen aufgebaut, die Inanspruchnahme der Servicestellen ist jedoch noch nicht zufriedenstellend. Auch über die Arbeit dort gibt es immer wieder Klagen.

Wichtig ist, dass die Leistungsberechtigten die auf sie individuell abgestimmten Leistungen im Zusammenspiel aller Akteure zum jeweils richtigen Zeitpunkt erhalten. Eines der wichtigsten Anliegen des SGB IX ist deshalb die Abstimmung der verschiedenen Leistungen aufeinander und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Ziel ist, dass alle nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen gemeinsam mit den Leistungsberechtigten funktionsbezogen festgestellt und schriftlich so zusammengestellt werden, dass sie nahtlos ineinander greifen. Verantwortlich hierfür ist der Rehabilitationsträger, der nach Klärung der Zuständigkeit in dem Verfahren nach § 14 zu leisten hat. Die Gesamtleistung aller beteiligten Rehabilitationsträger soll dem Berechtigten gegenüber „wie aus einer Hand erbracht“ erscheinen. Davon sind wir allerdings noch weit entfernt.

Die Grundsätze der Koordinierung sowie die im SGB IX beschriebenen Ziele der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wie die Sicherung der Erwerbsfähigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, sind gemäß § 27 SGB IX nicht nur im Rahmen spezifischer Rehabilitationsleistungen zu berücksichtigen, sondern bei allen ambulanten und stationären medizinischen Leistungen, also auch in jeder Phase der Akutbehandlung. Dahinter steht der Gedanke der frühzeitigen Intervention oder auch der sog. „Rehabilitation des ersten Tages“. Diese Bestimmung, die das „institutionelle“ Verständnis von Rehabilitation zu einem funktionellen fortentwickelt, wird bisher zwar in der wissenschaftlichen Diskussion, nicht jedoch in der Praxis beachtet. Für die Praxis bedeutet die Regelung zumindest, dass von den an der kurativen Versorgung Beteiligten erwogen werden muss, ob im Einzelfall Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein könnten. Gegebenenfalls muss ein Rehabilitationsträger oder eine gemeinsame Servicestelle informiert werden. Dies verlangt ein umfangreiches Wissen nicht nur über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Notwendigkeit, ambulante Rehabilitation auszubauen, ist heute unstrittig. Das SGB IX legt für alle Sozialleistungsbereiche fest, dass nichtstationäre Leistungen grundsätzlich zu bevorzugen sind. Selbstverständlich ist dies nicht die strikte Festlegung eines Grundsatzes „ambulant vor stationär“ oder gar „wohnortnah vor wohnortfern“. Vielmehr steht der Vorrang unter dem Vorbehalt der Prüfung des Einzelfalls und der vergleichbaren Wirksamkeit. Der Rehabilitationsträger ist vielmehr – auch ohne einen entsprechenden Wunsch Berechtigter – gehalten zu prüfen, ob das Ziel der Rehabilitation durch ambulante Leistungen mit vergleichbarer Wirksamkeit erreicht werden kann. Ist dies der Fall und stehen auch einzelfallbedingte Hinderungsgründe nicht entgegen, hat er kein Auswahlmessen zwischen den Leistungsformen. Die ambulante Form im Bereich der Rehabilitation abhängiger Menschen kommt vor allem für die Leistungsberechtigten in Betracht, die sich in einem früheren Stadium der Krankheitsentwicklung befinden, auch weil die bisher vorherrschende stationäre Behandlung eher auf Rehabilitanden ausgerichtet ist, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung befinden.

3.7. Nachsorge in der Suchtkrankenhilfe

Der Schritt in ein eigenverantwortliches und selbständiges Leben nach der Entlassung aus der stationären Therapie bedeutet für abhängige Menschen häufig eine Überforderung und kann Rückfälle zur Folge haben. Der in der stationären Therapie begonnene Prozess der Neuorientierung sollte deshalb mit gezielten und weiterführenden Hilfen fortgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wurde das Angebot ambulanter und stationärer Nachsorge als Teilbereich der medizinischen Rehabilitation eingeführt. Seit 1986 fördert die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) auf der Grundlage des § 31 Abs.1 Nr.5 SGB VI die Tätigkeit von überregionalen Fachkräften (insgesamt 30 Nachsorgereferenten) in Abstinenz- und Selbsthilfeverbänden sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, welche Mitglied in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. sind.

Aufgabe dieser Fachreferentinnen und Fachreferenten ist die schrittweise Etablierung von Angeboten und Maßnahmen der Nachsorge, die zur Rückfallvermeidung und (Wieder-)Eingliederung suchtkranker Menschen im Sinne sozialer und beruflicher Integration dienen. Die Tätigkeit der Nachsorgereferenten hat über Jahre Bestand und ist inzwischen zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Suchtkrankenhilfe geworden.

Dabei wurden in 2002 Projekte für Zielgruppen entwickelt, die am bestehenden Nachsorgeangebot bisher nur wenig partizipieren konnten. Hier sind insbesondere zu nennen: Frauen, Migranten und junge Suchtkranke.

Im Bereich der Selbsthilfe nehmen die Nachsorgereferenten die Funktion einer Begleit- und Unterstützerperson von ehrenamtlichen Kräften wahr. Sie reagieren in erster Linie auf Impulse aus der Praxis vor Ort. Sie unterstützen Ehrenamtliche in ihren Bemühungen, eigenständig Selbsthilfegruppen aufzubauen und stehen den Gruppen in allen Problemlagen zur

Seite. Ferner versuchen sie, die bisherigen Selbsthilfestrukturen flächendeckend miteinander zu vernetzen und den Austausch- und Informationsfluss aktiv zu fördern. Dabei wird der Initiierung verschiedener Seminare und Schulungen für ehrenamtliche Helfer und Gruppenmitglieder (Suchtkranke und Angehörige) ein wesentlicher Stellenwert eingeräumt. So wurden z. B. von den beiden Sucht-Selbsthilfeverbänden Freundeskreise e. V. und Kreuzbund e. V. im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Der Rückfall“ in verbandsübergreifenden Trainingsseminaren in 2002 die Rückfallprophylaxe in Selbsthilfegruppen bearbeitet.

Im Bereich der professionellen Nachsorge stellt die Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von Handlungsstrategien zur Einleitung von Maßnahmen in der Suchtkrankenhilfe dar. Dabei sollen neue Kooperationsformen mit anderen Institutionen z. B. der Jugendhilfe, Arbeitsämtern, Betrieben, Frauen- und Ausländerbeauftragten erschlossen werden, um für Abhängige auch über die Suchtkrankenhilfe hinaus ein breites Hilfsangebot zu erschließen. Dazu wurde z. B. von den Nachsorgereferenten des Fachverbandes für Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR) der „BundesFrauenKongress Sucht“ vom 5.–6. September 2002 unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin veranstaltet. Ziel war es, zur Verbesserung der Situation suchtkranker Frauen beizutragen, Defizite im Versorgungssystem herauszuarbeiten und Standards zu setzen.

Die Nachsorgereferenten der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. und des FDR haben Handlungskonzepte zur interkulturellen Öffnung der Suchtkrankenhilfe für Migranten entwickelt. Dabei wurden im Jahr 2002 im Rahmen der Fortbildungsreihe „Sucht-Migration-Hilfe“ in sieben zweitägigen Seminaren rund 200 Fachkräfte in 2002 für die Arbeit mit dieser Zielgruppe geschult und sensibilisiert.

3.8. Suchterkrankung und Strafvollzug⁷⁾

Der Justizvollzug liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. Die Organisation des Vollzugs, die Mitwirkung bei der Gesetzgebung, finanzielle und personelle Ressourcen, Sicherheits- und Bauangelegenheiten sowie die Beschäftigung der Gefangenen obliegt den entsprechenden Ressorts der Justizministerien. Da Drogen im Gefängnis schwerer zugänglich sind als außerhalb, wird von den Abhängigen häufiger auf besonders riskante Konsumformen („needle-sharing“) zurückgegriffen.

Eine wichtige Maßnahme für die resozialisierungsförderliche Gestaltung des Justizvollzugs ist die Gefangenen- und Gefangenenausbildung. Bei vielen Gefangenen ist ein deutlicher Bildungsrückstand gegenüber Nichtstraffälligen festzustellen. Damit vor allem unausgebildete straffällige Jugendliche nicht weiter „auf der Strecke“ bleiben und sich kriminelle Verhaltensweisen verfestigen, werden unterschiedliche Bildungsangebote bereitgestellt: Förder-, Elementar- und Hauptschulkurse (Schwerpunkte: Lesen, Rechnen und Schreiben in Alltagssituationen), Realschulkurse und Berufsschulunterricht (theoretische und praktische Ausbildungseinheiten).

7) Quelle: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunktes für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001, Im Auftrag der EBDD und des BMGS, Stand: 18.12.2002

ten). Für ausländische Gefangene werden z. T. Weiterbildungsangebote möglichst in der jeweiligen Landessprache durchgeführt. Bildungskurse in der Freizeit informieren beispielsweise über Alkohol und andere Suchtmittel. Erste Hilfe, Sprach- und Schreibmaschinenkurse sowie eine EDV-Grundausbildung werden ebenfalls angeboten. Von 1998 bis 2000 wurde in den Ländern Brandenburg, Bremen und Niedersachsen ein Telekooperationsnetzwerk (TELiS) für das computergestützte Lernen im Strafvollzug aufgebaut und derzeit in ein Europäisches Netzwerk mit spanischen, portugiesischen, französischen und englischen Gefängnissen eingebunden (www.telis.uni-bremen.de).

Repression ist 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. Eine zusätzliche externe Suchtberatung an JVA's existiert seit Mitte der 80er Jahre und scheint sich langsam zu etablieren. Drogenkonsum im Vollzug wird nicht mehr grundsätzlich verleugnet, 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 erforderlichen repressiven Maßnahmen ist mittlerweile die Notwendigkeit von externen und internen Beratungsangeboten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen unbestritten.

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,
- 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,
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Selbsthilfegruppen, wie beispielsweise die Anonymen Alkoholiker, die auch von polytoxikomanen Gefangenen genutzt werden, sind im allgemeinen im Vollzug gerne gesehen und haben überwiegend einen positiven Einfluss auf die teilnehmenden Gefangenen. Die Teilnahme erfolgt in der Regel freiwillig und in der Freizeit. Spezielle Selbsthilfegruppen für Drogenabhängige – wie z. B. Narcotics Anonymous – sind im Vollzug seltener vertreten. Substitution wird im Gefängnis in den meisten Bundesländern angeboten.

§ 35 und § 38 BtMG ermöglicht für betäubungsmittelabhängige Straftäter, die zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt wurden, sowohl einen Aufschub einer

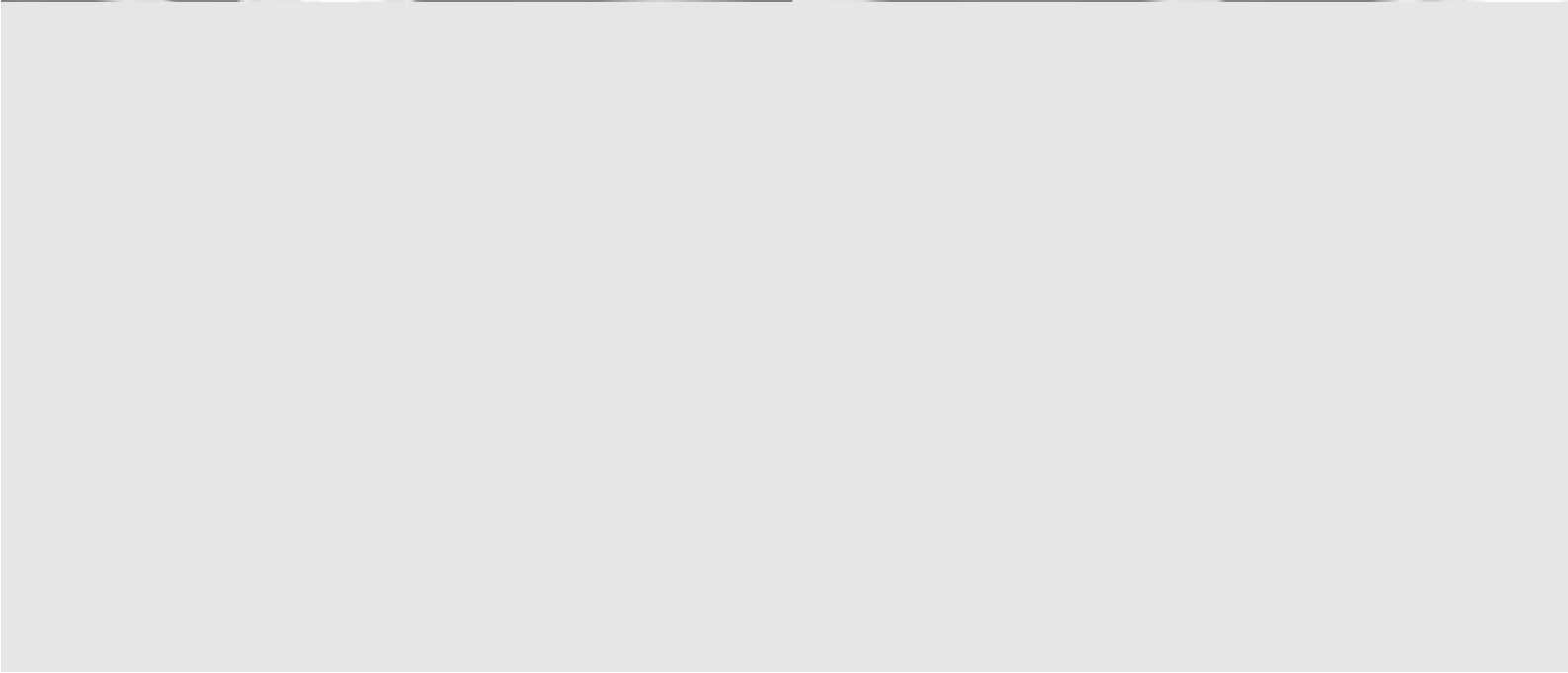
anstehenden als auch die Unterbrechung einer begonnenen Strafvollstreckung zugunsten einer Behandlung. Der Verurteilte muss sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befinden oder eine solche zusagt haben, deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Der Verurteilte ist verpflichtet den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen. Die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit. Der Weg aus der Haft in Therapie führt in so gut wie allen Fällen nur über die Antragstellung bei einer oder meist mehreren Staatsanwaltschaften, die erst nach Vorliegen aller notwendigen Unterlagen (Bescheinigung über einen Therapieplatz mit Aufnahmetermin, schriftliche Kostenzusage, Zustimmung des zuständigen Gerichts usw.) entscheidet. Zeitverzögerungen und Terminverschiebungen sind häufig.

Die Vorbereitung und Vermittlung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung auf der Grundlage der §§ 35/36 BTMG können bei begonnener Haft entweder von externen Drogenberatern oder von der Suchtkrankenhilfe der Justizvollzugsanstalten koordiniert werden.

Insgesamt können Qualität und Quantität der Maßnahmen sehr variieren. Drogenberatung kann intern durch festangestellte sozialpädagogische oder psychologische Fachkräfte durchgeführt werden oder von externen speziellen Drogenberatungsstellen auf Anfrage oder im Rahmen einer festgelegten Stundenzahl übernommen werden.

Im Rahmen eines Modellprojektes zur Evaluation der JVA-Suchtberatung in Bayern wurden 46 externe Suchtberater im Rahmen eines semi-standardisierten Interviews zu ihren Arbeitsbedingungen und Beratungskonzepten befragt (Küfner et al. 2000). Fast alle Berater hatten ein Sozialpädagogikstudium absolviert, nur ein Viertel der Berater hatte für die Tätigkeit in der JVA eine spezielle Fortbildung. Durchschnittlich kommen 237 Insassen auf einen Berater. Die Information über das JVA-Suchtberatungsangebot wird meist mündlich über den JVA-Sozialdienst oder JVA-Mitarbeiter vermittelt.

