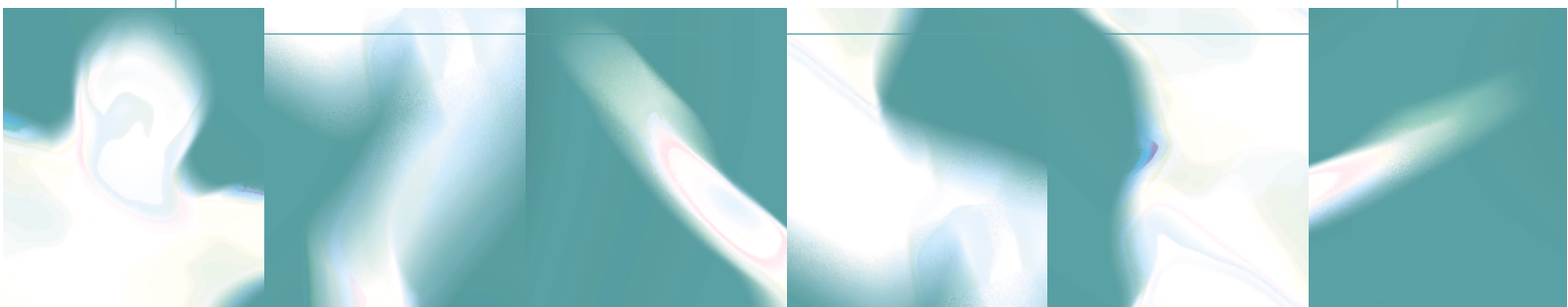




Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht



April 2004

DROGEN- UND SUCHTBERICHT

APRIL 2004

	Seite
Einleitung	
Bilanz und Ausblick der Drogen- und Suchtpolitik Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung	7
1. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“	17
1.1. Trends im Konsumverhalten	19
1.1.1. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Dro- gen (ESPAD)	19
1.1.2. Repräsentativerhebungen zu Alkopops	21
1.2. Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen	22
1.2.1. Kampagne „Kinder stark machen“	22
1.2.2. Aktion „Bist Du stärker als Alkohol?“	23
1.2.3. Internetplattform „www.drugcom.de“	24
1.2.4. Jugendkampagne „Rauchfrei“	25
1.2.5. EXKURS: Jugendschutzgesetz	26
1.3. Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen	27
1.3.1. Pilotprojekt „Inside@School“	27
1.3.2. Modellprojekt „Frühintervention bei erstauffälligen Dro- genkonsumenten“ (FreD)	28
1.3.3. Projekt „Designerdrogensprechstunde“	29
1.3.4. Pilotprojekt „H.A.L.T.“ für alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche	30
1.3.5. Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Auf- klärung mit Szene-Einrichtungen	31
1.3.6. Expertengespräch „Neue Erkenntnisse über Langzeitrisi- ken und Prävention des Ecstasy-Konsums“	32
1.3.7. Jugendinitiative der Deutschen Hauptstelle für Suchtfr- agen „www.ausweg.de“	33
1.3.8. Projekt „Cleanteen“ zur Förderung der Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe	34
1.3.9. Projekt „Entwicklung zeitgemäßer Eltern-Selbsthilfe“	35
1.3.10. EXKURS: Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hy- peraktivitäts-Syndroms mit Methylphenidat	35
1.4. Kinder aus suchtblasteten Familien	37
1.4.1. Passivrauchende Kinder	37
1.4.2. Forschungsprojekt „Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern“	38

1.4.3. Tagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“	39
1.4.4. Kindgerechte Materialien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen	42
2. Schwerpunkt „Reduzierung des Tabakkonsums“	45
2.1. Beratungs-Hotline zum Nichtrauchen (01805/31 31 31)	47
2.2. Modellprojekt „Nichtraucherschutz und Tabakprävention in Betrieben“	47
2.3. Dienstvereinbarung zum Nichtraucherschutz im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	48
2.4. Kommunaler Wettbewerb „Tabakprävention vor Ort“	49
2.5. Tabakprodukt-Verordnung	50
2.6. Erhöhung der Tabaksteuer	52
2.7. Konferenz „Wirtschaftliche und gesundheitliche Aspekte des Tabakrauchens in Deutschland“	53
2.8. Tabakrahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation	53
2.9. Fachtagung „Rauchen – eine Abhängigkeit wie jede andere?“	54
2.10. Projekt „Tabakentwöhnung und Selbsthilfe“	55
3. Aktuelle Daten zum Umfang des Sucht- und Drogenproblems	57
3.1. Alkohol	59
3.2. Tabak	59
3.3. Cannabis	60
3.4. Opiate	60
3.5. Kokain	61
3.6. Designerdrogen (Ecstasy etc.)	61
3.7. Amphetamine, LSD u. a.	62
4. Prävention	63
4.1. Migration und Sucht	65
4.1.1. Drogenkonsum bei Aussiedlern – Bundeslagebild des Bundeskriminalamtes	65
4.1.2. Präventionsprojekte des Bundesministeriums des Innern für Aussiedler	65
4.1.3. Fortbildungsreihe „Sucht – Migration – Hilfe“ des Bundesministeriums des Innern	71
4.1.4. Fachtagung „Gesunde Integration“ der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung	73
4.2. Suchtprävention in der Bundeswehr	74

4.3. Sucht- und DrogenHotline (01805/31 30 31)	75
4.4. Leitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“	76
5. Behandlung	79
5.1. Behandlung Opiatabhängiger	81
5.1.1. Erfahrungen mit dem Substitutionsregister	81
5.1.2. Erfahrungen mit den BUB-Richtlinien	83
5.1.3. Umfrage zur Psychosozialen Begleitung	84
5.1.4. Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO)	84
5.1.5. Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“	86
5.1.6. Expertengespräch „Hepatitis C“	87
5.2. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung	89
5.2.1. Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	89
5.2.2. Projekte der Landesversicherungsanstalten (Auswahl)	93
5.2.3. Projekte zur Wiedereingliederung von (suchtkranken) Langzeitarbeitslosen	100
5.2.4. Berufliche Wiedereingliederung von langzeitarbeitslosen Suchtkranken nach SGB IX	101
5.3. Änderungen des Gesetzgebers bzw. der Selbstverwaltung im Bereich des SGB V	103
5.4. Projekt „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“	106
5.5. EXKURS: Cannabis als Arzneimittel	107
6. Repression und Angebotsreduzierung	111
6.1. Sicherstellung illegaler Drogen	113
6.2. Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenhandels im deutsch-niederländischen Grenzgebiet	114
6.3. Maßnahmen gegen Zigarettschmuggel	115
6.4. EU-Grundstoffverordnung	115
7. Internationale Zusammenarbeit	117
7.1. Europa	119
7.1.1. Drogenpolitik der Europäischen Union	119
7.1.2. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	122
7.1.3. Deutsche Referenzstelle der EBDD	123
7.1.4. Pompidou-Gruppe beim Europarat	125

7.2. Vereinte Nationen	126
7.3. Entwicklungszusammenarbeit	127
7.3.1. Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle	127
7.3.2. Alternative Entwicklung	129
7.3.3. Suchtprävention	130
7.3.4. Afghanistan	130
8. Forschung	135
8.1. Laufende Studien (vom BMGS gefördert)	137
8.2. Forschungsverbände für Suchtforschung (vom BMBF gefördert)	139
8.3. Forschungsprojekte zu Suchtmitteln und Verkehrsicherheit (vom BMVBW gefördert)	143
Anhang	145
Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland	147



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



Eine Kultur des Hinsehens

Die in den letzten Monaten lebhaft geführte Diskussion über Alkopops und die Maßnahmen, wie Kinder und Jugendliche besser vor ihnen geschützt werden können, ist sehr wichtig. Sie zeigt, dass unsere Gesellschaft bereit ist, eine Debatte über die Risiken des Suchtmittelkonsums – insbesondere für Kinder und Jugendliche – zu führen. Präventionsfachleute, Lehrerinnen und Lehrer, Jugendverbände, Ärztinnen und Ärzte, Medien, Politikerinnen und Politiker, Eltern, Verbraucherverbände, aber auch Kinder und Jugendliche selbst – die ganze Öffentlichkeit ist alarmiert über die süßen, fruchtigen und peppig aufgemachten kleinen Flaschen, die einen doppelten Schnaps enthalten und bei jungen Leuten unter 18 Jahren zum beliebtesten alkoholischen Getränk aufgestiegen sind. Dies belegen die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) beauftragten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Die Bundesregierung und die Regierungsfractionen haben entschlossen gehandelt und ein Gesetz auf den Weg gebracht, das Alkopops verteuern und so die Verfügbarkeit für Kinder und Jugendliche stark einschränken wird. Außerdem sieht das „Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“ eine deutliche Kennzeichnung der Flaschen mit der Altersgrenze für den Verkauf von Alkopops vor. Wer Jugendschutz ernst nimmt, muss handeln – und Alkohol hat nichts in den Händen von Kindern und Jugendlichen zu suchen. Das Jugendschutzgesetz enthält zwar ein Abgabeverbot von spirituosenhaltigen Alkopops an Jugendliche unter 18 Jahren, doch die Umsetzung, für die die Länder bzw. die Kommunen zuständig sind, zeigt Mängel.

Die Debatte über die Alkopops macht deutlich: Die Auseinandersetzung mit Drogen- und Suchtproblemen ist eine Aufgabe für die ganze Gesellschaft. Um die suchtbedingten Probleme nachhaltig einzudämmen, müssen wir eine Risikodebatte über den Umgang mit Suchtmitteln fest in der Gesellschaft verankern. Was wir brauchen, ist eine Kultur des Hin-

sehens – keine Kultur des Wegsehens, ob aus Gleichgültigkeit oder falsch verstandener Rücksichtnahme.

Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Gesetzliche Maßnahmen, wie die angestrebte Verteuerung von Alkopops, ersetzen die Prävention nicht. Gesetze ergänzen Prävention, wo sie an ihre Grenzen stößt. Die Bundesregierung wird auch hier weiter ihrer Verantwortung nachkommen und prüfen, wo gesetzliche Regelungen zur Bewältigung der Drogenproblematik notwendig sind. Der Schwerpunkt der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung ist und bleibt aber die Prävention. Je später der Einstieg in den Konsum von Suchtmitteln vollzogen wird, desto geringer ist das Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln. Deshalb legt die Bundesregierung insbesondere Wert auf Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Am besten ist natürlich, wenn der Einstieg in den Suchtmittelkonsum nicht nur hinausgezögert wird, sondern überhaupt nicht stattfindet.

Bewährte Projekte, wie die Kampagne „Kinder stark machen“ oder die Internetplattform „www.drugcom.de“, wurden im letzten Jahr konsequent weitergeführt und ausgebaut. Zusätzlich wurde im letzten Jahr die breit angelegte Nichtraucherkampagne „Rauchfrei“ für Jugendliche gestartet, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wird. Das Einstiegsalter in den Tabakkonsum ist in den letzten Jahren immer weiter gesunken – die über mehrere Jahre angelegte Rauchfrei-Kampagne ist ein wichtiges Instrument, diesen Trend zu stoppen. „Nichtrauchen ist cool“ ist ihre Botschaft.

Mit dem Pilotprojekt „H.A.L.T.“ wurde im Jahr 2003 ein gezieltes Angebot für Jugendliche auf den Weg gebracht, die durch exzessiven Alkoholkonsum, das so genannte „Binge drinking“, auffallen. Die Bundesregierung zeigt mit diesem Beispiel, dass sie unmittelbar auf neue Konsummuster reagiert und entsprechende Hilfeangebote entwickelt. Es ist geplant, dass „H.A.L.T.“ in diesem Jahr als Bundesmodellprojekt in Kooperation mit mehreren Bundesländern anläuft. Ein anderes Bundesmodellprojekt, „FreD“ – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten, wurde im letzten Jahr erfolgreich abgeschlossen und wird jetzt in Eigenverantwortung der Länder fortgesetzt. Das Angebot richtet sich gezielt an junge Menschen, die bereits als Konsumenten illegaler Drogen, zumeist Cannabis, aufgefallen sind. Bei beiden Projekten kommt es darauf an, gefährdeten Jugendlichen frühzeitig Hilfen anzubieten.

Viele Kinder und Jugendliche sind aber auch passiv von Suchtproblemen betroffen – ein besonderes Anliegen der Bundesregierung ist die Verbesserung der Lebenssituation für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Diese Kinder wachsen nicht nur unter schwierigen Bedingungen auf, sondern tragen auch ein erhöhtes Risiko mit sich, später selbst suchtkrank zu

werden. Auf einer Tagung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit dem Titel „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ stand diese oft vernachlässigte Gruppe im Mittelpunkt. Die Tagung war außerordentlich gut besucht, Projekte, die ihre Arbeit auf betroffene Kinder ausgerichtet haben, berichteten aus ihrer Praxis. Es wurden Eckpunkte verabschiedet, auf deren Grundlage die Hilfestrukturen für Kinder aus suchtbelasteten Familien in den nächsten Jahren verbessert werden sollen.

Nichtrauchen muss der Normalfall werden

Seit dem Regierungswechsel 1998 misst die Bundesregierung dem Konsum der so genannten legalen Suchtmittel, wie Alkohol, Tabak und Medikamente, die Bedeutung zu, die den gesundheitlichen Schäden entspricht. Im Jahr 2003 standen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums im Fokus der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung.

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit, über 110.000 tabakbedingte Todesfälle sind pro Jahr in Deutschland zu verzeichnen. Es ist international belegt, dass nur ein Bündel von gesetzlichen, präventiven und strukturellen Maßnahmen, ein so genannter „Policy Mix“, zu einer nachhaltigen Reduzierung des Tabakkonsums führt. Im März 2003 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Deutschen Krebsforschungszentrum eine Tagung mit internationalen Experten veranstaltet, auf der die Strategie des Policy Mix einheitlich bestätigt wurde.

Die Bundesregierung hat im letzten Jahr eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen zur Reduzierung der Raucherquote auf den Weg gebracht. So wurde beispielsweise unter der Nummer 01805-31 31 31 eine Beratungshotline für aufhörbereite Raucherinnen und Raucher durch die BZgA eingerichtet. Seit Oktober 2003 machen eindringliche Warnhinweise auf Zigarettenpackteln auf die Gesundheitsrisiken des Rauchens aufmerksam. Und nicht zuletzt wird die dreistufige Erhöhung der Tabaksteuer, die im letzten Jahr beschlossen wurde, viele Raucherinnen und Raucher zum Nachdenken über ihre Konsumgewohnheiten bringen. Es hat sich gezeigt, dass gerade Kinder und Jugendliche auf Preissignale besonders empfindlich reagieren. Deswegen ist es auch wichtig, dass im Zuge des „Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“ die Mindestgröße für Zigarettenpackungen auf 17 Zigaretten festgelegt wird. Durch Kleinpäckungen, bezeichnenderweise „Kiddy Packs“ genannt, dürfen keine erschwinglichen Alternativen für Kinder und Jugendliche geschaffen werden.

Erneuter Rückgang bei den Drogentodesfällen – niedrigster Stand seit 1989

Im Jahr 2003 verstarben in Deutschland 1.477 Menschen infolge des Konsums illegaler Drogen. Damit ist die Zahl der Drogentodesfälle nach einem deutlichen Rückgang im Vorjahr erneut um 2,4% gesunken und befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989. Dies ist ein Erfolg der Drogenpolitik der Bundesregierung, die in den letzten Jahren eine Vielzahl von Maßnahmen durchgesetzt hat, um die Behandlung von Opiatabhängigen zu verbessern oder um ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren und die Überlebenschancen zu stärken. So wurde beispielsweise die Qualität der Substitutionsbehandlung gesteigert, die rechtliche Möglichkeit zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen geschaffen und das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung auf den Weg gebracht.