4. Überlebenshilfen



4. Überlebenshilfen

Nur wer überlebt kann aussteigen. Das Angebot von Überlebenshilfen bildet eine eigenständige Säule innerhalb der Drogen- und Suchtpolitik. Es richtet sich an schwerstabhängige Menschen, deren Überleben es zunächst zu sichern gilt. Diese Suchtkranken sind oftmals erst dann in der Lage, den Weg einer Therapie einzuschlagen, wenn sie sich durch die Nutzung von Überlebenshilfen stabilisiert haben. Überlebenshilfen verfolgen also eine doppelte Zielsetzung: Sie retten zunächst Leben, um die Suchtkranken dann einer effektiven Behandlung zuzuleiten.

4.1. EXKURS: Drogenbedingte Todesfälle

Im Jahr 2002 verstarben in Deutschland insgesamt 1.513 Menschen infolge des Konsums illegaler Drogen. Damit ist die Zahl der Drogentoten nach einem Rückgang im Vorjahr erneut deutlich gesunken (-17,5%) und befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1997. Bis auf einen Anstieg in Sachsen (+73%) auf der Basis niedriger Absolutwerte und eine Stagnation in Mecklenburg-Vorpommern sind die registrierten Drogentodesfälle in allen Bundesländern rückläufig. Eine Vielzahl von Faktoren, wie zum Beispiel das Konsumverhalten der Drogenabhängigen, das Angebot und die Inanspruchnahme von Therapieplätzen, niedrigschwellige Hilfsangebote wie die Substitutionsbehandlung und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen sind als Gründe zu nennen.

Die Anzahl der infolge von Drogenkonsum verstorbenen Aussiedler ist im Vergleich zum Vorjahr zwar um 8,4% auf 130 Personen zurückgegangen, ihr Anteil an den Drogentoten bleibt in Relation zu ihrem zahlenmäßigen Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands jedoch auf hohem Niveau.

Aussiedler sind häufig bereits bei der Migration nach Deutschland alkohol- oder opiatabhängig. Insbesondere jugendliche Aussiedler praktizieren dann in Deutschland gefährdungssteigernde Konsummuster. Innerhalb kurzer Zeit sind solche Konsumenten oft hochgradig abhängig. 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 dieser Bevölkerungsgruppe in Betracht kommen.

DROGENTODESFÄLLE IN DEUTSCHLAND

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------------|-------|-------|--------|
| Drogentodesfälle | 2.030 | 1.835 | 1.513 |
| Veränderung zum Vorjahr | | -9,6% | -17,5% |
| davon Aussiedler | 176 | 142 | 130 |

4.2. Evaluation der Drogenkonsumräume

Die häufigsten Todesursachen bei Opiatabhängigen sind nach wie vor Überdosierungen von Heroin und Mischintoxikationen infolge polyvalenten Drogenmissbrauchs. Deswegen ist es ein vordringliches Ziel der Bundesregierung, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit der Drogenabhängigen zu sichern, und über ausstiegsorientierte Hilfen und Therapieangebote eine gesundheitliche und soziale Rehabilitation zu ermöglichen.

Der Gesetzgeber hat mit Zustimmung des Bundesrates im April 2000 die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Bundesländer, die solche Angebote für notwendig halten, entsprechende Rechtsverordnungen erlassen können, um Drogenkonsumräume einzurichten. Die Rahmenvorschrift des Bundes enthält dafür Mindestvorschriften zur Sicherung der Qualität dieses Angebotes, wie u. a. jederzeitig zur Verfügung stehende Nothilfe, das Angebot zur Weiterführung in andere Hilfen, die Bereitstellung qualifizierten Personals, die Kooperation mit den Ordnungsbehörden oder die Verhinderung von Straftaten in den Räumen und in der unmittelbaren Umgebung. Rechtsverordnungen gibt es mittlerweile in Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland. In Berlin ist eine Rechtsverordnung in Vorbereitung. In Baden-Württemberg und in Bayern wird von verschiedenen Städten die Einrichtung von Drogenkonsumräumen gewünscht, die Länder verweigern jedoch entsprechende Rechtsverordnungen.

Es gab deutliche Hinweise dahingehend, dass die Einrichtung und der Betrieb von Drogenkonsumräumen zu einer Senkung von Drogentodesfällen führen. Um diese Trends wissenschaftlich abzusichern und den Einfluss der neuen Gesetzgebung zu untersuchen, erfolgte die Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume im Zeitraum von November 2001 bis Juli 2002.

Die Ziele der Studie bestanden darin,

- die von den Bundesländern erlassenen Rechtsverordnungen miteinander zu vergleichen und deren unterschiedliche Auswirkungen abzuschätzen;
- genaue Daten über die Inanspruchnahme der Einrichtungen (Inanspruchnahme des Hilfsangebotes, Drogennotfälle, Weitervermittlung zu anderen Hilfsangeboten) zu erheben;
- den Betrieb der bereits bestehenden Drogenkonsumräume anhand der vorgeschriebenen Mindeststandards zu bewerten und Vorschläge zur Verbesserung der Praxis zu machen;
- durch eine Zeitreihenanalyse zu überprüfen, welchen speziellen Beitrag Drogenkonsumräume zur Senkung der Drogentodeszahlen sowie der Beschaffungskriminalität und Verringerung der Umfeldbelastungen leisten.

Hierfür wurden die bisher erlassenen landesspezifischen Rechtsverordnungen zum Betrieb von Konsumräumen miteinander verglichen, genaue Daten zur Inanspruchnahme der

Konsumräume und der angeschlossenen Kontakteinrichtungen erhoben, Interviews mit den Leiterinnen und Leitern durchgeführt, Opiatabhängige in den einzelnen Konsumräumen befragt, die Einhaltung der vorgeschriebenen gesetzlichen Mindeststandards überprüft, generelle Schwachstellen ermittelt und Vorschläge zur Verbesserung der Arbeit in den Einrichtungen gemacht. Anhand von Zeitreihenanalysen wurde überprüft, ob Drogenkonsumräume Einfluss auf die Zahl der Drogentoten haben.

In die Untersuchung wurden 19 Drogenkonsumräume in Hamburg (8), Frankfurt/M. (4), Hannover (1), Saarbrücken (1) sowie Nordrhein-Westfalen (5) (Münster, Wuppertal, Essen, Köln, Aachen) einbezogen. In Frankfurt/M. und in Nordrhein-Westfalen (Dortmund) sind zwei weitere Angebote hinzugekommen, die aber nicht mehr untersucht wurden.

Die Ergebnisse der Studie „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“⁸⁾ des Zentrums für angewandte Psychologie-, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS), Bochum, im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit zeigen eindeutig, dass Drogenkonsumräume erheblich dazu beitragen, die Drogentodesfälle zu reduzieren.

Nur wer überlebt, kann letztlich aus der Sucht aussteigen. Deshalb hat die Bundesregierung dafür gesorgt, dass Überlebenshilfen für Heroinabhängige unterstützt und rechtlich abgesichert werden. Die wissenschaftliche Studie bestätigt eindrucksvoll, dass diese Angebote das Sterberisiko deutlich senken und auch dazu führen, dass weiterführende Hilfen von schwer abhängigen Menschen in Anspruch genommen werden.

Zentral sind folgende Ergebnisse:

- Die Zielsetzung, langjährig Heroinabhängige, die Drogenkonsumräume nutzen, in weitergehende (ausstiegsorientierte) Hilfen zu vermitteln, wird erreicht; über die Hälfte der befragten Nutzer gab an, bereits Kontakte zu anderen Hilfen vermittelt bekommen zu haben, insbesondere zu Entgiftungseinrichtungen (23%), Ämtern (20%) und Therapieeinrichtungen (19%).
- In allen Konsumräumen ist das Überleben der Opiatabhängigen durch eine sofort einsatzbereite Notfallversorgung gesichert; es gab im Zeitraum von 1995–2001 insgesamt 2,1 Mio. Konsumvorgänge; für den gleichen Zeitraum sind insgesamt 5.426 Notfälle dokumentiert, die ohne ein sofortiges Einschreiten durch das Personal hätten tödlich enden können.
- In der vom Forschungsinstitut durchgeführten Zeitreihenanalyse, in die die Zahlen der Drogentoten in den untersuchten Städten Hamburg, Hannover, Frankfurt am Main und Saarbrücken über einen Zeitraum von über zehn Jahren eingeflossen sind, konnte festgestellt werden, dass sich der Betrieb von Konsumräumen statistisch signifikant auf die Senkung der Drogentodeszahlen in diesen Städten auswirkt. Drogenkonsumräume leisten damit neben anderen Faktoren einen spezifischen, überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentodeszahlen.

8) Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland; Band 149 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung; Baden-Baden 2003

Darüber hinaus stellt die Studie fest:

- Die Rechtsverordnungen der einzelnen Bundesländer formulieren die Anforderungen an Mindeststandards des Bundesgesetzes konkret aus; es finden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Rechtsverordnungen; Gelegenheits- und Erstkonsumenten wird kein Zugang erlaubt.
- Die Mindeststandards der Rechtsverordnungen werden eingehalten; eine sofortige medizinische Notfallversorgung ist gewährleistet; die hauptamtlichen Mitarbeiter verfügen über die erforderliche Erfahrung für die niedrigschwellige Drogenarbeit; es finden in der Regel Erstgespräche mit den Nutzern der Einrichtungen statt, um auch weiterführende Hilfsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen; es gibt eine gute Vernetzung zu anderen Hilfeeinrichtungen.
- Über drei Viertel der Nutzer waren mit den Öffnungszeiten zufrieden; die Mehrzahl der Mitarbeiter wird auch regelmäßig angesprochen, um weitergehende Perspektiven zu erörtern; der Kontakt zu den Mitarbeitern wird überwiegend positiv bewertet; das Angebot einer Grundversorgung (medizinische Betreuung, Spritzenaustausch u. a.) wird sehr positiv eingeschätzt.

Die ausgewerteten Daten zeigen:

- es wird insgesamt die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe erreicht (insbesondere langjährige Heroinkonsumenten – mit durchschnittlich 12,5-jährigem Konsum und hohem Kokainbeigebrauch),
- Minderjährige sind bei den Befragungen in den Konsumräumen nicht angetroffen worden,
- über 90% der Befragten sind mehrjährig opiatabhängig,
- die gesundheitliche Betreuung verbessert sich durch den Konsumraum nach Angaben der Befragten signifikant,
- durch Konsumräume verbessert sich insgesamt der Zugang zum ärztlichen Hilfesystem,
- die Zusammenarbeit mit Polizei und Ordnungsbehörden funktioniert in den beteiligten Städten gut.

Für die zukünftige Entwicklung dieser niedrigschwelligen Einrichtungen ergaben sich noch einige Verbesserungsmöglichkeiten, so sollte u. a. der Hepatitis-Problematik stärkere Aufmerksamkeit gewidmet werden, ebenso der Frage, wie der Anteil von Frauen, der geringer ist als in anderen Einrichtungen der Drogenhilfe, vergrößert werden kann.

Die Erwartungen der Bundesregierung an die Arbeit der Drogenkonsumräume haben sich erfüllt. Das niedrigschwellige Angebot der Konsumräume erweist sich als ein Mittel zur Stabilisierung der Gesundheit suchtkranker Menschen, der Hilfe zum Überleben und darüber hinaus in manchen Fällen als Anstoß für den Ausstieg aus der Sucht. Außerdem tragen die Konsumräume dazu bei, öffentliche Drogenszenen zurückzudrängen.

4.3. Videoprojekt Fixpunkt e. V. „Erste Hilfe im Drogennotfall“



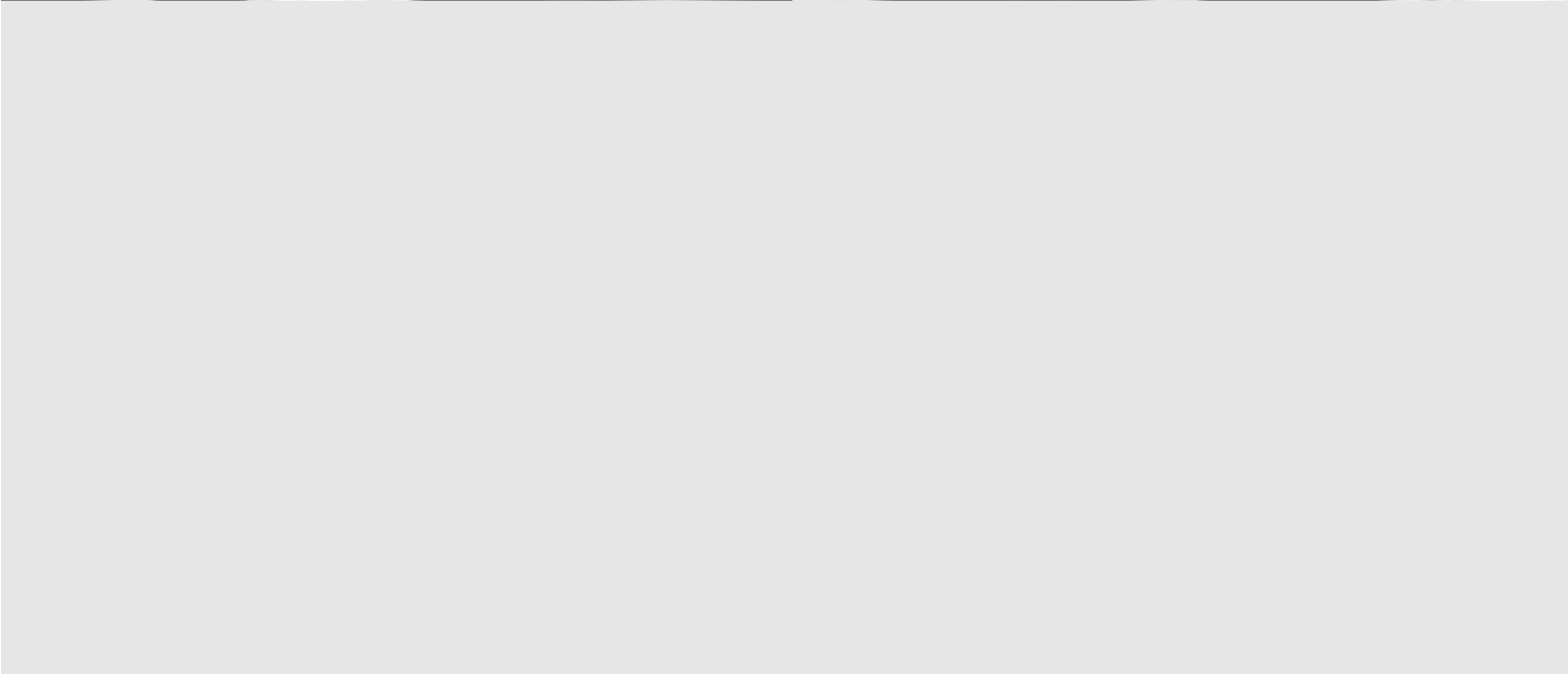
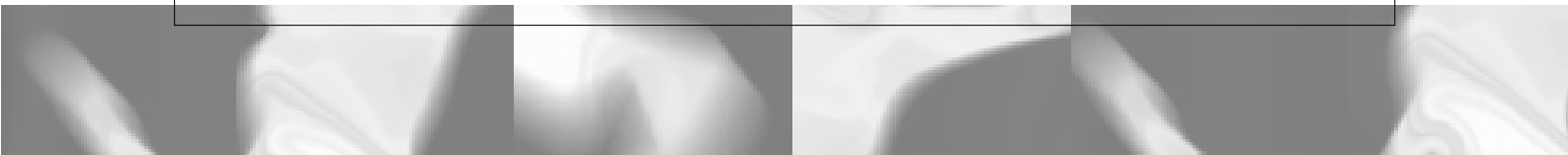
Etwa 80% der drogenbedingten Todesfälle in der Bundesrepublik werden durch Überdosierung, d. h. durch einen sogenannten Drogennotfall, verursacht. Das Risiko eines Drogennotfalls mit tödlichem Ausgang steigert sich erheblich durch Mischkonsum von Opiaten/Opioiden mit Kokain, Alkohol oder Benzodiazepinen und ist deutlich erhöht nach Entlassung aus Haft, körperlichem Entzug oder Abstinenztherapie.