Mit 145 Personen beträgt der Anteil der Aussiedler an den infolge von Drogenkonsum verstorbenen Personen rund 10%. Es wird in den nächsten Jahren entscheidend darauf ankommen, Prävention und Behandlung für diese Risikogruppe zu verbessern. Dabei gilt, dass Integration die beste Prävention ist. Die Bundesregierung fördert deshalb ein Reihe von Projekten zur Integration von Aussiedlern, bei denen auch die Suchtprävention im Vordergrund steht. Weiterhin wurde eine Fortbildungsreihe für Fachkräfte der Migrationsfachdienste und der Suchtkrankenhilfe initiiert, die dieses Jahr ihren Abschluss findet. Zusammen mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung russischsprachiges Informationsmaterial für Aussiedler.

Rehabilitation und soziale Integration

Das bestehende System der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist im internationalen Vergleich quantitativ und qualitativ hoch entwickelt sowie differenziert ausgebaut. Die vorhandenen Hilfen erstrecken sich über eine Bandbreite von niedrigschwelligen Kontaktläden über die substitions-gestützte Behandlung bis zu abstinenzorientierten stationären Therapie- und Nachsorgeangeboten. In allen Bereichen sind die Therapiestandards hoch, es gibt in der Regel kaum Wartelisten.

Die Neuordnung des Rechtes der Rehabilitation im Neunten Buch Sozialgesetzbuch sieht die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger – Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe und Jugendhilfe – verbindlich vor. Der Gesetzgeber will, dass sich die Rehabilitations- und Leistungsträger besser abstimmen. Es gilt der Vorrang für Prävention und Frühintervention und der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sind dabei, diese Prinzipien umzusetzen. Neue Klienten können so erreicht werden, für die ambulante Maßnahmen sinnvoller sind und auch im Bereich der Nachsorge Behandlungserfolge stabilisiert werden können. Es ist das Ziel der Bundesregierung, dass medizinische Rehabilitation und die (Wieder-)Eingliederung suchtkranker Men-

schen – auch und gerade vor dem Hintergrund eines angespannten Arbeitsmarktes – Hand in Hand gehen. Denn eine möglichst weitgehende soziale Integration ist der beste Schutz vor einem Rückfall.

Aktionsplan Drogen und Sucht

Ein Meilenstein in der Weiterentwicklung der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland im Jahr 2003 war die Verabschiedung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“ durch das Bundeskabinett am 25. Juni, dem Vortag des Weltdrogentages. Der Aktionsplan gibt die Strategie vor, auf deren Grundlage die Suchtprobleme in der Gesellschaft in den nächsten fünf bis zehn Jahren reduziert werden sollen. Er löst den „Rauschgiftbekämpfungsplan“ von 1990 ab. Die Bundesregierung hat den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ gründlich mit den Ländern und Kommunen abgestimmt. Bereichert wurde er auch durch die über 50 Stellungnahmen der Verbände und die Anregungen, die auf zwei Anhörungen zusammengetragen wurden. Der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ ist von der Überzeugung getragen, dass die Bewältigung der Suchtproblematik nur mittels einer gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten möglich ist.

Bisher fehlte in Deutschland ein umfassender und verlässlicher Orientierungsrahmen für die Drogen- und Suchtpolitik. Diese Lücke schließt der Aktionsplan. Er vertritt eine realitätsbezogene und ausgewogene Drogen- und Suchtpolitik. Die Kerngedanken sind zielgruppengerechte Prävention, Einbeziehung der so genannten legalen Suchtstoffe, wie Alkohol, Tabak und Medikamente, sowie internationale Zusammenarbeit bei der Bewältigung der Drogenproblematik.

Für die Suchtpolitik gelten dabei folgende allgemeine Ziele:

- den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern;
- riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren;
- das Überleben zu sichern;
- eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln;
- die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen.

Zu den wichtigsten Zielsetzungen des Aktionsplanes Drogen und Sucht gehören:

- Veränderung des gesellschaftlichen Klimas hin zu einem kritischeren Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln;
- Verbesserung der Früherkennung des Missbrauches von Suchtmitteln;
- frühestmögliche Identifikation von neuen psychoaktiven Substanzen und Konsummustern;
- Sensibilisierung für die Gefahren des Mischkonsums;

- zielgruppengerechte Prävention bei besonders gefährdeten Gruppen (z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien, Migranten etc.);
- Reduzierung von Unfällen unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen;
- Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Gedankens in der Suchtarbeit;
- Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.

Neben diesen generellen Zielsetzungen enthält der Aktionsplan substanzbezogene Ziele, wie beispielsweise eine deutliche Senkung des Alkoholkonsums, der mit über 10 Liter reinem Alkohol pro Kopf und Jahr in Deutschland im europäischen Vergleich sehr hoch ist. Ein weiteres Ziel ist die Reduzierung des Tabakkonsums und tabakbedingter Krankheiten. Der Konsum illegaler Drogen soll ebenfalls gemindert werden, das gilt für den mittlerweile bei Jugendlichen weitverbreiteten Cannabiskonsum, aber auch für den Heroin- und Kokainkonsum. Auch der besonders bei bestimmten Gruppen von Jugendlichen verbreitete Konsum von so genannten „Partydrogen“, wie Ecstasy, soll eingeschränkt werden. Diese Ziele sind mit konkreten Maßnahmen für die Umsetzung verknüpft, ergänzt durch beispielhafte Projekte.

Schwerpunkte 2004

Die Einrichtung des „Drogen- und Suchtrates“, der die Umsetzung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“ begleiten soll, steht auf der Agenda für das laufende Jahr. Auch hier findet derzeit eine enge Abstimmung zwischen den beteiligten Bundesressorts und den Ländern, namentlich dem „Suchthilfeausschuss der Länder“, statt.

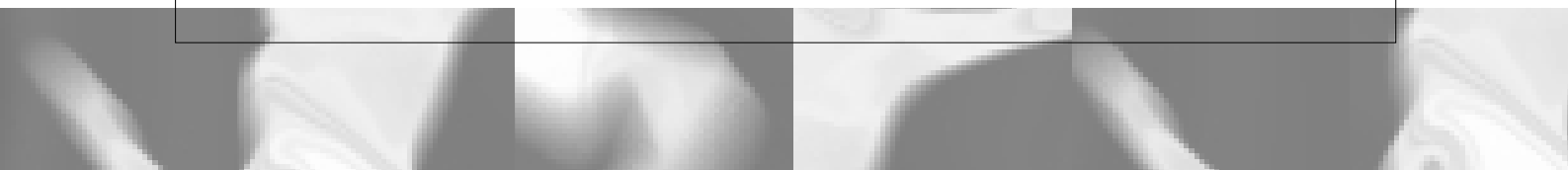
Es herrscht Einigkeit darüber, dass der „Drogen- und Suchtrat“ einerseits ein von der Größenordnung her arbeitsfähiges Gremium sein muss und andererseits die zentralen Ebenen einbezogen werden sollen, die im Drogen- und Suchthilfebereich tätig sind oder dauerhafte Schnittstellen aufweisen. Wenn der Koordinierungs- und Abstimmungsprozess weiter planmäßig läuft, kann die Berufung des „Drogen und Suchtrates“ Mitte des Jahres 2004 erfolgen.

Neben der Einrichtung des Drogen- und Suchtrates wird die Bundesregierung 2004 die Schwerpunkte der bisherigen Drogen- und Suchtpolitik fortführen. Es gilt, den hohen Therapiestandard bei der Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland nicht nur zu halten, sondern noch weiter zu verbessern. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird sich deshalb beispielsweise zusammen mit den Ländern und Verbänden um verbindliche Standards bei der Psychosozialen Begleitung im Rahmen der Substitutionsbehandlung bemühen.

Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen steht weiter im Mittelpunkt, beispielsweise wird die Nichtraucherkampagne für Jugendliche weiter ausgebaut. Es ist zudem geplant, in der zweiten Jahreshälfte eine Tagung zum Thema „Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen“ zu veranstalten. Da es von entscheidender Bedeutung ist, dass in Zukunft risikante Konsummuster noch früher erkannt werden, soll das Thema „Früherkennung“ zum Gegenstand eines weiteren Fachgespräches werden.

Die Drogenpolitik auf der Ebene der Europäischen Union gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt im Hinblick auf die Erweiterung der Union, die dieses Jahr ansteht. Ein Projekt für 2004 ist die Fortschreibung des Europäischen Drogenaktionsplanes, der Ende des Jahres ausläuft. Die Bundesregierung wird sich aktiv an der Erarbeitung des neuen Europäischen Drogenaktionsplanes beteiligen und setzt sich dafür ein, dass es europaweit geltende Leitlinien in der Qualität der Suchtprävention und Behandlung von Suchterkrankungen geben soll. Es kommt aus deutscher Perspektive darauf an, dass auch im europäischen Kontext der schädliche Konsum legaler Drogen, insbesondere von Tabak und Alkohol, stärker in die Debatte mit einbezogen wird. So hat die Bundesregierung ausdrücklich begrüßt, dass die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in ihrem Jahresbericht im Oktober 2003 erstmals ein Schlaglicht auf den Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Europa geworfen hat. Unterhalb der Ebene der EU plant die Bundesregierung auch bilaterale Projekte. So laufen derzeit die Vorbereitungen für eine deutsch-französische Fachtagung zum Thema „Prävention des Alkohol- und Tabakkonsums“. Die Suchtproblematik ist grenzüberschreitend. Immer wichtiger wird es deshalb, auch grenzüberschreitende Lösungen zu erarbeiten und Erfahrungen auszutauschen.

1. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“



1. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“

1.1. Trends im Konsumverhalten

1.1.1. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)

Erstmalig hat Deutschland im Jahr 2003 an der „Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD) teilgenommen, die vom Europarat initiiert wurde. ESPAD untersucht Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol- und Drogenkonsums unter Schülerinnen und Schülern zu Alkohol und anderen Drogen. Sie wurde 1995 und 1999 in circa 30 europäischen Ländern durchgeführt, an der aktuellen Untersuchung des Jahres 2003 beteiligten sich mehr als 40 Länder. Die Koordination für die europäische Studie liegt bei Schweden.

An der deutschen Studie haben sich die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen beteiligt. Jedes Bundesland trug die Kosten für seine Untersuchung. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) förderte die Gesamtauswertung, die das Institut für Therapieforschung, München, durchführte. Die komplette Studie ist im Internet unter www.drogenbeauftragte.de erhältlich.

Die Grundgesamtheit bilden alle Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufe an Regelschulen (Haupt-, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien). Die Datenerhebung erfolgte im März und April 2003 als schriftliche Befragung im Klassenverband. Insgesamt stehen Daten von 11.043 Schülerinnen und Schülern zur Verfügung.

Tabak:

Von den befragten Schülerinnen und Schülern haben 78% mindestens einmal in ihrem Leben (47% innerhalb der letzten 30 Tage) vor der Erhebung geraucht. Die Ergebnisse zeigen, dass mehr Mädchen als Jungen rauchen. Schüler von Hauptschulen hatten die höchsten Werte hinsichtlich der Lebenszeiterfahrung mit dem Rauchen (84%) und hinsichtlich des Konsums in den letzten 30 Tagen (57%), Gymnasiasten zeigen die niedrigsten Werte (71% bzw. 37%). Insgesamt 35% der befragten Jugendlichen rauchten in den letzten 30 Tagen täglich Zigaretten. Die Anteile täglich rauchender Jungen und Mädchen fallen ungefähr gleich hoch aus. Dagegen gaben etwas mehr Jungen (13%) als Mädchen (10%) an, mehr als 10 Zigaretten pro Tag zu rauchen. Unter Hauptschülern findet man mehr tägliche Konsumenten (46%) und starke Konsumenten (18%) als unter den Schülern der anderen drei Schulformen.

Hinsichtlich des Alters des Erstkonsums zeigen sich leichte Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Mädchen fangen zwar etwas später mit dem Rauchen an, ab dem 14. Lebens-

jahr haben jedoch mehr Mädchen als Jungen bereits Erfahrung mit Tabak. Befragt nach der Verbreitung des Rauchens unter Gleichaltrigen zeigen sich erhebliche Fehleinschätzungen. Die Jugendlichen schätzen nämlich den Konsum Gleichaltriger höher ein, als er tatsächlich ist. Die Ergebnisse zur gesundheitlichen Risikobewertung zeigen, dass über 90% der Schülerinnen und Schüler dem gelegentlichen Zigarettenkonsum kein Risiko für körperliche oder sonstige Schädigungen zuschreiben. Mädchen stufen das Risiko sogar noch geringer ein als Jungen.

Alkohol:

Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung waren lediglich 6% der Jungen und 5% der Mädchen abstinent. In den letzten 30 Tagen wurden am häufigsten Alkopops getrunken (63%), gefolgt von Bier (56%), Spirituosen (51%) und Wein/Sekt (50%). Dabei haben mehr Jungen als Mädchen Bier und Spirituosen getrunken, während Mädchen eher Wein/Sekt getrunken haben. Den Konsum von Alkopops berichten annähernd gleich viele Schülerinnen (64%) und Schüler (62%). Einen häufigen Alkoholkonsum (10mal oder öfter) innerhalb der letzten 30 Tage gaben 13% der Jugendlichen an, mit 18% mehr Jungen als Mädchen (9%).

Über die Hälfte der Schülerinnen und Schüler, die zur letzten Trinkgelegenheit Bier, Wein/Sekt, Alkopops oder Spirituosen getrunken haben, tranken geringe Mengen von bis zu zwei Gläsern des Getränks. Insgesamt 38% der befragten Jugendlichen berichten von Trunkenheitserlebnissen in den letzten 30 Tagen; einen zumindest einmaligen Konsum von 5 oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Trinkgelegenheit in den letzten 30 Tagen gaben 59% der Schülerinnen und Schüler an.

Das Jugendschutzgesetz verbietet die Abgabe von Bier und Wein/Sekt an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie die Abgabe von Spirituosen (inkl. spirituosenhaltige Alkopops) an Jugendliche unter 18 Jahren. Obwohl der Einkauf von alkoholischen Getränken unter 16-Jährigen nicht erlaubt ist, spiegelt sich das im Konsumverhalten dieser Altersgruppe nicht wider. Auch der Einkauf von Alkopops und Spirituosen war Jugendlichen (37% Alkopops bzw. 22% Spirituosen) ohne Weiteres möglich.

Schülerinnen und Schüler erwarten von dem Alkoholkonsum eher positive als negative Wirkungen. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen meint, durch den Konsum alkoholischer Getränke Spaß zu haben, die Kontaktfreudigkeit steigern zu können sowie Glücksgefühle und Entspannung hervorrufen zu können.

Drogen:

33% der Schülerinnen und Schüler berichten, in ihrem Leben schon einmal irgendeine illegale Droge probiert zu haben. Mit 31% ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz. Andere illegale Substanzen wurden von weniger als 5% der Befragten im Leben min-

destens einmal probiert. Im Jahr vor der Erhebung haben 26% der Jugendlichen mindestens einmal eine illegale Substanz (Cannabis: 24%) probiert und 15% in den letzten 30 Tagen (Cannabis: 14%). Von Cannabiskonsum berichten jeweils mehr Jungen als Mädchen. Keine oder nur geringe Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in den Prävalenzwerten des Konsums anderer illegaler Substanzen. Der noch Anfang der 90er Jahre zu beobachtende Unterschied zwischen den Geschlechtern hat weiter in Richtung einer Gleichverteilung der Drogenerfahrung abgenommen.