Der Verein Fixpunkt e. V. Berlin hat zur Hilfe für Drogenabhängige in durch Drogenkonsum verursachten lebensbedrohlichen Krisen neben verschiedenen Medien und Hilfe-Maßnahmen einen Videofilm entwickelt. In Verbindung mit Erste-Hilfe-Kursen soll das Video dazu dienen, Wissen über Drogennotfallsituationen zu vermitteln, Überdosierungen zu erkennen und angemessene Hilfsmaßnahmen, z. B. Applikation eines Antidots (Naloxon), im Drogennotfall anwenden zu können.

Drogenabhängige wirkten an dem Film als Berater und Laiendarsteller mit. Primäre Zielgruppen sind intravenös spritzende Drogenkonsumenten und Mitarbeiter des Drogenhilfesystems.

Die Evaluation des Videofilms ergab, dass durch seinen Einsatz der Wissensstand im Hinblick auf die richtige Durchführung angemessener Notfallmaßnahmen messbar verbessert wurde und die Motivation, an einem Drogennotfalltraining teilzunehmen, deutlich gesteigert wurde. Die Akzeptanz des Mediums ist hoch.

5. Repression und Angebotsreduzierung



5. Repression und Angebotsreduzierung

Das Ausmaß an Suchterkrankungen hängt auch von der Verfügbarkeit der Suchtmittel ab. Angebotsreduzierung und repressive Maßnahmen bilden deshalb ebenfalls eine unverzichtbare Säule einer ausgewogenen Drogen- und Suchtpolitik. Dies gilt für illegale Suchstoffe, deren Produktion, Handel und Besitz per Gesetz strafbewehrt verboten sind, genauso wie für die so genannten legalen Suchstoffe, deren Verfügbarkeit es zum Beispiel für Jugendliche einzuschränken gilt.

5.1. Sicherstellung illegaler Drogen

Die durch Polizei- und Zollbehörden registrierten Sicherstellungsfälle und -mengen von Rauschgiften sind im Jahr 2002 bei Heroin, Ecstasy und Cannabisharz (Haschisch) stark zurückgegangen, während teilweise deutliche Steigerungsraten bei Kokain/Crack, Amphetamin und Marihuana zu verzeichnen sind.

Als Ursprungsstaaten für in Deutschland sichergestellte illegale Drogen dominieren seit Jahren Afghanistan, Kolumbien und die Niederlande. Der Türkei kommt weiterhin eine herausragende Bedeutung als Transitstaat für Heroinlieferungen zu. Insbesondere die Niederlande sind häufig Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestellte illegale Drogen.

Afghanistan ist nach wie vor primärer Ursprungsstaat des auf dem europäischen Markt verfügbaren Heroins. Nach Feststellungen von UNODC (United Nations Office on Drug and Crime) hat die Opiumernte nach einem deutlichen Rückgang im Jahr 2001 im Jahr 2002 mit 3.400 t das Niveau gegen Ende der 90er Jahre erreicht. Daher müssen die Aktivitäten der internationalen Staatengemeinschaft und internationaler Organisationen im Hinblick auf die Stärkung der Rauschgiftbekämpfung in Afghanistan und den Anrainerstaaten fortgeführt und weiter intensiviert werden. Infolge des Rückgangs der Opiumproduktion im Jahr 2001 wurde weder eine Verknappung von Heroin auf dem westeuropäischen Markt noch ein Anstieg des Heroinpreises in Deutschland festgestellt.

Die Gesamtzahl der „Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen“ (EKHD) ist mit 20.230 Personen gegenüber dem Vorjahr um 10% rückläufig. Bei einer Betrachtung der Zahlen der EKHD nach Bundesländern ergeben sich eine deutliche Steigerung in Sachsen-Anhalt (+72%) und geringe Zunahmen in Rheinland-Pfalz (+5%) sowie Niedersachsen (+4%). Brandenburg (-31%), Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (je -22%) verzeichnen stark rückläufige Zahlen.

Im Jahr 2002 wurden in 6.658 Fällen insgesamt 520 kg Heroin sichergestellt. Die Fallzahl hat im Vergleich zum Vorjahr erneut um 12%, die Sicherstellungsmenge um 38% abgenommen. Die Zahl der erstauffälligen Heroinkonsumenten ist ebenfalls deutlich rückläufig (-19%).

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland 2.136 kg Kokain sichergestellt, 66% mehr als im Vorjahr. Der deutliche Anstieg ist in erster Linie auf eine Grobsicherstellung von 1.244 kg Kokain zurückzuführen. Die Fallzahl stieg gegenüber dem Vorjahr an (+3%), die Anzahl der erstaufrälligen Kokainkonsumenten stagnierte.

Deutschland ist Konsum- und Transitstaat im Zusammenhang mit Kokain. Im Berichtsjahr waren fast 80% des in Deutschland sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt.

Im Jahr 2002 wurden in 1.628 Fällen 7 kg Crack sichergestellt, was einem Anstieg von 19% bei den Fallzahlen und 243% bei der Sicherstellungsmenge entspricht. Im vergangenen Jahr wurde erstmals die Einfuhr größerer Mengen Crack aus dem Ausland (Niederlande und Belgien) festgestellt. Der deutliche Anstieg der beschlagnahmten Menge ist darauf zurückzuführen. Brennpunkte des Handels mit Crack sind in Deutschland weiterhin Hamburg und Frankfurt/Main. In diesen Städten wurden insgesamt 95% aller Sicherstellungsfälle registriert.

Im Jahr 2002 ist ein deutlicher Anstieg der Sicherstellungsfälle (+17%) und der beschlagnahmten Menge (+38%) von Amphetamin/Methamphetamin zu verzeichnen. Ferner unterstreicht der Anstieg der Anzahl der erstaufrälligen Amphetamin/Methamphetamin-konsumenten um 7% die Tendenz einer offenbar zunehmenden Attraktivität dieser Droge. Der weitaus überwiegende Teil der Amphetaminmenge mit bekannter Herkunft stammte mit 84% aus den Niederlanden.

Bei Ecstasy war im Jahr 2002 erstmals seit Jahren eine deutlich rückläufige Tendenz festzustellen. Die Zahl der Sicherstellungsfälle ist um 20%, die der beschlagnahmte Menge um 30% auf 3,2 Millionen Ecstasy-Tabletten zurückgegangen. Die Anzahl der polizeilich registrierten erstaufrälligen Konsumenten von Ecstasy ist ebenfalls stark rückläufig (-22%). Im Jahr 2002 wurden 6 illegale Rauschgiftlabore (Vorjahr: 7) beschlagnahmt. Dabei handelte es sich um zwei Amphetamin-, zwei Ecstasy-, ein GHB⁹⁾ - und ein Crack-Labor.

Sicherstellungen leistungsstarker Labore blieben im Berichtsjahr aus.

Im Zusammenhang mit Cannabisharz (Haschisch) gingen im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der Fälle (-16%) und die Sicherstellungsmenge (-27%) erneut deutlich zurück. Die Ursache hierfür ist in einer anders ausgerichteten polizeilichen Schwerpunktsetzung zu vermuten, nicht in einer vermeintlich nachlassenden Attraktivität von Cannabis für potentielle Konsumenten.

Im Jahr 2002 wurden von der Droge Khat in 97 Fällen insgesamt 5.038 kg sichergestellt. Die Fallzahl (+67%) und die beschlagnahmte Menge (+72%) haben gegenüber dem Vorjahr zwar erheblich zugenommen, dennoch kommt dieser Droge, die in erster Linie von Ostafrikanern konsumiert wird, im Hinblick auf die Rauschgiftlage in Deutschland keine besondere Bedeutung zu.

Psilocybinhaltige Pilze spielen für den illegalen Rauschgiftmarkt in Deutschland offenbar nur eine untergeordnete Rolle. Bei stagnierender Fallzahl wurden im Jahr 2002 insgesamt 34 kg psilocybinhaltige Pilze sichergestellt.

9) GHB ist die Abkürzung für Gammahydroxybutyratsäure und in der so genannten Partyszene als „liquid ecstasy“ bekannt, obwohl es eine völlige andere chemische Zusammensetzung als Ecstasy (MDMA) aufweist.

5.2. Neue gesetzliche Regelungen zur Reduzierung tabakbedingter Schäden

5.2.1. Geänderte Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherchutz

Die am 10. April 2002 vom Bundeskabinett beschlossene Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Verbesserung des Nichtraucher-schutzes in Betrieben ist nach Zustimmung des Bundesrates am 3. Oktober 2002 in Kraft getreten. Die Neuregelung garantiert Nichtraucherinnen und Nichtrauchern einen rauchfreien Arbeitsplatz. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zur Unterstützung der praktischen Umsetzung der geänderten Arbeitsstättenverordnung ein bundesweites Modellprojekt „Nichtraucher-schutz und Tabakprävention in Betrieben“ gestartet.

Das im Oktober 2002 bei der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. eingerichtete Projektbüro bietet Betrieben, Behörden und Verbänden bundesweit Unterstützung in allen Fragen zu Maßnahmen des betrieblichen Nichtraucher-schutzes sowie zu betrieblicher Raucherberatung an. Die im Rahmen des „WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit“ entwickelte Broschüre „Rauchfrei am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für Betriebe“ ist in einer dritten Auflage bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erschienen. Weitere Materialien zur Förderung des Nichtrauchens in Betrieben sind bei der BZgA in Vorbereitung.

5.2.2. Jugendschutzgesetz

Im Juli 2002 wurde das neue Jugendschutzgesetz verabschiedet, welches am 1. April 2003 in Kraft trat. Es verbietet unter anderem Werbung für Tabakwaren und alkoholische Getränke im Kino vor 18 Uhr. Ferner gilt nun ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren. Bisher gab es für die Abgabe von Tabakprodukten keine Regelung, es galt lediglich ein Rauchverbot für Jugendliche in der Öffentlichkeit, welches somit wirksam ergänzt worden ist. Auch bei den Neuregelung kommt es auf die gesellschaftliche Umsetzung an, besondere Verantwortung trägt hier das Verkaufspersonal. Für Zigarettenautomaten gilt eine Übergangsfrist: sie müssen bis 1. Januar 2007 technisch so umgerüstet sein, dass Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren die Entnahme von Zigaretten nicht möglich ist. Bei Verletzung der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes können Bußgelder bis zu einer Höhe von 50.000 € verhängt werden.

5.2.3. Tabakprodukt-Verordnung

Am 6. Dezember 2002 ist die Tabakprodukt-Verordnung in Kraft getreten. Mit dieser Verordnung wurde die EU-Richtlinie 2001/37/EG über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen in deutsches Recht umgesetzt. Sie ersetzt die

Verordnung über die Kennzeichnung von Tabakerzeugnissen und über Höchstmengen von Teer im Zigarettenrauch vom 29.10.1991.

Kernpunkte der neuen Verordnung sind:

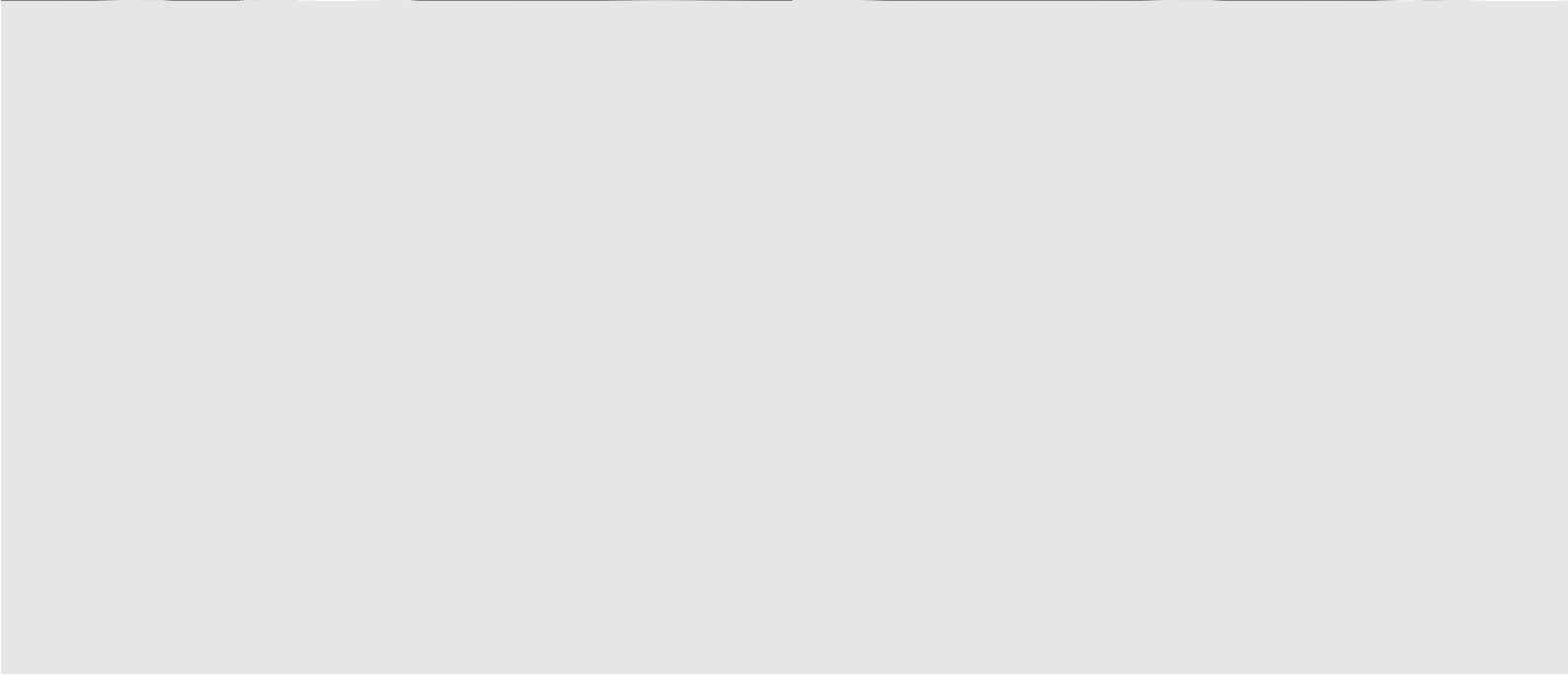
- Für den Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalt im Rauch von Zigaretten gelten folgende Höchstwerte:

| | | |
|----------------------|-------|---------------|
| Teergehalt: | 10 mg | je Zigarette |
| Nikotingehalt: | 1 mg | je Zigarette |
| Kohlenmonoxidgehalt: | 10 mg | je Zigarette. |

- Wesentlich verschärft wurden die bei Tabakerzeugnissen anzubringenden Warnhinweise. Alle Packungen von Tabakerzeugnissen müssen auf einer Breitseite den allgemeinen Warnhinweis „Rauchen ist tödlich“ bzw. „Rauchen kann tödlich sein“ oder „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“ tragen. Die andere Breitseite muss zusätzlich einen von 14 ergänzenden Warnhinweisen wie „Raucher sterben früher“ oder „Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind“ tragen. Diese Warnhinweise sind abwechselnd so zu verwenden, dass sie regelmäßig auf den Packungen erscheinen. Die Warnhinweise müssen in fetter schwarzer Schrift auf weißem Grund gedruckt und mit einem schwarzen Balken umrahmt werden. Der allgemeine Warnhinweis muss mindestens 30% der Breitseite und der ergänzende Warnhinweis mindestens 40% der Breitseite der Packung einnehmen.
- Irreführende Produktbezeichnungen, wie z. B. „mild“ oder „light“, dürfen auf der Verpackung von Tabakerzeugnissen nicht mehr verwendet werden.
- Die Hersteller und Einführer von Tabakerzeugnissen sind verpflichtet, eine Liste mit allen bei der Herstellung der einzelnen Tabakerzeugnisse verwendeten Zusatzstoffen vorzulegen. Dieser Liste ist eine Erklärung beizufügen, in der die Gründe für die Hinzufügung erläutert werden. Das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) ist verpflichtet, diese Daten den Verbrauchern in geeigneter Weise bekannt zu geben. Spätestens bis Ende 2004 will die Europäische Kommission dann eine gemeinsame Liste der in Tabakerzeugnissen zugelassenen Inhaltsstoffe vorlegen.
- Um den organisierten Schmuggel von Zigaretten besser zu bekämpfen, werden die Tabakproduzenten verpflichtet, ihre Produkte auf eine Weise zu kennzeichnen, die eine Rückverfolgung gewährleisten.