Verglichen mit den relativ hohen Erfahrungswerten des Cannabiskonsums ist eine häufigere Einnahme dieser Substanz eher selten. In den letzten 30 Tagen gaben 5% der Jugendlichen an, öfter als einmal pro Woche Cannabis konsumiert zu haben. Die höchste Lebenszeitprävalenz für irgendeine illegale Substanz findet man bei Schülerinnen und Schülern von Gesamtschulen (34%) sowie Realschulen (34%). Hauptschüler und Gymnasiasten haben mit 32% bzw. 31% etwas weniger Erfahrungen mit illegalen Drogen.

Das Risiko für eine Schädigung der Gesundheit, das sich durch eine regelmäßige Einnahme von Kokain ergibt, wird von den meisten Jugendlichen sehr hoch eingestuft, gefolgt von dem Risiko durch regelmäßigen Konsum von Ecstasy, LSD und Amphetaminen. Die gesundheitliche Gefährdung, die von einem regelmäßigen Konsum von Cannabis ausgeht, wird dagegen von nur etwas mehr als der Hälfte der Jugendlichen als hoch eingeschätzt.

1.1.2. Repräsentativerhebungen zu Alkopops

Im Jahr 2003 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zwei Repräsentativerhebungen zum Thema Alkopops durch, die Ergebnisse sind im Internet unter www.bzga.de abrufbar. Alkopops sind fertig gemixte alkoholhaltige Getränke in Flaschen, deren Basis zumeist aus destilliertem Alkohol (Spirituosen) und Limonade besteht. Neben diesen von der Spirituosenwirtschaft vertriebenen Alkopops gibt es auch alkoholhaltige Mischgetränke auf der Basis von fermentiertem Alkohol (z. B. Bier, Wein, Fruchtwein).

In der ersten Studie wurde die Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren zu den Themen „Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alkopops“ befragt. Hierbei handelt es sich um eine Wiederholungsbefragung, welche 1998 zum ersten Mal durchgeführt wurde. In der zweiten Studie wurden ausschließlich Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren befragt. Ziel dieser Zusatzbefragung war es zu untersuchen, inwieweit 14- bis 15-Jährige Alkopops generell und 16- bis 17-Jährige Spirituosenmixgetränke kaufen und konsumieren, obwohl sie dies nach den Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes nicht dürfen. Darüber hinaus wurde mit dieser Studie geprüft, ob die Jugendlichen die Altersgrenzen kennen, die das Jugendschutzgesetz für die Abgabe und den Konsum von Alkopops vorsieht.

Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung zeigen, dass im Vergleich zu 1998 im Jahr 2003 vier Mal so viel Alkopops in der Gesamtbevölkerung gekauft wurden (12% gegenüber 3%). Bei den Käufern bis 29 Jahren hat sich das Kaufverhalten sogar fast versechsfacht (von 7% auf 40%). Mit der Kaufhäufigkeit steigt auch der Konsum: Tranken 1998 4% der Gesamtbevölkerung mindestens einmal im Monat Alkopops, so waren es im Jahr 2003 14%; bei den 14- bis 29-Jährigen stieg der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Monat Alkopops tranken von 9% (1998) auf 42% (2003) an.

Die Zusatzbefragung bei den Jugendlichen ergab, dass rund 80% der 14- bis 17-Jährigen selbst wissen, dass Bier-/Weinmixgetränke nicht an Jugendliche unter 16 Jahren und Spirituosenmixgetränke nicht an unter 18-Jährige abgegeben werden dürfen. Diese Kenntnis hindert viele Jugendliche weder am Konsum von Alkopops noch am Konsum anderer alkoholischer Getränke: 48% der 14- bis 17-Jährigen tranken 2003 mindestens einmal pro Monat Alkopops, 35% Bier, 24% Wein/Sekt und 22% Spirituosen. Bei den Jugendlichen waren Alkopops im Jahr 2003 somit die beliebteste alkoholische Getränkeart, gefolgt von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen. Bemerkenswert ist zudem, dass über die Hälfte (54%) der Jugendlichen angab, keine Spirituosen wie Schnaps, Whisky, Weinbrand zu trinken. Über den Konsum von Alkopops nehmen insgesamt 75% der Jugendlichen aber in hohem Maße doch Spirituosen zu sich.

1.2. Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.2.1. Kampagne „Kinder stark machen“

Die suchtpreventive Kampagne „Kinder stark machen“ spielt seit den 90er Jahren eine zentrale Rolle in der Suchtprevention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Kampagne zielt weniger auf bestimmte Suchtmittel ab, sondern will generell das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen, ihr Selbstwertgefühl, ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit fördern und sie dazu befähigen, bei Problemen nicht auf Suchtmittel zurückgreifen.

Die Kampagne ist als kooperative Kampagne im organisierten Freizeitsport organisiert. Da 70% aller Kinder zeitweise in Sportvereinen und ähnlichen Gruppen aktiv sind, können suchtpreventive Aktivitäten in diesem Umfeld besonders viele Kinder und Jugendliche sowie ihre Kontaktpersonen erreichen. Der Sportverein ist ein besonders geeignetes Setting für die Suchtprevention, denn neben Kindergarten und Schule lassen sich vor allem in Sportvereinen Kinder und deren Bezugspersonen in großer Zahl ansprechen.

Über den Setting-Ansatz „Gesunder Sportverein“ sollen Kinder und Jugendliche angeregt werden, sich mit Suchtstoffen, die ihnen im Alltag häufig begegnen, angemessen auseinander zu setzen. Bereits seit Jahren kooperiert die BZgA erfolgreich mit Verbänden und Vereinen wie dem Deutschen Turnerbund, dem Deutschen Leichtathletik-Verband, dem Deutschen Fußball-, Handball- und dem Sport-Bund und weiteren Verbänden.

Zur Kampagne „Kinder stark machen“ gehört ein vielfältiges Angebot aus massenmedialen und personalkommunikativen Maßnahmen. „Kinder stark machen“ stellt Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen umfangreiche Unterstützung zur Verfügung: Es werden Multiplikatoren, wie Trainer, Übungsleiter etc., geschult und mit Materialien für die suchtpreventive Arbeit mit Kindern im Sport- und Freizeitbereich versorgt. Das Seminar „Suchtprevention und Breitensport“ wurde bis heute von über 10.000 Teilnehmern in Anspruch genommen. Außerdem bestehen Möglichkeiten zur telefonischen Fachberatung, es existiert ein Serviceheft für die Durchführung von Vereinsaktivitäten zur Suchtprevention sowie eine Ideenbörse zur suchtpreventiven Arbeit im Internet. Die bestehenden Angebote wurden 2003 von über 700 Vereinen in Anspruch genommen. Auf diese Weise werden lokale Strukturen eingebunden und die Nachhaltigkeit präventiver Effekte gestärkt.

In diesem Zusammenhang strebt die BZgA auch an, suchtpreventive Inhalte als Standardangebot in Aus- und Fortbildung von Trainern und Übungsleitern zu verankern. Das Organisationskomitee der Fußballweltmeisterschaft 2006 hat 2003 die Vereinskampagne „Klub 2006“ gestartet und die BZgA mit „Kinder stark machen“ beteiligt. Durch die Ansprache von bundesweit 26.000 Fußballvereinen im Vorfeld der Fußballweltmeisterschaft erhält „Kinder stark machen“ in den kommenden Jahren die Gelegenheit, sich noch stärker zu profilieren.

1.2.2. Aktion „Bist Du stärker als Alkohol?“

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

Ziel ist es zunächst, über einen kurzen Wissenstest ein intensives Gespräch unter Gleichaltrigen anzuregen – und dies ohne pädagogischen Zeigefinger! Im Vordergrund stehen dabei Informationen über die schädigenden Wirkungen alkoholischer Getränke mit besonders kritischem Hinweis auf die von Jugendlichen verstärkt konsumierten alkoholischen

Mixgetränke, die so genannten „Alkopops“. Damit soll auf falsche Vorstellungen über die Wirkungen von Alkohol und auf die Gefahren eines Alkoholmissbrauchs aufmerksam gemacht werden. Zur Unterstützung der Aktion stehen den Peers Informationsmaterialien für Jugendliche zur Verfügung. Die Zeitung das „Nasse Blatt“ informiert zum Beispiel in einer jugendgerechten Sprache und Aufmachung rund um das Thema Alkohol. Postkarten mit Wissenstest dienen als Gesprächseinstieg. Die Materialien und das Konzept für das Projekt sind ursprünglich vom Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (NIGZ) entwickelt worden. In Kooperation mit dem NIGZ wird die Kampagne mit deutschen Peers in den Niederlanden durchgeführt.

Im Jahr 2003 konzentrierten sich die Peer-Einsätze auf die niederländischen und deutschen Nordseeregionen sowie die Bundesländer an der Ostsee. Insgesamt konnte mit etwa 15.000 Jugendlichen über ihren Alkoholkonsum gesprochen werden. Im Auftrag der BZgA schult die Bundesarbeitsgemeinschaft Reisetour e. V. Betreuer und Reiseleiter für das Thema „Alkohol auf Jugendreisen“. Ziel der Schulung ist es, als Reisebegleiter auf Jugendreisen kompetent auf das Thema einzugehen und ein Ferienprogramm zu gestalten, bei dem Alkohol nicht vermisst wird.

Unter www.bist-du-staerker-als-alkohol.de können Informationen zum Projekt und zu den Materialien abgerufen werden.

1.2.3. Internetplattform „www.drugcom.de“

Besonders ältere Jugendliche und junge Erwachsene sind eine große Herausforderung für die Suchtprävention, da diese Altersgruppen besonders anfällig für experimentellen und teilweise riskanten Drogenkonsum sind. Ein intensives Experimentierfeld im Hinblick auf den Konsum legaler und illegaler Drogen stellt für viele junge Leute die Freizeit am Abend und am Wochenende dar.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) versucht daher, die Jugendlichen gezielt in ihrer Freizeit anzusprechen. Das Internetangebot „www.drugcom.de“ wendet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die bereits Erfahrungen mit Drogen gemacht haben. Im Rahmen dieses Internet-gestützten Präventionsangebotes können sich alle interessierten jungen Menschen, aber auch Angehörige oder Fachleute, anonym informieren und beraten lassen. Es gibt Informationen über Drogen und ihre Wirkungsweisen, Internet-basierte Unterstützungsleistungen sowie Wissenswertes über Projekte der BZgA und anderer Anbieter, Chats und weiterführende Adressen.

Ziel des Internet-Portals ist es, jugendliche Drogenkonsumenten zu einer selbstkritischen Reflexion ihres Konsums anzuregen und zu suchtpreventivem Handeln in Alltag und Freizeit

zu befähigen. Täglich surfen rund 500 Besucher (visits) im Alter von etwa 18 Jahren auf www.drugcom.de, das zur Love-Parade 2001 an den Start ging, informieren sich dort oder lassen sich vom drugcom-Team beraten. Besonders beliebt sind die Wissenstests zu acht verschiedenen Substanzen. Seit dem Onlinestart haben mehr als 130.000 Besucher einen oder mehrere Tests vollständig durchgeführt, am häufigsten den Cannabistest sowie den Alkohol-Selbsttest „Check your Drinking“.

1.2.4. Jugendkampagne „Rauchfrei“

Um das Nichtrauchen bei Jugendlichen zu fördern, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2002 die Jugendkampagne „Rauchfrei“ konzipiert und schrittweise realisiert. Die Maßnahmen konzentrieren sich auf die Zielgruppe der 12- bis 18-Jährigen Jugendlichen. Die Kampagne soll zur Meinungsbildung bei Kindern und Jugendlichen beitragen und eine Entscheidungshilfe für das Nichtrauchen bieten.

Die Hauptziele der Kampagne sind:

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

Als kommunikative Teilziele der Kampagne sind folgende Aspekte festgelegt worden:

- Aufmerksamkeitssteigerung für das Thema „Tabakprävention“ bei Kindern und Jugendlichen;
- Förderung der Kommunikation über das Thema Rauchen/Nichtrauchen unter Kindern und Jugendlichen;
- Förderung der Reflexion der Jugendlichen über ihre Motive zum Rauchen mit dem Ziel der kritischen Distanz zum Rauchen;
- Vermittlung von für Kinder und Jugendliche entscheidungsrelevantem Wissen zur Verfestigung der Einstellungen zum Nichtrauchen bzw. zur Steigerung der Motivation zum Rauchverzicht;
- Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote (z. B. Ausstiegshilfen, Telefon- und E-Mail-Beratung).

Zu Beginn der Kampagne wurde im Jahr 2003 eine fünfteilige Anzeigenserie in Jugendzeitschriften geschaltet. Mit starken und provokanten Bildern sollte zunächst die Aufmerksamkeit in der Zielgruppe für die Thematik Rauchen/Nichtrauchen erhöht und für Jugendliche

relevante Informationen vermittelt werden. In enger Verknüpfung zu den Anzeigenmotiven hat die BZgA Kino- und Fernsehspots entwickelt, die ab Dezember 2003 bundesweit in Kinos geschaltet wurden. Über diese massenmediale Kommunikationsstrategie sind weiterführende Informations- und Beratungsangebote, wie z. B. die Internet-Domain www.rauch-frei.info und die telefonische Beratungsmöglichkeit bundesweit bekannt gemacht worden. Zur Information der Jugendlichen über die schädlichen Folgen des Rauchens und Strategien beim Rauchverzicht sind die Basisbroschüre „Let's talk about smoking“, die geschlechtsspezifischen Ausstiegshilfen „Stop smoking – Girls“ und „Stop smoking – Boys“ und der Internetauftritt www.rauch-frei.info entwickelt worden.

Darüber hinaus wurde – nach einem umfangreichen Praxistest – mit Beginn des Schuljahres 2003/2004 Pädagogen ein Konzept zur Verfügung gestellt, das verschiedene Wege aufzeigt, wie Schulen schrittweise rauchfrei werden können. Der Leitfaden „Auf dem Wege zu einer rauchfreien Schule“ folgt einem hierarchischen Aufbau über drei Ebenen:

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

Die Wirksamkeit der Jugend-Kampagne wird über ein regelmäßiges Monitoring des Interventionsverlaufs und der Interventionsergebnisse dokumentiert. Die Erhebung zur Messung der Ausgangssituation wurde im Jahr 2003 abgeschlossen. Die Befragungsergebnisse werden derzeit ausgewertet.

Die hier vorgestellten Materialien sind kostenfrei unter www.bzga.de zu bestellen.

1.2.5. EXKURS: Jugendschutzgesetz

Das Jugendschutzgesetz, das am 1. April 2003 in Kraft getreten ist, übernimmt die bereits bestehenden Abgabeverbote von Alkohol an Kinder und Jugendliche. Demgegenüber bestand bisher kein generelles Abgabeverbot für Tabakwaren an junge Menschen. Dies wurde geändert. Neben dem bisher schon geltenden Rauchverbot für Kinder oder Jugendliche unter 16 Jahren in der Öffentlichkeit sieht § 10 Absatz 1 des Jugendschutzgesetzes ein generelles Verbot der Abgabe von Tabakwaren an Kinder oder Jugendliche unter 16 Jahren vor. Das heißt, es dürfen in Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit Tabakwaren an Kinder oder Jugendliche unter 16 Jahren nicht mehr abgegeben werden.

Da ein erheblicher Teil des Zigarettenabsatzes in Deutschland über Automaten stattfindet, musste eine Zugangsbeschränkung zu Tabakwaren für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren auch diesen Vertriebsweg einbeziehen. Die heutige Technik gestattet Vorrichtungen an Automaten, die eine Bedienung mit Waren nur für solche Personen zulassen, die sich als Personen über 16 Jahren ausweisen können. In § 10 Absatz 2 des Jugendschutzgesetzes ist deshalb vorgesehen, dass Tabakwaren in einem Automaten nur angeboten werden dürfen, wenn der Automat an einem Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren unzugänglichen Ort aufgestellt ist oder durch technische Vorrichtungen oder durch ständige Aufsicht sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren Tabakwaren nicht entnehmen können. Da die Zigarettenautomaten erst technisch umgerüstet werden müssen, tritt die Vorschrift des § 10 Absatz 2 erst am 1. Januar 2007 in Kraft. Das heißt, bis zum 31. Dezember 2006 bleiben Zigarettenautomaten unbeschränkt zulässig.