Die Verordnung gilt in den wesentlichen Punkten für Zigaretten, welche ab dem 1.10.2003 in den Verkehr gebracht werden. Für andere Tabakprodukte sowie für den Abverkauf der nach den bisher geltenden Vorschriften hergestellten Erzeugnisse wurden z.T. längere Übergangsfristen eingeräumt.

6. Internationale Zusammenarbeit



6. Internationale Zusammenarbeit

Im Zeitalter der Globalisierung spielt die internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Drogen- und Suchtpolitik eine wichtige Rolle. Verträge und Abkommen zielen auf eine Vereinheitlichung der Drogenpolitik der einzelnen Länder ab. Viele Probleme, die sich national in der Drogen- und Suchtpolitik stellen, können nur grenzüberschreitend gelöst werden. Die internationale Zusammenarbeit hat für alle vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik eine große Bedeutung. So findet beispielsweise ein Wissensaustausch über neue Behandlungswege statt, oder eine nachhaltige Entwicklungspolitik in den Anbaustaaten trägt dazu bei, dass das Angebot an Opiaten weltweit reduziert wird.

6.1. Europäische Ebene

6.1.1. Drogenaktionsplan der Europäischen Union (EU)

Der Europäische Rat von Feira hatte im Juni 2000 den EU-Drogenaktionsplan 2000–2004 verabschiedet, der eine Halbzeitevaluierung nach 2 Jahren vorsieht. Diese Evaluierung wurde von der Europäischen Kommission am 4. November 2002 fertiggestellt. Sie analysiert sorgfältig die Entwicklung auf einzelstaatlicher und auf EU-Ebene in den fünf Bereichen des EU-Drogenaktionsplans, nämlich

- Koordinierung der Drogenpolitik,
- Information und Evaluierung der Maßnahmen,
- Verringerung der Nachfrage nach Drogen, Verhütung des Drogenkonsums und von Drogenstraftaten,
- Verringerung des Drogenangebots,
- Internationale Zusammenarbeit.

Sie stellt in diesen Bereichen sowohl Fortschritte als auch Defizite fest. Für die nächsten 2 Jahre sieht sie folgenden Handlungsbedarf:

- Dem Augenmerk auf synthetische Drogen soll Vorrang eingeräumt werden.
- Die Evaluierung der Drogenpolitik und ihrer Maßnahmen muss vorangetrieben werden.
- Mit den Beitrittsländern muss eng kooperiert werden.
- Maßnahmen der EU in Drittländern müssen effizienter koordiniert werden.

Der Rat der EU hat am 28.11.2002 die Halbzeitevaluierung zur Kenntnis genommen. Er hat in seiner Erklärung die Schlussfolgerungen der Kommission gebilligt und sich bemüht, ihre Umsetzung zu konkretisieren. Insbesondere hat er sich der Schwerpunktsetzung der Kommission hinsichtlich der synthetischen Drogen angeschlossen. Darüber hinaus fordert

er für die weitere Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans eine deutlichere Prioritätensetzung, jeweils verbunden mit konkreten Zielen und Fristen. Der Europäische Rat hat am 12./13. Dezember 2002 ebenfalls die Halbzeitevaluierung zur Kenntnis genommen und gebilligt.

Die Halbzeitevaluierung und ihre Schlussfolgerungen dienen als Grundlage für die drogenpolitischen Aktivitäten der EU in der zweiten Halbzeit des Aktionsplans 2000–2004. Voraussichtlich Ende 2003 wird die Kommission die Arbeiten für die abschließende Evaluierung des Aktionsplans aufnehmen. Die Bundesregierung hat sowohl bei der Erarbeitung der Halbzeitevaluierung als auch bei ihrer Erörterung und Bewertung durch den Rat mitgewirkt. Sie teilt die Auffassung der Kommission und des Rates.

6.1.2. Drogenpolitik der Europäischen Union (EU)

Die „Horizontale Gruppe Drogen“ der Europäischen Kommission hat im Jahre 2002 mehrere Empfehlungen zu drogenpolitischen Fragen erarbeitet, die vom Rat verabschiedet wurden, insbesondere Empfehlungen zur

- Einbeziehung der Drogenprävention in die Lehrpläne von Schulen,
- generischen Klassifizierung von synthetischen Drogen,
- Behandlung straffälliger Drogenkonsumenten in Haftanstalten.

Ferner hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit vorgelegt, die ein wichtiger Teilschritt zur Umsetzung des Europäischen Drogenaktionsplanes ist. Wichtiges Ziel dieses Aktionsplanes und der europäischen Drogenstrategie ist es, innerhalb von fünf Jahren drogenbedingte Gesundheitsschäden zu vermindern und die Zahl der Drogentoten zu senken.

Die Bundesregierung begrüßt den Vorschlag der Kommission. Neben der Bekämpfung des Angebotes, der Prävention und der Behandlung sind die Überlebenshilfen und Maßnahmen zur Senkung der gesundheitlichen Risiken bei Drogenabhängigkeit ein Schwerpunkt der deutschen Drogenpolitik. Nur wer überlebt, kann auch in Behandlungsprogramme integriert und langfristig zum Ausstieg aus der Sucht motiviert werden. Daher werden auch die Vorschläge unterstützt, Überlebenshilfen und risikomindernde Maßnahmen in ein Gesamtkonzept der Drogenhilfe zu integrieren. Ebenso wird die Forderung nach Evaluation und Erfolgskontrolle risikomindernder Aktivitäten begrüßt.

Ferner hat die Kommission einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Prävention der Nikotinsucht und für Initiativen zur stärkeren Bekämpfung des Tabakkonsums vorgelegt. Die Empfehlung richtet sich im wesentlichen an die Mitgliedsstaaten. Sie sollen u. a. geeignete Rechts- und Verwaltungsmaßnahmen fördern, um die Abgabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche einzuschränken. Der Schutz vor Passivrauchen und die Gesundheitsförderung sollen verstärkt werden.

Ein hoher Gesundheitsschutz und die Prävention von Gefahren des Rauchens entsprechen der Strategie der Bundesregierung. Deshalb wird das grundsätzliche Ziel des Kommissionsvorschlags, Kinder und Jugendliche noch intensiver vor den Gefahren des Rauchens zu schützen, begrüßt. Die Bundesregierung ist aber der Meinung, dass die Mitgliedsstaaten im Wesentlichen selbst über Art und Umfang zusätzlicher Maßnahmen entscheiden sollten. So wurde z. B. im Hinblick auf einen verbesserten Kinder- und Jugendschutz im neuen Jugendschutzgesetz ein Werbeverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke im Kino vor 18 Uhr durchgesetzt. Insofern ist die Empfehlung an die Mitgliedstaaten, geeignete Regelungen zum Schutz der Jugend oder freiwillige Selbstverpflichtungen zu treffen, bereits national umgesetzt.

6.1.3. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon ist eine Einrichtung der Europäischen Kommission, die 1993 gegründet wurde und deren Aufgabe die Sammlung von Informationen über Drogen und Drogensucht und deren Folgen in der EU ist. Sie bedient sich dazu der nationalen Knotenpunkte in den einzelnen Mitgliedstaaten, die im so genannten REITOX-Netz zusammengeschlossen sind. Sie fungieren als Schnittstellen zum jeweiligen Partnerland und stellen sicher, dass die notwendigen Informationen geprüft und entsprechend bestimmten Standards an die EBDD geliefert werden. Daneben sorgen sie für die Verteilung von Publikationen und Informationen der EBDD im eigenen Land und arbeiten bei der Weiterentwicklung der Grundlagen mit. Insbesondere gilt das für die Harmonisierung und Abstimmung statistischer Informationen, unter denen die so genannten Schlüsselindikatoren das zentrale Element darstellen. Nach einer recht positiven externen Evaluation der Knotenpunkte wurde Anfang 2003 unter Beteiligung der deutschen Mitglieder des Verwaltungsrats ein Rahmenplan („Operational Framework“) für die Weiterentwicklung der Knotenpunkte verabschiedet. Er betrifft die bisherigen Mitgliedsstaaten der EU, aber auch die Länder, deren Aufnahme in den nächsten Jahren ansteht. Für die Arbeiten stellt die EU 110.000 € pro Jahr und Land zur Verfügung, soweit vom Land ebenfalls dieser Mindestbetrag getragen wird.

Die EBDD gibt einen jährlichen Bericht über den Stand der Drogenpolitiken in der EU heraus und führt zu einzelnen Problemschwerpunkten spezielle Untersuchungen durch. Ihr angeschlossen ist das Frühwarnsystem über neue in der Gemeinschaft auftretende synthetische Drogen.

Als Mitglieder im Verwaltungsrat sind die Mitgliedstaaten an den Entscheidungen über die Tätigkeitsschwerpunkte und das jährliche Arbeitsprogramm der EBDD beteiligt. Im Jahr 2002 richtete die EBDD ihr Hauptaugenmerk auf die Entwicklung und Implementierung der so genannten 5 harmonisierten Schlüsselindikatoren, die die Mitgliedstaaten im Jahr zuvor beschlossen hatten. Diese vergleichbaren Indikatoren sind: Umfang und Muster des

Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung, Ausmaß des problematischen Konsums, Nachfrage nach Behandlung, drogenbedingte Infektionserkrankungen und Drogentodesfälle. Hier fördert und koordiniert die EBDD die Sammlung, Analyse und Übermittlung vergleichbarer Daten in den Mitgliedstaaten sowohl auf der definitorischen als auch der technischen Ebene. Weitere Schwerpunkte waren der besorgniserregende Mischkonsum, der Zugang zur Behandlung und der Drogengebrauch im Strafvollzug. Das elektronische Informationsnetz über interessante Präventionsprojekte in einzelnen Mitgliedstaaten (EDDRA) wurde evaluiert und es wurden Vorschläge zur Effektivierung erarbeitet. Hierbei wie auch bei den anderen Projekten zur Datenerhebung legte die EBDD besonderen Wert auf die Einbeziehung und Unterstützung der EU-Beitrittsländer.

6.1.4. Deutsche Referenzstelle der EBDD (DBDD)

In Deutschland hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits kurz nach Gründung der EBDD im Jahr 1993 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und das Institut für Therapieforschung (IFT) als EBDD-Knotenpunkte benannt. Das IFT wurde mit der Koordination der Arbeiten beauftragt. Die drei Partnerorganisationen nahmen ihre Arbeiten im gleichen Jahr auf und arbeiten seitdem entsprechend ihrer Schwerpunktsetzung arbeitsteilig zusammen: die BZgA betreut vorrangig Primärprävention, die DHS Behandlung und das IFT den Bereich Epidemiologie, aktuelle Entwicklungen der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Forschungsergebnisse. Der nationale Knotenpunkt führt seine Arbeiten unter dem Namen „Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)“ durch, die Geschäftsführung der DBDD liegt beim IFT.

Die Aufgaben der DBDD werden jedes Jahr entsprechend der Jahrespläne der EBDD aktualisiert. In den letzten Jahren ging es dabei vor allem darum, die notwendigen Datenquellen zu erschließen, sicherzustellen und der EBDD zur Verfügung zu stellen und Informationen aus dem Bereich der EBDD weiterzugeben.

Die Schwerpunkte der Arbeiten lagen im Jahr 2002 insbesondere in folgenden Bereichen:

- Erstellung des nationalen Jahresberichtes zur Drogensituation für den Referenzzeitraum 2001, der einer einheitlichen europäischen Struktur folgt. Er umfasst die Themenbereiche „Nationale Strategien“, „Epidemiologische Situation“ und „Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage“. Neben diesen Standardthemen werden jedes Jahr spezielle Bereiche bearbeitet. In diesem Jahr ging es dabei um Kosten und Drogenkonsum unter Kindern und Jugendlichen. Der Bericht kann in elektronischer Form unter www.dbdd.de bezogen werden.
- EDDRA-Datenbank zu Aktivitäten zur Reduzierung der Nachfrage: Es wurden aus allen Bundesländern Präventionsprojekte gesucht, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllten.

- Teilnahme am System zur frühzeitigen Erfassung von neuen synthetischen Drogen.
- Die Harmonisierung der 5 Schlüsselindikatoren durch Arbeitsgruppen mit den wichtigsten Partnern und Informationsquellen in Deutschland:
Die Indikatoren beziehen sich auf
 - 1) die Dokumentation von Suchtbehandlung,
 - 2) Umfragen,
 - 3) drogenbezogene Todesfälle,
 - 4) Infektionskrankheiten unter Drogenabhängigen und
 - 5) Prävalenzschätzungen.

Die Arbeitsgruppen beteiligen sich einerseits an der Entwicklung der europäischen Standards, andererseits bemühen sie sich darum, diese Standards national zu implementieren. Nationale Experten zum jeweiligen Thema arbeiten für die DBDD in den jeweiligen europäischen Gremien mit.

Mitarbeiter der DBDD waren daneben im letzten Jahr auch aktiv an Beratung und Training von Mitarbeitern in den Knotenpunkten der neuen Mitgliedsländer beteiligt. Der Leiter der DBDD wurde vor kurzem zum zweiten Mal als Sprecher der Knotenpunkte wiedergewählt. Die Website der DBDD dient ebenfalls der Information ihrer Partner in Deutschland (www.dbdd.de).

6.1.5. Cannabiskonferenz in Brüssel

Cannabis ist die am meisten gebrauchte illegale Droge in Deutschland und den übrigen Mitgliedstaaten der EU. Mindestens 25 Millionen Menschen in der EU haben Cannabis probiert, zwischen 20–30% der Heranwachsenden und jungen Erwachsenen, die Cannabis konsumieren, tun dies an 20 oder mehr Tagen im Monat. Vor diesem Hintergrund fand auf Initiative der Gesundheitsminister von Frankreich, Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland am 15.02.2002 eine internationale Konferenz über Cannabis in Brüssel statt. Im Rahmen dieser Konferenz berichteten Wissenschaftler aus verschiedenen Ländern den Regierungsmitgliedern über aktuelle epidemiologische, pharmakologische und neurobiologische Forschungsergebnisse über Cannabis und effektive Maßnahmen zur Prävention in diesem Bereich.

Breiten Raum nahmen die Erkenntnisse über die negativen Auswirkungen eines intensiven Konsums von Cannabis auf die körperliche und geistige Gesundheit sowie die Frage einer möglichen Abhängigkeit von dieser Substanz ein. Um diese Risiken besser abschätzen zu können, ist es notwendig, zwischen gelegentlichem, regelmäßigem und intensivem Gebrauch von Cannabis zu unterscheiden. Auch ist die Form des Konsums (orale Einnahme oder Rauchen) maßgeblich für die Intensität und Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Negative Auswirkungen des chronischen Gebrauchs auf die Atemwege und das

Herz-Kreislauf-System wurden ebenso festgestellt wie die Gefahr, dass der Gebrauch psychotische Reaktionen auslösen kann. Abhängig von der Häufigkeit und Menge des Gebrauchs nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass die Substanz zu einer psychischen Abhängigkeit führen kann.

Die Konferenz zeigte allerdings auch, dass wichtige Fragen, wie etwa die Wirkung einer Kombination von psychoaktiven Substanzen, insbesondere mit Alkohol, noch offen sind. Um sie zu beantworten und hieraus konkrete und effektive Maßnahmen ableiten zu können, vereinbarten die politischen Leitungspersonlichkeiten aus den fünf Ländern ein follow-up, zu dessen Teilnahme auch die übrigen Staaten der EU eingeladen werden sollen.