Nach dem Jugendschutzgesetz ist des weiteren Werbung für Tabakwaren und alkoholische Getränke im Kino vor 18 Uhr verboten.

Veranstalter oder Gewerbetreibende, die vorsätzlich oder fahrlässig gegen das gesetzliche Abgabeverbot verstoßen, handeln ordnungswidrig. Das Jugendschutzgesetz sieht Geldbußen bis zu fünfzigtausend Euro vor. Für die Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes sind die Bundesländer bzw. Kommunen zuständig.

1.3. Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen

1.3.1. Pilotprojekt „Inside@School“

Im Juni 2001 startete die Landeshauptstadt München das Projekt „Inside@School“ als Pilotprojekt zur Sekundärprävention auf der Basis formulierter Kooperationsvereinbarungen zwischen Suchthilfe und Schule mit dem Schwerpunkt der Gefährdetenilfe an sechs Münchner Schulen. Ziel dieses vom Land geförderten und vom Suchthilfeträger Condrops e.V. umgesetzten Projektes ist die dauerhafte Implementierung umfassender Suchtprävention (Primär- und Sekundärprävention) an Schulen.

Erstmals wurde die Kooperation zwischen Suchthilfe und Schule durch ausformulierte Kooperationsvereinbarungen sichergestellt, durch die sich Schule und Suchthilfe zu bestimmten wechselseitigen Aufgaben verpflichten. Das Projekt wurde von einem wissenschaftlichen Institut unter Kostenbeteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz und der Landeshauptstadt München evaluiert. Dabei zeigte sich, dass das Projekt in der Lage war:

- Lehrerinnen und Lehrern im Umgang mit dem Thema Sucht mehr Sicherheit zu geben;
- maßgeschneiderte Konzepte zu erstellen, die sich synergetisch mit bisheriger Praxis von Sucht- und Gewaltprävention ergänzen;
- eine Vielzahl von Schülerinnen und Schülern an das Beratungsangebot im Sinne der Frühintervention heranzuführen;
- schulinterne Vereinbarungen zum Thema Konsum und Sucht greifen zu lassen;
- den Konsum von Alkohol und Cannabis bei Jugendlichen zu reduzieren.

Als besonders positiv und als entscheidender innovativer Wirkfaktor wird die Dauerpräsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Inside@School an den Schulen gesehen. Nur über diese Kontinuität ist auch zu gewährleisten, dass Suchtprävention in allen Facetten, die von Inside@School abgedeckt werden (Beratung, Fortbildung, Projekte, Unterrichtsgestaltung), im Rahmen des Systems Schule zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Profils wird und damit tatsächlich implementiert werden kann. Die Ansätze und Methoden primärer und sekundärer Suchtprävention müssen ineinander greifend umgesetzt und den Multiplikatoren vermittelt werden.

Die Projektphase ist Ende 2003 ausgelaufen. Eine Konzeption zur Weiterführung ist inzwischen entwickelt worden. Nähere Informationen zur Einrichtung und zur Begleitstudie von „FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH“ sind unter www.condrobs.de zu finden.

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

Junge Menschen experimentieren mit einer Vielzahl legaler wie illegaler Drogen. Während die Zahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen im Jahre 2002 mit 22.551 Personen gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen ist, ist die Zahl der Rauschgiftdelikte mit Cannabis – vorwiegend Konsumdelikte – jedoch leicht gestiegen.

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 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 möglichen Abhängigkeit zu reduzieren und einem Abrutschen in die Kriminalität entgegenzuwirken.

Leitlinie dieses Modellprojektes ist es, jungen erstauffälligen Drogenkonsumenten – in der Regel Cannabiskonsumenten – frühzeitig ein kurzes, gezieltes und 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 häufigste Vermittlungsinstanz (49,1%), gefolgt von der Jugendgerichtshilfe (23,3%), dar. Die zu 87% männlichen Nutzer des Angebotes zeigten hohe Zufriedenheit mit den Kursen.

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 zehn Monate nach Abschluss des Kurses waren 94% der Befragten nicht mehr polizeilich auffällig geworden. In mehreren Ländern sind die Modellstandorte in die Regelförderung übernommen worden.

Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu FreD ist als Forschungsbericht 299 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erschienen und ist auch im Internet unter www.bmgs.bund.de, Themenschwerpunkt Drogen und Sucht „Informationen“, als PDF-Datei abrufbar.

Im Jahre 2003 wurde mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mittels eines verbesserten Internetauftritts von FreD bundesweit für das Modell geworben, um den Arbeitsansatz des Modells möglichst flächendeckend zu verbreiten. In einer bundesweiten Abschlussveranstaltung und weiteren regionalen Transferveranstaltungen wurde das Manual zur Durchführung der Kurse den Praktikern erläutert und Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Eine besondere Projektgruppe befasste sich mit der Übertragung des Konzeptes auch auf andere Settings, wie z. B. Schulen.

1.3.3. Projekt „Designerdrogensprechstunde“

Das Projekt an der Universität Rostock, das von 1998 bis 2004 durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wird, wendet sich an Kinder und Jugendliche, die hochriskante Muster des Konsums von Designerdrogen aufweisen, jedoch noch nicht in das soziale Abseits abgeglitten sind und Hilfen nachfragen. Zielgruppen sind auch die Erziehungs- und Bezugspersonen. Unter dem Dach einer medizinischen Sprechstunde wird ein integriertes sozialmedizinisch-diagnostisches Angebot bereitgehalten. Das Team der Sprechstunde setzt sich daher aus einem Arzt, einem Psychologen, einem

Sozialarbeiter und einem Forschungsmitarbeiter zusammen. Zu einem Zeitpunkt, wo das Drogenproblem noch nicht alle Lebensbereiche überlagert, sollen alternative Lösungsstrategien für die erkannten Probleme diskutiert und eingeleitet werden.

Zentrales Element ist darüber hinaus die Herstellung von Kontakten zu Einrichtungen der Jugendhilfe, Kinderheimen, Jugendlichen-Wohngemeinschaften, Jugendnotdiensten, Beratungsstellen für traumatisierte Kinder etc., um eine ergänzende kooperative Versorgung zu gewährleisten.

Das Angebot der Sprechstunde ist bei den Zielgruppen inzwischen gut akzeptiert. Der Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung wird im Jahr 2004 vorgelegt.

1.3.4. Pilotprojekt „H.A.L.T.“ für alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche

Europaweit ist unter Kindern und Jugendlichen ein Trend zu exzessivem Trinken von Alkohol (so genanntes binge drinking) zu beobachten. Auch für Deutschland wird ein solcher Trend beschrieben, allerdings fehlt entsprechendes Zahlenmaterial.

Deshalb hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im September 2003 ein Forschungsinstitut beauftragt, bundesweit Daten zu Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen zusammenzutragen und auszuwerten. In jedem Bundesland werden mit Hilfe der Länder dazu ein bis zwei Schwerpunktkliniken in die Studie einbezogen, um so verlässlichere Angaben über die Zahl alkoholvergifteter Kinder und Jugendlicher zu ermitteln. Die Daten sollen im Juni 2004 vorliegen.

Gleichzeitig mit der bundesweiten Datenerhebung hat in Lörrach in der Einrichtung „Villa Schöpfung“ ein Pilotprojekt für alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche begonnen. Innerhalb von drei Jahren hatte sich dort die Zahl der in die Kinderklinik eingelieferten Kinder mit Alkoholvergiftungen verdreifacht. In Zusammenarbeit von Kinderklinik, der Villa Schöpfung und dem Badischen Landesverband (blv) als Träger wird dort jetzt modellhaft ein Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche erprobt.