6.1.6. Deutsch-Niederländische Zusammenarbeit bei der Drogenhilfe „BINAD“

Die „Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit – BINAD“ wird im Rahmen der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in dessen Gesundheitsabteilung geführt. Hervorgehend aus der „Rückkehrhilfe für deutsche Drogenabhängige aus den Niederlanden“ (Amsterdam), dem Projekt „Drogentouristen Arnheim“ u. a. wurde das Konzept der Fachstelle 1995 entwickelt. Ziel war es, unabhängig von einzelfallorientierten Hilfsangeboten einen Rahmen für die strukturelle Zusammenarbeit zwischen der deutschen und niederländischen Drogenhilfe zu schaffen. Die als EU-Projekt ausgelegte Fachstelle nahm im Herbst 1995 ihre Arbeit auf, im Frühjahr 1997 übernahm das Gesundheitsministerium NRW die finanzielle Verantwortung für die Fachstelle mit ihren zwei Fachkräften. Anfang 1999 stieg das Gesundheitsministerium Den Haag in die Finanzierung einer „Niederlassung“ in Enschede (NL) ein.

BINAD initiiert grenzüberschreitenden Austausch und Begegnung zwischen der Sucht- und Drogenhilfe, der Jugendhilfe, der Polizei, der Justiz, den Verwaltungen und der Politik. Dabei werden gegebenenfalls Kooperationsprojekte entwickelt und gemeinsam mit Partnern vor Ort umgesetzt. Darüber hinaus wirkt die Fachstelle durch die zwei Mal jährlich erscheinende zweisprachige Fachzeitschrift BINAD-INFO als Informationsvermittler, es wird über Konzepte, Projekte, wissenschaftliche Untersuchungen etc. aus dem europäischen Raum berichtet. Mehrfach wurden bereits niederländische Arbeitsmaterialien (z. B. ein Handbuch zur Durchführung von Kursen für Eltern von drogenkonsumierenden Jugendlichen) übersetzt und in überarbeiteter Fassung für die Präventionsfachkräfte auf deutscher Seite herausgegeben. BINAD ist eine Servicestelle für die Praxis.

Ein Beispiel für die Kooperation über die Grenze hinweg:

Die niederländische Gemeinde Venlo, vielen Deutschen als Einkaufsziel bekannt, spielt auch bei einer großen Zahl von Cannabis-Konsumenten auf deutscher Seite eine wichtige Rolle. Im Rahmen der niederländischen Cannabis-Duldungspolitik und der damit verbundenen



Coffee-Shop-Strategie gibt es in Venlo 5 tolerierte Coffee-Shops – daneben aber auch ca. 60 illegale Verkaufsstellen. Derzeit ist die Gemeinde Venlo damit befasst, die Innenstadt von den illegalen Verkaufsstellen zu befreien. Städtebauliche, polizeiliche und drogenpräventive Maßnahmen sind zu einem Bündel geschnürt.

BINAD gehört neben der Gemeindeverwaltung Venlo, dem dortigen Suchthilfesystem und der Drogenberatung Viersen zu einer Arbeitsgruppe, die gemeinsam Ende Januar 2003 eine Konferenz in Venlo durchgeführt hat. Dabei wurden für Multiplikatoren (Lehrer, Jugendamts- und Jugendhilfe-Mitarbeiter, Polizei etc.) Informationen über die jeweiligen gesetzlichen Hintergründe, die strafrechtlichen Risiken des Drogenkaufs in den Niederlanden, die Präventionsansätze und das Regelwerk für die Coffee-Shops transportiert. Anschließend wurde über gemeinsame Strategien zum Umgang mit den Cannabis konsumierenden Jugendlichen aus Deutschland beraten.

BINAD brachte einen Vortrag über die „Deutsch-niederländische Gesetzgebung und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Drogen“ ein und moderierte gemeinsam mit einem Vertreter der Polizei-Prävention aus dem Kreis Viersen einen Workshop dazu. Es wurde eine Broschüre für die Multiplikatoren erstellt und dort ausgegeben („Unsere Grenze und Cannabis“). Darin wird über die niederländische Drogenpolitik, die Drogenprävention dies- und jenseits der Grenze sowie die Situation in Venlo informiert.

In der weiter bestehenden regionalen Arbeitsgruppe werden nun mit den Ergebnissen der Konferenz Maßnahmen erarbeitet, die deutsche Jugendliche und Heranwachsende in angemessener Weise über die (strafrechtlichen) Risiken ihrer Cannabis-orientierten Besuche in Venlo aufklären sollen.

Damit wird die sekundär-präventive Arbeit der Prophylaxe-Fachkräfte auf deutscher Seite unterstützt.

6.2. Vereinte Nationen

6.2.1. Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen

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

Die 45. Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) fand vom 11. bis 15. März 2002 in Wien statt. Die deutsche Delegation stand unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

Inhaltliche Schwerpunkte der CND-Sitzung waren:

- Thematische Debatte über „Alternative Entwicklung“;
- Drogenpolitik in Afghanistan;
- Bestandsaufnahme der internationalen Drogenentwicklung;
- Zwischenbilanz der Umsetzung der Beschlüsse der VN-Sondergeneralversammlung 1998;
- Neuorganisation des VN-Drogenkontrollprogramms UNDCP;
- Vorstellung des neuen Exekutivdirektors Costa (Italien).

Zum inhaltlichen Schwerpunktthema „Vernichtung des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen und Alternative Entwicklung“ fand eine Podiumsdiskussion statt, an der die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Frau Caspers-Merk teilnahm. Es zeigte sich sowohl auf dem Podium als auch in der Debatte ein relativ breiter Konsens über die Bedeutung der Alternativen Entwicklung und über die Bedingungen für ihre erfolgreiche Durchführung. Allerdings legen einige Länder den Schwerpunkt offenbar noch immer mehr auf „law enforcement“ als auf Alternative Entwicklung.

Deutschland brachte einen Resolutionsentwurf zum Thema „Alternative Entwicklung“ ein, der die Ergebnisse der Feldafing-Konferenz vom Januar 2002 zusammenfassen und operationalisieren sollte (vgl. Kap. 6.3.2). Da Kolumbien, Peru und Bolivien zum gleichen Thema ebenfalls eine Resolution einbringen wollten, wurden beide Entwürfe zu einem Entwurf zusammengefasst.

Einen breiten Raum nahmen die Diskussionen über Afghanistan ein. Ein Vertreter von UNDCP war gerade aus Afghanistan zurückgekehrt und berichtete über die Lage und über die laufenden und geplanten Hilfsmaßnahmen. Deutschland unterrichtete die Kommission über das deutsche Engagement beim Aufbau der afghanischen Polizei und über die am selben Tag in Berlin zwischen der Bundesregierung und der afghanischen Interimsregierung getroffenen Vereinbarungen. In einer Resolution legte die CND ihre Haltung zum Drogenproblem in Afghanistan fest und zeigte Wege für seine Lösung auf.

6.2.2. Bericht des Suchtstoffamtes 2001

Das Suchtstoffamt der Vereinten Nationen (International Narcotic Control Board INCB) hat die Aufgabe, die Einhaltung der drei Internationalen Drogen-Übereinkommen aus den Jahren 1961, 1971 und 1988 zu überwachen. Er besteht aus unabhängigen, sachverständigen Mitgliedern und legt jedes Jahr einen Bericht vor. Der Schwerpunkt des INCB-Jahresberichts 2001 lag auf dem Problem der Cyber-Kriminalität, die die Drogenkontrolle und -bekämpfung vor völlig neue Aufgaben stellt. Er fordert u. a. eine VN-Konvention zu „Cybercrime“, was aber gegenwärtig noch als verfrüht erscheint.

6.2.3. Besuch des Exekutivdirektors Costa in Berlin

Nach der Krise im UNDCP-Sekretariat und dem Rücktritt des Exekutiv-Direktors Arlacchi (Dezember 2001) hat im Mai 2002 der neue Exekutiv-Direktor Antonio Maria Costa (ITA) vormals Generalsekretär der Europäischen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung, sein Amt aufgenommen.

Einen seiner ersten Besuche stattete ED Costa der Bundesregierung ab. Am 15./16. Juli 2002 führte er Gespräche in Berlin mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und mit hochrangigen Vertretern des Auswärtigen Amtes, des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und des Innenministeriums. In allen Gesprächen betonte Costa, dass es ihm vorrangig um die Wiedergewinnung des Vertrauens in seine Organisation und um die Erörterung der politischen Rolle der Vereinten Nationen bei der weltweiten Drogenkontrolle und Verbrechensbekämpfung gehe. Es fand ein intensiver Meinungsaustausch mit den verschiedenen Gesprächspartnern statt, bei dem sich ein hohes Maß an Übereinstimmung zeigte. In allen Gesprächen nahm das Thema Afghanistan einen breiten Raum ein.

Der neue Exekutivdirektor hat die Management-Probleme bei ODCCP inzwischen weitgehend gelöst und hat auch die politische Rolle der Vereinten Nationen im Bereich der Drogenbekämpfung neu definiert und deutlich gestärkt.

6.2.4. Dublin-Gruppe

Deutschland arbeitet in der „Dublin Gruppe“ mit, einem informellen Gremium, dem die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Norwegen, USA, Kanada, Japan und Australien sowie die EU-Kommission und die Vereinten Nationen mit dem UNDCP angehören. Als Vorsitzender der Regionalgruppe Osteuropa koordiniert Deutschland die Berichte der jeweiligen Dublin-Gruppen vor Ort zur Drogensituation und zur Bekämpfung des Drogenproblems durch das jeweilige Gastland.

6.3. Drogenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit

6.3.1. Strategien und Projekte

Drogenprobleme beeinträchtigen nicht nur das Leben und Wohlbefinden Einzelner, sie können vielmehr ganze Gemeinschaften zerstören und Regionen und Nationen schädigen. In weit größerem Ausmaß als die Industrieländer sind heute die Entwicklungsländer von Drogenproblemen betroffen. Einerseits ist inzwischen die Anzahl der Drogenabhängigen dort weit höher als in den Industrieländern, andererseits sind vor allem die tropischen Hoch-

landregionen Südamerikas sowie Zentral- und Ostasiens Anbauregionen von Koka und Schlafmohn, Pflanzen aus denen weltweit verwendetes Kokain und Opium produziert wird.

Drogenprobleme, besonders in den Entwicklungsländern, sind auch Entwicklungsprobleme. Erfolge in der Eindämmung der Drogenproduktion und der Reduzierung des gesundheits-schädigenden Drogengebrauchs sind daher erst möglich, wenn es nachhaltig gelingt, Armut zu mindern, Betroffene in Planungs- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen und die Rahmenbedingungen für Entwicklung und gute Regierungsführung („Good Governance“) zu stärken. Die Bundesregierung hat sich diesen Aufgaben angenommen und unterstützt in der bilateralen und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit mit ihren Partnerländern Projekte, die diesen Zielen dienen.

Eine wichtige Funktion für das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) hat dabei das 1990 ins Leben gerufene „Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung“ (ADE), das im Auftrag des BMZ von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) durchgeführt wird. Als Schnittstelle zwischen der Drogenkontrolle und der Entwicklungszusammenarbeit kommt dem ADE eine zentrale Rolle zu. Es bringt die Erfahrungen und Prinzipien der Entwicklungszusammenarbeit in die Drogenkontrolle ein und zielt umgekehrt darauf ab, die Belange der Drogenkontrolle stärker in der Entwicklungszusammenarbeit zu verankern. Es hat ein Finanzvolumen von ca. 6,1 Mio. € und wird im April 2003 beendet sein.

Die Nachwirkungen des 11. September 2001 haben die Dimensionen der Drogenproblematik in ein neues Licht gerückt. Sie machen deutlich, wie eng der internationale Terrorismus und die weltweite Drogenproblematik miteinander verknüpft sind. Eine der besonders einträglichen Finanzierungsquellen für den internationalen Terrorismus ist die Produktion und der Handel mit illegalen Drogen, wie Cannabis, Kokain und Opium sowie mit den immer stärker florierenden synthetischen Drogen. Daher kommt bei der Eindämmung des weltweiten Terrorismus und der organisierten Kriminalität der internationalen Bekämpfung der Drogenproblematik eine äußerst wichtige Funktion zu.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird das ADE ab 2003 von einem Programm zur Förderung entwicklungsorientierter Drogenkontrolle und Drogenhilfe abgelöst. Dieses wird dann stärker ausgerichtet sein auf die Drogenproblematik im Kontext von Krisenprävention und Friedenssicherung, Armutsminderung, Jugend- und Genderförderung sowie HIV/Aids-Prävention.

Zu einem internationalen Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Alternativen Entwicklung kam es zu Beginn des Jahres 2002. Auf der „Internationalen Konferenz zur Rolle der Alternativen Entwicklung in der Drogenkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit“, die vom 7. bis 12. Januar 2002 in Feldafing bei München stattfand, erfolgte erstmals ein direkter Erfahrungsaustausch zwischen Praktikern, Politikern und Wissenschaftlern aus Asien und Lateinamerika.

In der bilateralen Zusammenarbeit mit den Partnerländern wurden vorrangig Projekte der Alternativen Entwicklung bzw. der ländlichen Entwicklung, die in der Regel auch auf Good Governance, also gute Regierungsführung ausgerichtet sind, unterstützt. Schwerpunktländer waren Bolivien, Peru und Kolumbien sowie Laos. Projekte der Drogenprävention wurden vorrangig in El Salvador und Chile sowie in Thailand, Indien und Afghanistan gefördert.

Bei den Projekten handelt es sich um Vorhaben sowohl der finanziellen Zusammenarbeit, abgewickelt von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), als auch der technischen Zusammenarbeit, durchgeführt von der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) bzw. anderen halbstaatlichen, nichtstaatlichen und kirchlichen Durchführungsorganisationen.

Deutschland arbeitet im Bereich der Drogenpolitik intensiv mit dem Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP) zusammen. Die projektbezogene Zusammenarbeit mit UNDCP bezog sich 2002 auf die Länder Vietnam und Myanmar (Alternative Entwicklung) sowie Thailand, Philippinen und Zentralasien (Prävention).

Im Jahr 2002 hat Deutschland gemeinsam mit drei anderen Staaten bei der alljährlich stattfindenden Tagung der UN-Suchtstoffkommission (CND) eine Resolution zur Rolle der Alternativen Entwicklung in der Drogenkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit eingebracht. Darin werden die Mitgliedsstaaten und das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP) dazu aufgefordert, einen Großteil der Ergebnisse und Empfehlungen der Konferenz umzusetzen. Durch die Mitarbeit in diesem Gremium leistet die Bundesregierung einen bedeutenden Beitrag zur Gestaltung einer effektiven und kohärenten internationalen Drogenpolitik.

6.3.2. Internationale Konferenz „Alternative Entwicklung in der Drogenkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit“

Zu einem internationalen Erfahrungsaustausch hatten BMZ, UNDCP, GTZ und DSE¹⁰⁾ im Januar 2002 nach Feldafing bei München eingeladen. Dort wurden gemeinsam mit internationalen Expertinnen und Experten und den beteiligten Fachleuten aus den Anbauländern illegaler Drogenpflanzen die bisher gesammelten Erfahrungen mit dem Konzept der Alternativen Entwicklung ausgewertet. Die rund 80 Mitwirkenden kamen am Ende der Konferenz zu dem Schluss, dass

- Regierungen in den Produktionsländern sowie die internationale Gemeinschaft verstärkte und unmittelbare Schritte unternehmen müssen, um die auf Ebene der Vereinten Nationen zur Alternativen Entwicklung vereinbarten Ziele zur Reduzierung illegaler Drogenkulturen zu erreichen;
- Regierungen in den Produktionsländern Alternative Entwicklung zu einem Hauptelement ihrer Drogenkontrollpolitik machen und es als Querschnittsaufgabe in der nationalen Entwicklungsplanung behandeln sollen;

10) DSE = Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung; seit Oktober 2002: InWEnt = Internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH

- Selbstbestimmung und aktive Beteiligung der betroffenen Bevölkerung und der lokalen Institutionen (einschließlich der Nichtregierungsorganisationen) unabdingbare Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg der Alternativen Entwicklung sind;
- die Projekte der Alternativen Entwicklung Langfristigkeit in der Projektarbeit und im finanziellen Engagement erfordern;
- die internationale Gemeinschaft gemeinsam mit den Regierungen in den Produktionsländern innovative Mechanismen der Finanzierung entwickeln (z. B. Schuldentausch) und dass die internationalen Finanzinstitutionen wie die Weltbankgruppe und regionale und sektorale Entwicklungsbanken eine zunehmende Rolle in der Alternativen Entwicklung übernehmen sollen;
- großer Bedarf an der Erfassung von Kosten und Nutzen der Alternativen Entwicklung und ihrer Wirkungen besteht, um damit Methoden und Instrumente weiter an die sich verändernden politischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen anzupassen.

Weitere Informationen zur Konferenz und die auf der Konferenz präsentierten Dokumente und erarbeiteten Resultate und Empfehlungen können im Internet unter www.alternative-development.net abgerufen werden.



6.3.3. Misereor-Projekt in Kolumbien

Seit zwanzig Jahren engagiert sich die in der südöstlichen Regenwaldregion Kolumbiens gelegene Diözese Mocoa-Sibundoy mit Unterstützung von Misereor und der Katholischen Zentralstelle für Entwicklungshilfe in der Motivierung und Begleitung von Selbsthilfeaktivitäten der verarmten kleinbäuerlichen Bevölkerung. Das schwer zugängliche Gebiet an der Grenze zu Ecuador ist mit Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen deutlich unterversorgt, es gibt keinerlei öffentliche Förderung für die kleinbäuerliche Landwirtschaft. Aufgrund ihrer geographischen Lage und Abgeschiedenheit ist die beschriebene Gegend ein bevorzugtes Anbaugelände der Coca-Pflanze.

Die Verdienstmöglichkeiten durch den illegalen Coca-Anbau sind so hoch, dass kaum ein anderes Produkt damit konkurrieren kann. Das schnelle Coca-Geld hat die lokalen Lebenshaltungskosten enorm verteuert und ruft immer mehr Gewaltakteure auf den Plan: paramilitärische Gruppen und die Guerilla. Die kriegerischen Auseinandersetzungen fordern vor allem Opfer unter der zivilen Bevölkerung, die gewaltsam vertrieben, eingeschüchtert oder gar umgebracht wird. Die Bürgermeister der Region stehen weitgehend auf der Seite oder unter Kontrolle der Paramilitärs; in anderen Teilen Kolumbiens ist die Guerilla dominant. Allgemein gilt, dass staatlicher Schutz vor Menschenrechtsverletzungen kaum gegeben ist.

Die Regierungsprogramme zur Reduzierung des Drogenanbaus funktionieren nicht, da die angekündigten Entschädigungen für die Bauern meist leere Versprechungen bleiben und

stattdessen im Rahmen des so genannten Drogenbekämpfungsplanes „Plan Colombia“ mit US-amerikanischem Geld sogar Substitutionsflächen mit Nahrungsmittelanbau aus der Luft mit Pflanzengiften besprüht werden. Die Verseuchung der Nutzflächen sorgt für eine wachsende Zahl an Binnenflüchtlingen unter den Kleinbauern. Besonders bedenklich ist, dass trotz der zerstörerischen Giftsprüheinsätze die Coca-Produktion weiter ansteigt.

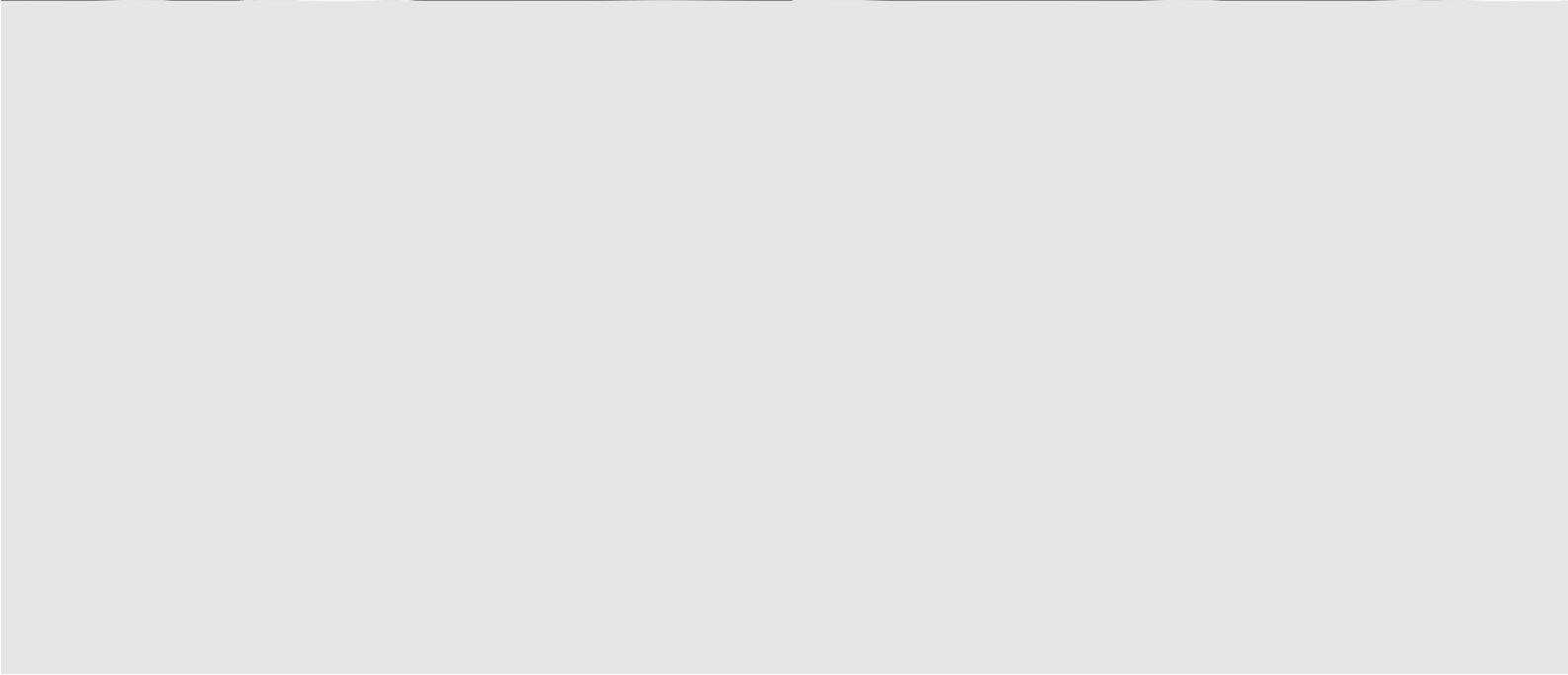
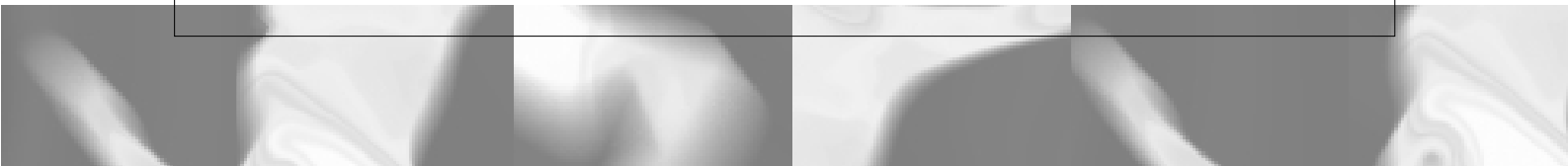


Als Alternative zum Coca-Anbau wird mit den kleinbäuerlichen Familien ein ganzheitlicher Ansatz ländlicher Entwicklung verfolgt. Dieser basiert auf einer nachhaltigen Landwirtschaft, die sich der im Amazonasraum vorhandenen Ressourcen schonend bedient und deren Nutzung die Ernährung der Familien sichern sollte.

Es hat sich gezeigt, dass eine langfristige Gemeinwesenentwicklung nur dann möglich ist, wenn es den Betroffenen gelingt, stabile Selbsthilfeorganisationen herauszubilden, die sich ihrer Rechte bewusst sind und diese auch gegenüber den Entscheidungsträgern einfordern. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass die Kleinbauern versuchen, für ihre Anliegen öffentliche Mittel zu mobilisieren.

Die Praxis hat gelehrt, dass mit isolierten Maßnahmen ein Ausstieg der Kleinbauern aus der Cocaproduktion nicht zu erreichen ist, da ein rein ökonomischer Vergleich den Drogenanbau stets lukrativ erscheinen lässt. Zielführend sind daher solche Konzepte, die eine umfassende Perspektive ländlicher Entwicklung erlauben und eine aktive Beteiligung der Betroffenen vorsehen.

7. Forschung



7. Forschung

Es wird in den nächsten Jahren darauf ankommen, die Suchtforschung als eigenständigen Wissenschaftszweig zu etablieren. Im letzten Jahrzehnt wurden bereits viele neue Erkenntnisse auf diesem Gebiet gewonnen. Es gilt aber, das Wissen über die Entstehungsbedingungen von Suchterkrankungen, die Krankheitsverläufe sowie geeignete Behandlungsmethoden noch weiter zu vertiefen und in die Praxis umzusetzen.

7.1. BMBF-Förderschwerpunkt Suchtforschung

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogrammes der Bundesregierung hat das Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) einen Förderschwerpunkt auf die Suchtforschung gelegt. Es wurden interdisziplinäre Forschungsverbände aufgebaut, in denen substanzspezifische und substanzübergreifende Fragen bearbeitet werden. 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.

Es wurden die folgenden Forschungsverbände für Suchtforschung initiiert:

- Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg: Der Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg hat zum Ziel, durch Forschungsprojekte gemeinsam mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung das Wissen über abhängiges Verhalten, Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten auf breiter Basis im Bereich der Versorgungseinrichtungen und der Öffentlichkeit zu vertiefen. In insgesamt 13 Teilvorhaben werden u. a. die Themenbereiche Raucherentwöhnung, Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen, Rückfallprävention Alkoholabhängiger und Qualitätsmanagement in der ambulanten Praxis bearbeitet. Die Methodik reicht von Tierversuchen bis zu multizentrischen klinischen Studien.
- Suchtforschungsverbund Nord-Ost (EARLINT) – Frühinterventionen bei Substanzmissbrauch: Der thematische Schwerpunkt des Suchtforschungsverbundes Nord-Ost besteht darin, die Wirksamkeit einzelner verhaltensbezogener Maßnahmen zur Frühbehandlung tabakrauchbezogener oder alkoholbezogener Erkrankungen zu testen, wobei auch der gesundheitsökonomische Nutzen der Frühinterventionen bewertet wird. Der Verbund besteht aus insgesamt 7 Teilvorhaben.
- Suchtforschungsverbund Bayern/Dresden (ASAT): Vorrangige Ziele des Suchtforschungsverbundes Bayern/Dresden sind die epidemiologische Bedarfserfassung von Personen mit

Substanzstörungen einschließlich der Untersuchung von Beginn und Verlauf der Störungen sowie die darauf abgestimmte Entwicklung, Implementierung und Evaluation aktuell vorhandener Versorgungsnetze. Die Frage ist: „Bekommt der Patient, was er braucht – und braucht der Patient, was er bekommt?“. Insgesamt sind 5 Teilvorhaben zur Erreichung dieser Ziele vorgesehen.

- Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen (FIND AND COPE): Forschungsschwerpunkt des Suchtforschungsverbundes Nordrhein-Westfalen ist die gleichzeitige Nikotinabhängigkeit bei alkohol- bzw. opiatabhängigen Patienten. In 4 Teilprojekten werden größere Studien zu therapeutischen und biologischen Aspekten der Interaktion bei mehrfacher Abhängigkeit vorbereitet und außerdem eine multizentrische Studie zur Rückfallprophylaxe in der ambulanten Behandlung Alkoholabhängiger durchgeführt. Die Einrichtung einer Professur für klinische Suchtforschung ist vorgesehen.

7.2. Geförderte Studien

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) fördert Studien zur Verbesserung der Behandlung von Suchterkrankungen. Im Jahr 2002 lagen u. a. die Ergebnisse der Studien „Evaluation der Drogenkonsumräume“ (Kap. 4.2.) und „Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen“ (Kap. 2.3.3.) vor. Im Folgenden werden die im Jahr 2002 laufenden Studien benannt.

- **Studie zur ambulanten Ohrakupunkturbehandlung für Alkoholabhängige:**

Im Rahmen der am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführten Studie wird die ambulante Ohrakupunkturbehandlung für Alkoholabhängige evaluiert. Das Erkenntnisinteresse richtet sich darauf, ob Akupunktur im ambulanten Setting als komplementäre Maßnahme zur traditionellen Entzugsbehandlung effektiv und eventuell der medikamentengestützten Entzugsbehandlung überlegen ist und ob eine solche Maßnahme das Behandlungsangebot für Suchtkranke sinnvoll erweitert. Zusätzlich wird der zur Behandlungsdurchführung notwendige Ressourcenbedarf untersucht. Darüber hinaus dient die evidenzbasierte Studie auch als Entscheidungshilfe in Bezug auf die Frage, ob die akupunktur-gestützte Behandlung ggf. in den Leistungskatalog der Leistungsträger aufgenommen werden kann. Das Projekt hat 2002 begonnen und wird in der zweiten Jahreshälfte 2004 abgeschlossen.


- **Forschungsprojekt „Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern – Situationsanalyse und mögliche Hilfen“:**

Defizite in Forschung und Hilfeanbahnung bestehen für die mit geschätzten 1,3 Millionen große Gruppe der Kinder von unbehandelten suchtkranken Eltern (Vater und/oder Mutter), die trotz einer bestehenden Suchterkrankung bislang keine professionelle suchtspezifische Behandlung oder ein Selbsthilfeangebot wahrnehmen. Diese Kinder sind in vielen Fällen während ihrer gesamten Kindheit und Jugend den Folgen der familiären Suchtbelastung ausgesetzt. Prognostisch besteht ein hohes Risiko, körperlich und seelisch zu erkranken. Ihre Chancen, Zugang zu den unterschiedlichen Hilfesystemen zu finden, ist aufgrund ihrer spezifischen Lebenssituation aber drastisch reduziert. Ziel des von Prof. Klein, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, durchgeführten Forschungsprojektes ist es, die Entwicklungsverläufe von insgesamt 325 Kindern im Alter zwischen 12 und 18 Jahren im Hinblick auf die individuellen Auswirkungen der familiären Suchtbelastung zu analysieren. Darüber hinaus sollen die Bedingungen zur Schaffung von Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem analysiert werden. Es wird erwartet, dass mit Hilfe der Studie neue Zugangswege im bestehenden Hilfesystem für die Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern aufgezeigt werden können. Erwartet werden auch Handlungs- und Praxisempfehlungen, mit der die Zusammenarbeit und Vernetzung vorhandener Institutionen (medizinisches Versorgungssystem, Jugendhilfe und Suchthilfe) verbessert werden können. Das Projekt wird 2003 abgeschlossen.

- **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 bei 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. Das Ziel der Untersuchung bestand darin, Erkenntnisse für die Entwicklung von Maßnahmen im Bereich der Prävention für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zu erbringen. Dazu war 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? Die Studie, die auch eine Aufarbeitung der nationalen und internationalen Literatur beinhaltet, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS), Universität Bochum, erstellt. Die Ergebnisse sind veröffentlicht in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 144, Alkohol und Werbung, Auswirkungen der Alkoholwerbung auf das Konsumverhalten bei Kindern und Jugendlichen, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.



Anhang

**Daten zur
Rauschgiftkriminalität
in der Bundesrepublik
Deutschland 2002**

Anhang

Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland 2002

Bericht des Bundeskriminalamtes

Grundlagen der folgenden **DARSTELLUNG DER RAUSCHGIFTSITUATION IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 2002** 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 Bestimmungsstaaten,
- Nationalitäten der Tatverdächtigen.

Die Informationen resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Rauschgiftkriminalität und spiegeln lediglich den Teil des in der FDR erfassten Hellfeldes dieses Kriminalitätsphänomens wider. Generell ist anzumerken, dass die Statistik durch Grobsicherstellungen stark beeinflusst wird.

Die durch Polizei- und Zollbehörden registrierten **SICHERSTELLUNGSFÄLLE UND -MENGEN** von Rauschgiften sind im Jahr 2002 bei Heroin, Ecstasy und Cannabisharz (Haschisch) stark zurückgegangen, während teilweise deutliche Steigerungsraten bei Kokain/Crack, Amphetamin und Marihuana zu verzeichnen sind. Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl der Sicherstellungsfälle und die Sicherstellungsmengen erheblich von der Intensität und Zielrichtung polizeilichen Handelns abhängen, lassen sich allein anhand dieser Daten nur in sehr beschränktem Umfang Rückschlüsse auf das tatsächliche Ausmaß der Rauschgiftkriminalität ziehen. Ob diese Daten auch darauf hindeuten könnten, dass sich möglicherweise aufgrund der intravenösen Applikationsform eine zunehmende Abwendung der Konsumenten von Heroin zugunsten einer zunehmenden Hinwendung zu Drogen wie Amphetamin abzeichnet, müsste gesondert untersucht werden.

Als **URSPRUNGSSTAATEN** für in Deutschland sichergestellte illegale Drogen dominieren seit Jahren Afghanistan, Kolumbien und die Niederlande. Der Türkei kommt weiterhin eine herausragende Bedeutung als Transitstaat für Heroinlieferungen zu. Insbesondere die Niederlande sind häufig Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestelltes Rauschgift.

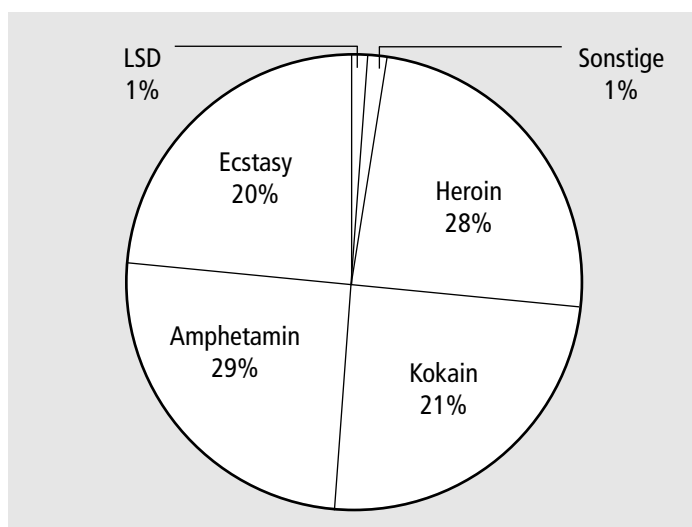
Auch Deutschland hat durch seine geografische Lage in Zentraleuropa eine bedeutende Funktion als **TRANSITSTAAT** im internationalen Drogenhandel. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Kokain- und Ecstasy-Lieferungen aus Westeuropa nach Skandinavien, Ost- und Südeuropa sowie für Transporte von Heroin und Amphetamin aus Osteuropa in Richtung Westeuropa und Skandinavien.

AFGHANISTAN ist nach wie vor primärer Ursprungsstaat des auf dem europäischen Markt verfügbaren Heroins. Nach Feststellungen von UNODC (United Nations Office on Drug and Crime) hat die Opiumernte nach einem deutlichen Rückgang im Jahr 2001 im Jahr 2002 mit 3.400 t das Niveau gegen Ende der 90er Jahre erreicht. Daher müssen die Aktivitäten der internationalen Staatengemeinschaft und internationaler Organisationen im Hinblick auf die Stärkung der Rauschgiftbekämpfung in Afghanistan und den Anrainerstaaten fortgeführt und weiter intensiviert werden. Infolge des Rückgangs der Opiumproduktion im Jahr 2001 wurde weder eine Verknappung von Heroin auf dem westeuropäischen Markt noch ein Anstieg des Heroinpreises in Deutschland festgestellt.

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

Die Gesamtzahl der EKhD ist mit 20.230 gegenüber dem Vorjahr um 10 % rückläufig. Auch dieser Indikator ist maßgeblich von der Intensität und Zielrichtung der Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden geprägt. Die Entwicklung der EKhD wird im Folgenden unter der jeweiligen Rauschgiftart dargestellt.

Bei einer Betrachtung der Zahlen der EKhD nach Bundesländern ergeben sich eine deutliche Steigerung in Sachsen-Anhalt (+72%) und geringe Zunahmen in Rheinland-Pfalz (+5%) sowie Niedersachsen (+4%). Brandenburg (-31%), Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (je -22%) verzeichnen stark rückläufige Zahlen.



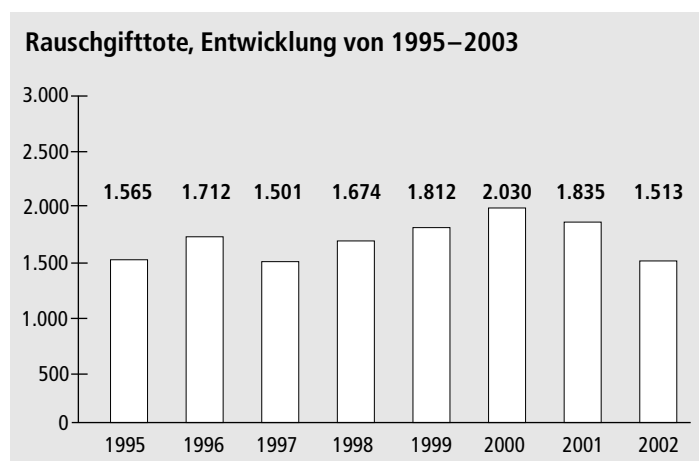
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen 2002

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

Im Jahr 2002 verstarben in Deutschland insgesamt **1.513** Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums. Damit ist die Zahl der Rauschgifttoten nach einem Rückgang im Vorjahr erneut deutlich gesunken (-17,5%) und befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1997. Bis auf einen Anstieg in Sachsen (+73%) auf der Basis niedriger Absolutwerte und eine Stagnation in Mecklenburg-Vorpommern sind die registrierten Rauschgifttodesfälle in allen Bundesländern rückläufig.

Eine Vielzahl von Faktoren, wie zum Beispiel das Konsumverhalten der Drogenabhängigen, das Angebot und die Inanspruchnahme von Therapieplätzen, niedrigschwellige Hilfsangebote wie die Substitutionsbehandlung und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen kann diesen Indikator beeinflussen.



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 Drogen Einfluss stehender Personen.

Die Anzahl der infolge von Rauschgiftkonsum verstorbenen **AUSSIEDLER** ist im Vergleich zum Vorjahr zwar um 8,4% auf 130 Personen zurückgegangen, ihr Anteil an den Drogentoten bleibt in Relation zu ihrem zahlenmäßigen Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands jedoch auf hohem Niveau.

Aussiedler sind häufig bereits bei der Migration nach Deutschland alkohol- oder opiatabhängig. Insbesondere jugendliche Aussiedler praktizieren dann in Deutschland gefährdungssteigernde Konsummuster. Innerhalb kurzer Zeit sind solche Konsumenten oft hochgradig abhängig. 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.

Aussiedler sind deutsche Staatsangehörige mit Geburtsort in den Staaten Rumänien, Polen und der ehemaligen UdSSR mit Wohnsitz in Deutschland (Definition der Bundesländer-Projektgruppe, 1999).

Heroin

Deutlich rückläufige statistische Daten im Zusammenhang mit Heroin.

Im Jahr 2002 wurden in 6.658 Fällen insgesamt 520 kg Heroin sichergestellt. Die Fallzahl hat im Vergleich zum Vorjahr erneut um 12 %, die Sicherstellungsmenge um 38 % abgenommen. Die Zahl der erstauffälligen Heroin-konsumenten ist ebenfalls deutlich rückläufig (-19%).

Bei zwei Grobsicherstellungen war das Heroin für die Niederlande bestimmt.

Im Berichtsjahr erfolgten zwei Heroingrobsicherstellungen von 62 kg in Karlsruhe/BW und 85 kg in Köln/NW, wobei das Rauschgift jeweils aus/über die Türkei transportiert wurde und für Abnehmer in den Niederlanden bestimmt war.

Heroin wird am häufigsten in den Niederlanden beschafft.

Die Niederlande waren mit 606 Sicherstellungsfällen (in 91 % der Fälle mit bekannter Herkunft) der am häufigsten ermittelte Beschaffungsstaat für insbesondere kleinere Heroinmengen. Die Türkei wurde im Jahr 2002 in 12 Sicherstellungsfällen als Herkunfts- bzw. Transitstaat größerer Mengen festgestellt. Insgesamt wurden hierbei

Die Türkei konnte häufig als Herkunftsstaat bei größeren Mengen ermittelt werden.

177 kg Heroin sichergestellt, die über verschiedene ost- und südeuropäische Staaten nach Deutschland geschmuggelt wurden.

Als Tatverdächtige traten im Berichtszeitraum neben deutschen vorrangig türkische und Staatsangehörige aus Serbien und Montenegro im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen in Erscheinung.

Weiterhin relativ geringe Bedeutung von Opium-Delikten trotz steigender Sicherstellungsmenge.

Im vergangenen Jahr wurden in 54 Fällen insgesamt 63 kg **OPIUM** beschlagnahmt. Die Zahl der Sicherstellungen hat gegenüber dem Vorjahr um 13% zugenommen; die Sicherstellungsmenge hat sich mehr als verzehnfacht. Generell ist diese Entwicklung jedoch noch nicht als gravierende Veränderung anzusehen, da sie sich auf der Basis weiterhin niedriger absoluter Zahlen vollzogen hat. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Opium werden häufig iranische Tatverdächtige ermittelt.

Kokain

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland 2.136 kg Kokain sichergestellt, 66% mehr als im Vorjahr. Der deutliche Anstieg ist in erster Linie auf die Sicherstellung von 1.244 kg Kokain in Kassel/HE zurückzuführen. Das aus Kolumbien stammende Rauschgift wurde in einem Container per Seetransport aus Ecuador über Hamburg nach Kassel weitergeleitet und sollte dort an Großabnehmer aus dem europäischen Ausland weiterverteilt werden.

Die Fallzahl stieg gegenüber dem Vorjahr an (+3%), die Anzahl der erstauffälligen Kokainkonsumenten stagnierte.

Deutlicher Anstieg der Sicherstellungsmenge von Kokain.

405 kg des in Deutschland sichergestellten Kokains wurden auf Flughäfen beschlagnahmt, davon 201 kg in Frankfurt/Main. Damit ist seit 1999 wieder ein Anstieg der an deutschen Flughäfen sichergestellten Menge festzustellen. Im vergangenen Jahr wurden zahlreiche Kurierre aufgegriffen, die Kokain im ein- bis zweistelligen Kilogrammereich im Auftrag libanesischer Tätergruppierungen überwiegend aus Brasilien nach Deutschland transportierten.

Rund 20% des in Deutschland sichergestellten Kokains wurde auf Flughäfen beschlagnahmt.

Insbesondere aufgrund der oben genannten Grobsicherstellung ist Kolumbien (1261 kg/13 Fälle) hinsichtlich der beschlagnahmten Menge der bedeutendste südamerikanische Ursprungsstaat. Nach Fallzahlen bei bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande (342 kg/622 Fälle) vor Brasilien (183 kg/117 Fälle) am häufigsten registriert, wobei in der Mehrzahl der Fälle mit Bezug zu den Niederlanden vergleichsweise geringe Mengen sichergestellt wurden.

Die Niederlande sind im Hinblick auf die Fallzahl bedeutendster Herkunftsstaat von Kokain.

Deutschland ist Konsum- und Transitstaat im Zusammenhang mit Kokain. Im Berichtsjahr waren fast 80% des in Deutschland sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt. Am häufigsten wurde Italien (385 kg/77 Fälle) als Bestimmungsstaat ermittelt, gefolgt von Spanien und Südafrika. Hinsichtlich des Bestimmungsstaates Italien ist bemerkenswert, dass auch im Jahr 2002

Italien wurde bei Sicherstellungen in Deutschland am häufigsten als Bestimmungsstaat ermittelt.

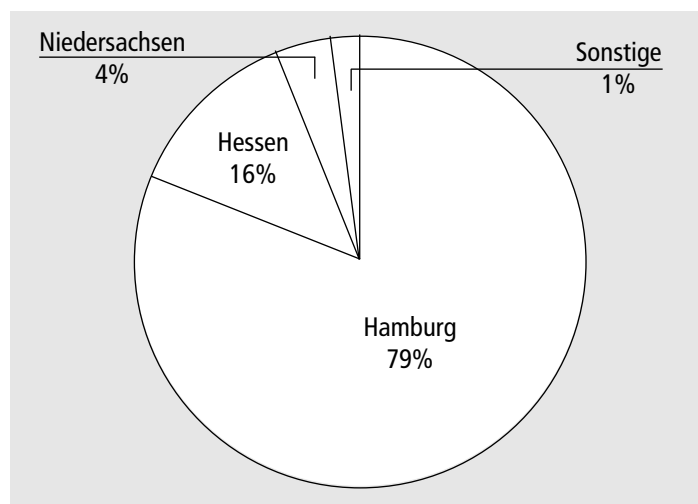
Crack-Sicherstellungen in
Deutschland 2002

zahlreiche Kuriere festgenommen wurden, die in erster Linie Kokain aus den Niederlanden über Deutschland nach Italien schmuggeln wollten.

Bei Sicherstellungen von Kokain dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen, sierraleonischen und italienischen Staatsangehörigen. Die größten Mengen wurden bei Tatverdächtigen aus Kolumbien und Ecuador sichergestellt.

Im Jahr 2002 wurden in 1.628 Fällen 7 kg **CRACK** sichergestellt, was einem Anstieg von 19% bei den Fallzahlen und 243% bei der Sicherstellungsmenge entspricht. Im vergangenen Jahr wurde erstmals die Einfuhr größerer Mengen Crack aus dem Ausland (Niederlande und Belgien) festgestellt. Der deutliche Anstieg der beschlagnahmten Menge ist darauf zurückzuführen.

Brennpunkte des Handels mit Crack liegen weiterhin in Frankfurt/Main und Hamburg.



Brennpunkte des Handels mit Crack sind in Deutschland weiterhin Hamburg und Frankfurt/Main. In diesen Städten wurden insgesamt 95 % aller Sicherstellungsfälle registriert. Auffällig ist der starke Anstieg der Fallzahlen in Niedersachsen auf nunmehr 65 Fälle. An den Brennpunkten wird der Handel mit Crack überwiegend von Westafrikanern (Nigerianern) und Marokkanern dominiert.

Synthetische Drogen

Im Jahr 2002 ist ein deutlicher Anstieg der Sicherstellungsfälle (+17%) und der beschlagnahmten Menge (+38%) von **AMPHETAMIN/METHAMPHETAMIN** zu verzeichnen. Ferner unterstreicht der Anstieg der Anzahl der erst auffälligen Amphetamin/Methamphetaminkonsumenten um 7% die Tendenz einer offenbar zunehmenden Attraktivität dieser Droge.

Amphetamin/Methamphetamin gewinnt erstmals seit mehreren Jahren wieder an Bedeutung.

Der weitaus überwiegende Teil der Amphetaminmenge mit bekannter Herkunft stammte mit 84% aus den Niederlanden (155 kg/176 Fälle). Ferner wurden Belgien (18 kg/9 Fälle) und Dänemark (11 kg/2 Fälle) in Verbindung mit größeren Sicherstellungen registriert. Polen (10 kg/25 Fälle) gewinnt als Herkunftsstaat, insbesondere im Hinblick auf den deutlichen Anstieg der Sicherstellungsmenge (+55%), weiter an Bedeutung.

Ein Großteil des sichergestellten Amphetamins stammt aus den Niederlanden

Von 57 kg Amphetamin, welche im Transit sichergestellt wurden, waren rund 51% für Schweden und 41% für Dänemark bestimmt.

Polen gewinnt als Herkunftsstaat weiter an Bedeutung.

Der Handel mit Amphetamin/Methamphetamin wird in Deutschland von deutschen Staatsangehörigen beherrscht. Bei mehr als 86% der im Zusammenhang mit Sicherstellungen ermittelten Personen handelte es sich um Deutsche, ferner traten Türken und Polen in Erscheinung.

Bei kristallinem Methamphetamin („**CRYSTAL**“) ist die Lage gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert. Im Jahr 2002 wurden in 196 Sicherstellungsfällen 7 kg (+22%) „Crystal“ beschlagnahmt. Am häufigsten sind Bayern und Sachsen mit zusammen 76% aller Fälle betroffen. Die übrigen Fälle entfallen ausschließlich auf ostdeutsche Bundesländer.

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

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

Zwei Drittel der beschlagnahmten Ecstasy-Tabletten waren für das Ausland bestimmt.

Häufig stammen Ecstasy-Tabletten aus den Niederlanden.

LSD verliert offenbar weiter an Bedeutung.

Bei **ECSTASY** war im Jahr 2002 erstmals seit Jahren eine deutlich rückläufige Tendenz festzustellen. Die Zahl der Sicherstellungsfälle ist um 20%, die der beschlagnahmten Menge um 30% auf 3,2 Millionen Ecstasy-Tabletten zurückgegangen. Die Anzahl der polizeilich registrierten erstaußälligen Konsumenten von Ecstasy ist ebenfalls stark rückläufig (-22%).

Mit 68% waren mehr als zwei Drittel der im Jahr 2002 beschlagnahmten Menge nicht für den deutschen Markt bestimmt und sollten überwiegend nach Australien (ca. 1 Mio. Konsumeinheiten/2 Fälle) und in die USA (ca. 500.000 Konsumeinheiten/35 Fälle) geschmuggelt werden.

Bei fast 75% der Sicherstellungsmenge konnten die Herkunft oder der Transitweg ermittelt werden. Aus den Niederlanden wurden nahezu 90% der Menge mit bekannter Herkunft eingeführt.

Bei den in Verbindung mit Sicherstellungen von Ecstasy festgestellten Tatverdächtigen handelte es sich in erster Linie um deutsche Staatsangehörige (81%), ferner traten vornehmlich Türken und Niederländer in Erscheinung. Beim Schmuggel von Ecstasy-Tabletten aus Europa in die USA traten insbesondere in den Niederlanden, Belgien, den USA und in der Dominikanischen Republik ansässige dominikanische Tatverdächtige als Organisatoren in Erscheinung. Ferner spielten israelische Staatsangehörige beim internationalen Handel eine herausragende Rolle.

LSD scheint für den illegalen Rauschgiftmarkt in Deutschland weiter an Bedeutung zu verlieren. Die Sicherstellungsmenge ist im Jahr 2002 zwar um 164% stark angestiegen, diese Entwicklung ist jedoch in erster Linie auf zwei Großsicherstellungen in Baden-Württemberg und am Flughafen Frankfurt/Main zurückzuführen. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist um 45% und die der erstaußälligen LSD-Konsumenten um 58% gesunken.

Im Jahr 2002 wurden 6 illegale **RAUSCHGIFTLABORE** (Vorjahr: 7) beschlagnahmt. Dabei handelte es sich um zwei Amphetamin-, zwei Ecstasy-, ein GHB- und ein Crack-Labor.

Sicherstellungen leistungsstarker Labore blieben im Berichtsjahr aus.

Cannabisprodukte

Im Zusammenhang mit **CANNABISHARZ** (Haschisch) gingen im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der Fälle (-16%) und die Sicherstellungsmenge (-27%) erneut deutlich zurück. Die Ursache hierfür ist in einer anders ausgerichteten polizeilichen Schwerpunktsetzung zu vermuten, nicht in einer vermeintlich nachlassenden Attraktivität von Cannabis für potenzielle Konsumenten.

In 13.380 Fällen wurden 6.130 kg **CANNABISKRAUT** (Marihuana) sichergestellt. Gegenüber dem Vorjahr ist aufgrund der Sicherstellung von 4.170 kg Marihuana in Bremerhaven/HB in einem Container aus Jamaika eine Steigerung der beschlagnahmten Menge um 195% festzustellen.

In über 70% der Sicherstellungen im Zusammenhang mit Cannabis wurden Deutsche als Tatverdächtige registriert, es folgen türkische und italienische Staatsangehörige.

Sicherstellungen im Zusammenhang mit Cannabisöl und Cannabispflanzen waren sowohl hinsichtlich der Menge als auch der Fälle in Deutschland im Jahr 2002 von geringer Bedeutung.

Sonstige illegale Drogen

Im Jahr 2002 wurden von der Droge **KHAT** in 97 Fällen insgesamt 5.038 kg sichergestellt. Die Fallzahl (+67%) und die beschlagnahmte Menge (+72%) haben gegenüber dem Vorjahr zwar erheblich zugenommen, dennoch

kommt dieser Droge, die in erster Linie von Ostafrikanern konsumiert wird, im Hinblick auf die Rauschgiftlage in Deutschland keine besondere Bedeutung zu.

PSILOCYBINHALTIGE PILZE spielen für den illegalen Rauschgiftmarkt in Deutschland offenbar nur eine untergeordnete Rolle. Bei stagnierender Fallzahl wurden im Jahr 2002 insgesamt 34 kg psilocybinhaltige Pilze sichergestellt.

| RAUSCHGIFTTODESFÄLLE UND ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD) | | | | | | | | |
|--|-------------|-----------------|----------------|----------------|--------------------|-----------------|-------------|------------------|
| Zeitraum ▼ | RG -Tote | EKhD Gesamt* | EKhD Heroin | EKhD Kokain | EKhD Amphetamin | EKhD Ecstasy | EKhD LSD | EKhD Sonstige |
| 01.01.–31.12.01 | 1.835 | 22.551 | 7.868 | 4.872 | 6.229 | 6.097 | 549 | 262 |
| 01.01.–31.12.02 | 1.513 | 20.230 | 6.378 | 4.933 | 6.666 | 4.737 | 229 | 218 |
| Veränderungen | -17,5% | -10,3% | -18,9% | +1,2% | +7,0% | -22,3% | -58,3% | -16,8% |

* 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 | | | | | | |
|------------------|-------------------|---------------|-------------------|--------------|---------------|------------|
| Zeitraum | 01.01. – 31.12.01 | | 01.01. – 31.12.02 | | Veränderungen | |
| | Fälle | Menge | Fälle | Menge | Fälle | Menge |
| Heroin | 7.538 | 835,8 kg | 6.658 | 519,6 kg | -11,7 % | -37,8 % |
| Opium | 48 | 4,1 kg | 54 | 62,7 kg | +12,5 % | +1.429,3 % |
| Kokain | 4.044 | 1.288,0 kg | 4.163 | 2.135,7 kg | +2,9 % | +65,8 % |
| Amphetamin | 3.459 | 262,5 kg | 4.048 | 361,7 kg | +17,0 % | +37,8 % |
| Ecstasy | 4.290 | 4.576.504 KE* | 3.417 | 3.207.099 KE | -20,3 % | -29,9 % |
| LSD | 289 | 11.441 Tr | 158 | 30.144 Tr | -45,3 % | +163,5 % |
| Haschisch | 16.541 | 6.863,1 kg | 13.953 | 5.003,0 kg | -15,6 % | -27,1 % |
| Marihuana | 12.487 | 2.078,7 kg | 13.380 | 6.130,2 kg | +7,2 % | +194,9 % |
| Crack | 1.372 | 2,083 kg | 1.628 | 7,2 kg | +18,6 % | +242,9 % |

KE=Konsumeinheiten, Tr.=Trips

* Am 26.04.2001 wurden durch das Polizeipräsidium Oranienburg/BB 150 kg noch nicht tablettierte MDMA-Pulver sichergestellt; dies entspricht einer Menge von ca. 1.350.000 KE Ecstasy

| ILLEGALE HERSTELLUNG/LABORE | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Rauschgiftart | 01.01. – 31.12.01 | 01.01. – 31.12.02 |
| (Meth-) Amphetamin | 4 | 2 |
| Amphetaminderivate/Ecstasy | 2 | 2 |
| Kokain | 1 | 0 |
| GHB | 0 | 1 |
| Crack | 0 | 1 |
| Gesamt | 7 | 6 |

| ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | 01. Jan. – 31. Dez. 2001 | 01. Jan. – 31. Dez. 2002 | Veränderung |
| Gesamt | 22.551 | 20.230 | -10,3% |
| Heroin | 7.868 | 6.378 | -18,9% |
| Kokain | 4.872 | 4.933 | +1,2% |
| Amphetamin | 6.229 | 6.666 | +7,0% |
| Ecstasy | 6.097 | 4.737 | -22,3% |
| LSD | 549 | 229 | -58,3% |
| Sonstige | 262 | 218 | -16,8% |

| LABORE | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 01. Jan. – 31. Dez. 2001 | 01. Jan. – 31. Dez. 2002 |
| Labore gesamt | 7 | 6 |
| Crack | 0 | 1 |
| (Meth)-Amphetamin | 4 | 2 |
| Ecstasy | 2 | 0 |
| Amphetaminderivate | 0 | 2 |
| GHB | 0 | 1 |
| Kokain | 1 | 0 |

Ärztammer Westfalen-Lippe

Gartenstraße 210-214
48147 Münster

Tel.: 02 51 / 929 26 41

Tel.: 02 51 / 929 26 41

Email: anke.follmann@aekwl.de

Website: www.aekwl.de

Bischöfliches Hilfswerk Misereor e. V.

Kath. Zentralstelle für Entwicklungshilfe
Mozartstraße 9
52064 Aachen

Tel.: 02 41 / 44 20

Fax: 02 41 / 44 21 88

Email: postmaster@misereor.de

Website: www.misereor.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V.

Bundesverband e. V.
Märkische Straße 46
44141 Dortmund

Tel.: 02 31 / 586 41 32

Fax: 02 31 / 586 41 32

Email: bke@blaues-kreuz.de

Website: www.blaues-kreuz.org

Blaues Kreuz in Deutschland e. V.

Freiligrathstraße 27
42289 Wuppertal

Tel.: 02 02 / 62 00 30

Fax: 02 02 / 620 03 81

Email: bke@blaues-kreuz.de

Website: www.blaues-kreuz.de

**Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)**

Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Tel.: 02 21 / 89 92 0

Fax: 02 21 / 89 92 300

Email: m.peters@bzga.de

Website: www.bzga.de

Designerdrogen-Sprechstunde

Barnstorfer Weg 48
18057 Rostock

Tel.: 03 81 / 459 00 86

Fax: 03 81 / 490 53 33

**Deutsche Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit – gtz GmbH**

Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung
Postfach 51 80
65726 Eschborn

Tel.: 061 96 / 79 42 02

Fax: 061 96 / 79 80 42 02

Email: christoph.berg@gtz.de

Website: www.gtz.de/drogen

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
(DHS)**

Westring 2
59065 Hamm

Tel.: 023 81 / 901 50

Fax: 023 81 / 90 15 30

Email: info@dhs.de

Websites: www.dhs.de und www.ausweg.de

**Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogen-
sucht (DBDD)**

c/o Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München

Tel.: 089 / 36 08 04 60

Fax: 089 / 36 08 04 49

Email: simon@ift.de

Website: www.dbdd.de

**Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V.
Referat Verkehrsrecht und -medizin**

Johannisstraße 5–6
10117 Berlin

Tel.: 030/22 69 18 44

Fax: 030/22 69 18 46

Email: DVR-Berlin@t-online.de

Website: www.dvr.de

Deutsches Institut für Urbanistik (DIFU)

Franklinstraße 1
10587 Berlin

Tel.: 030 / 39 00 10
Fax: 030 / 39 00 11 00
Email: difu@difu.de
Website: www.difu.de

Fachklinik Haus Weitenau

Austraße 2–6
79585 Steinen

Tel.: 076 27 / 708 50
Fax: 076 27 / 613
Email: blv-FKWeitenau@t-online.de
Website: www.blv-suchthilfe.de

Fachklinik Release

Arbeitskreis Jugendhilfe e. V.
Widumstraße 1
59065 Hamm

Tel.: 023 81 / 921 53 25
Fax: 023 81 / 921 53 22
Email: rbuschkamp@akj-hamm.de

**Fachstelle für grenzübergreifende
Zusammenarbeit/BINAD**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Straße 25–27
48133 Münster

Tel.: 02 51 / 591 32 68
Fax: 02 51 / 591 54 99
Email: binad@lwl.org
Website: www.binad.de

**Fachverband Drogen und Rauschmittel
e. V. (FDR)**

(Fortbildung Migration und Sucht)
Odeonstraße 14
30159 Hannover

Tel.: 05 11 / 183 33
Fax: 05 11 / 183 26
Email: mail@fdr-online.de
Website: www.fdr-online.de

Fixpunkt e. V., Mobilix

Boppstraße 7
10967 Berlin
Tel.: 030 / 693 22 60
Fax: 030 / 694 41 11

Email: mobilix@fixpunkt.org
Website: www.fixpunkt.org

FRED Frühintervention bei ersttauffälligen

Drogenkonsumenten
c/o Landschaftsverband Westfalen-Lippe
– Koordinationsstelle Sucht –
Warendorfer Straße 27
48133 Münster

Tel.: 02 51 / 591 32 71
Fax: 02 51 / 591 54 84
Email: projekt-fred@lwl.org
Website: www.lwl.org

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e. V.

Bundesverband e. V.
Kurt-Schumacher-Straße 2
34117 Kassel

Tel.: 05 61 / 78 04 13
Fax: 05 61 / 71 12 82
Email: mail@Freundeskreise-sucht.de
Website: www.Freundeskreise-sucht.de

Guttempler in Deutschland

Adenauerallee 45
20097 Hamburg

Tel.: 040 / 24 58 80
Fax: 040 / 24 14 30
Email: info@guttempler.de
Website: www.guttempler.de

**Institut für Therapie- und
Gesundheitsforschung (IFT-Nord)**

Düsternbrooker Weg 2
24105 Kiel

Tel.: 04 31 / 57 02 97
Fax: 04 31 / 570 29 29
Email: info@ift-nord.de
Website: www.ift-nord.de

Koordinierungsstelle Frauengesundheit

Knochenhauerstraße 20
28195 Bremen

Tel.: 04 21 / 165 23 98

Kreuzbund e. V.

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Sucht-
kranke und deren Angehörige
Münsterstraße 25
59065 Hamm

Tel.: 023 81 / 67 27 20

Fax: 023 81 / 672 72 33

Email: info@kreuzbund.de

Website: www.kreuzbund.de

**Landesstelle gegen die Suchtgefahren
im Land Sachsen-Anhalt**

Walther-Rathenau-Straße 38
39106 Magdeburg

Tel.: 03 91 / 543 38 18

Fax: 03 91 / 562 02 56

Email: is.isa@t-online.de

Website: www.ls-suchtgefahren-lsa.de

St.-Ursula-Schule

Augustinerstraße 17
97070 Würzburg

Tel.: 09 31 / 355 12 0

Fax: 09 31 / 355 12 23

Universität Rostock

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Gehlsmeier Straße 20
18147 Rostock

Tel.: 03 81 / 494 95 39

Fax: 03 81 / 494 95 22

Email: ralf.nordbeck@med.uni-rostock.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Drogenambulanz für Jugendliche,
junge Erwachsene und deren Familien
Martinistraße 82
20246 Hamburg

Tel.: 040 / 428 03 22 06

Fax: 040 / 428 03 42 07

Email: thomasius@uke.uni-hamburg.de

www.drugcom.de

c/o Delphi Gesellschaft für Forschung,
Beratung und Projektentwicklung
Rathenower Straße 38
10559 Berlin

Tel.: 030 / 39 40 97 80

Fax: 030 / 39 40 97 89

Email: mail@delphi-gesellschaft.de

Website: www.drugcom.de

Herausgeber:**Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung**

10117 Berlin

Stand:

April 2003

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: A 601

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

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

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

E-Mail: info@bmgs.bund.deInternet: <http://www.bmgs.bund.de>**Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:**

Schreibtelefon: 0800 / 111 000 5 (zum Nulltarif)

Fax: 0800 / 111 000 1 (zum Nulltarif)

E-Mail: info.gehoerlos@bmgs.bund.de / info.deaf@bmgs.bund.deGestaltung: Schleuse01 Werbeagentur Berlin, www.schleuse01.de

Druck: Druckerei Wende, Berlin

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Hinweis:

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

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

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

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung

10117 Berlin