Noch im Krankenhaus findet mit den Kindern und ihren Eltern ein „Brückengespräch“ statt, um – wenn nötig – weiterführende Hilfen nach dem Krankenhausaufenthalt einzuleiten. Gruppenangebote für die Kinder und Beratungsangebote für Eltern sowie weitergehende Hilfen werden entwickelt. Gleichzeitig erprobt das Modell einen intensiven setting-Ansatz in der Suchtprävention. In der Gemeinde soll der Jugendschutz ganz besonders verstärkt werden. Dazu werden Sensibilisierungskampagnen durchgeführt, um bei Festveranstaltungen, aber auch generell in Gaststätten und beim Einzelhandel die Vorschriften des Jugendschutzes verstärkt einzuhalten und die Einhaltung zu kontrollieren.

Es ist geplant, nach einer erfolgreichen Pilotphase in Lörrach das Modell in anderen Bundesländern zu erproben. Dabei sollen vor allem das Beratungsangebot evaluiert werden, der setting-Ansatz auch unter Stadt-/Land-Aspekten geprüft und weitere Zugangswege für die Klienten, z. B. Jugendhilfe oder Schulen, erprobt werden.

Die Ausweitung auf mehrere Bundesländer ist ab Juli 2004 geplant, wenn sowohl die Daten der Untersuchung als auch erste Ergebnisse des Pilotprojektes vorliegen. Die Modellerprobung ist bis Ende 2006 vorgesehen.

1.3.5. Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Szene-Einrichtungen

Um Suchtprävention in der Party-Szene nachhaltig verankern zu können, ist es erforderlich, peer-orientierte und partizipative Aktivitäten mit scene-gestützten Organisationen auszubauen. Aus Anlass des Weltdrogentages am 26. Juni 2003 hatte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Expertengespräch geladen, um mit szenenahen Anbietern suchtpreventiver Leistungen Methoden der Zusammenarbeit zu beraten und zu implementieren.

Ein wichtiger Grundstein für die Kooperation wurde bereits im September 2001 im Rahmen der Tagung „Drogenkonsum in der Partyszene“ in Köln gelegt, der ein Expertengespräch zum Thema „Aktuelle Forschungsergebnisse zu den langfristigen Folgen des Ecstasygebrauchs und ihre Bedeutung für Suchtpolitik und Prävention“ der Drogenbeauftragten im Mai 2003 in Berlin folgte. Ziel der gegenwärtigen Vernetzungsaktivitäten ist es, mit Hilfe partizipativer Ansätze glaubwürdige Präventionsbotschaften und wirksame Präventionsmaßnahmen in der Zielgruppe der jugendlichen Drogenkonsumenten nachhaltig zu verankern.

Die verschiedenen Kooperationsbemühungen sind derzeit schwerpunktmäßig auf den kommunalen Freizeitsektor gerichtet. Ein Arbeitskreis „Healthy Nightlife“ (auf dem konzeptionellen Hintergrund des Healthy-Setting-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation) ist damit befasst, geeignete Maßnahmen der setting-spezifischen Suchtprävention im Party-Setting zu entwickeln und umzusetzen. Im Juli 2003 wurde im Rahmen eines Pilotprojekts eine gemeinschaftlich getragene Präventions-Aktion von www.drugcom.de und verschiedenen kommunalen Organisationen auf einem großen Sommer-Reggae-Festival in Köln durchgeführt. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse sowie des verfügbaren Fach- und Erfahrungswissens wird derzeit ein Internet-gestützter (auch als Printversion verfügbarer) Handlungsleitfaden in Form eines checklistenartigen Manuals erstellt, der grundlegende Informationen und konkrete Handlungsanleitungen für die Umsetzung eines von allen Akteuren gemeinsam gestalteten „Healthy Nightlife“ in der Kommune bereitstellt. Seine Fertigstellung, Erprobung und Modifizierung sowie die praxisverwertbare Streuung in den relevanten Akteursgruppen ist Arbeitsaufgabe für das Jahr 2004.

1.3.6. Expertengespräch „Neue Erkenntnisse über Langzeitriskien und Prävention des Ecstasy-Konsums“

Auf einer von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung initiierten Fachtagung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung trafen sich am 14. Mai 2003 Expertinnen und Experten aus Forschung und Prävention, um gemeinsam die Risiken des Ecstasykonsums zu bewerten.

Neue Forschungsergebnisse zeigen: Langfristiger und intensiver Ecstasykonsum kann das Gehirn schädigen. Nach neuen Untersuchungen leidet das Langzeitgedächtnis von Ecstasykonsumenten ebenso wie ihre Fähigkeit, sich langfristig an etwas genau zu erinnern und dies verbal auszudrücken. Diesen alarmierenden Befund stellten mehrere klinische Ecstasyforscher bei dem Treffen vor.

Untersucht wurde das hirnschädigende Risiko durch eine vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geförderte Studie von Prof. Dr. Thomasius vom Klinikum Hamburg-Eppendorf. Bei aller Verlässlichkeit der Stichprobe ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine repräsentative (für den Bevölkerungsquerschnitt oder für alle Ecstasykonsumenten geltende) Untersuchung handelte, sondern um eine Studie, in der es vor allem darum ging, mögliche Schädigungen vertiefend zu erfassen. Untersucht wurden die Folgen schweren Ecstasykonsums, es ging um mehr als einen unregelmäßigen Wochenendkonsum. Tests der Gedächtnisleistung ergaben wichtige Hinweise auf ecstasybedingte Schädigungen: Auch das Verbalgedächtnis ehemaliger Ecstasykonsumenten war gegenüber der abstinenten Kontrollgruppe signifikant beeinträchtigt. Die Daten deuten auf folgendes hin: Je intensiver Ecstasy konsumiert wurde, desto stärker waren die Defizite des Verbalgedächtnisses.

Gestützt wird dieser Befund – das ergab auf dem Expertengespräch ein zusammenfassender Bericht über den Forschungsstand – durch frühere Studien und insbesondere durch die nachgewiesenen Hirnschäden, die Primaten durch Ecstasykonsum davortragen. Die physiologische Grundlage dieser dauerhaften hirnfunktionellen Schädigung ist längst nicht bis ins einzelne geklärt, sie scheint aber mit einer Degeneration im serotonergen Neurotransmittersystem zusammenzuhängen, wobei man Serotonin als den körpereigenen „Highmacher“ bezeichnen kann, dessen Konzentration durch Ecstasy künstlich erhöht wird. Fast alle vorgestellten Studien ergaben relative Defizite der Gedächtnisleistungen der Konsumenten im Vergleich zu den Kontrollgruppen.

Im Anschluss an die Vorstellung des Forschungsstandes fand eine Diskussion mit den eingeladenen Präventionsfachleuten und den Vertretern szenenaher Präventionsprojekte statt, in der es um die Wege und Möglichkeiten ging, die Forschungsergebnisse in Präventionsbotschaften zu übersetzen. Eine Dokumentation des Expertengesprächs ist über die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten erhältlich.

1.3.7. Jugendinitiative der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen „www.ausweg.de“

www.ausweg.de ist das Motto und die Internetseite einer Kampagne zum Schwerpunktjahr „Jugend und Sucht“, das die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für 2003 ausgerufen hatte. Auf den hohen Konsum von Suchtmitteln bei Jugendlichen wurde ebenso aufmerksam gemacht wie auf die Tatsache, dass sich bei Jugendlichen die Abhängigkeit schneller entwickelt als bei Erwachsenen. Die wichtigste Botschaft war: Es gibt Beratung, Behandlung und Heilungschancen bei Drogenproblemen – es gibt Auswege!

Die Kampagne wurde für suchtpreventive Maßnahmen ebenso eingesetzt wie für die Darstellung der Hilfen für konsumierende Jugendliche. Viele Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Beratungs- und Behandlungsstellen, Suchtselbsthilfegruppen) wie auch der Jugendhilfe stellten durch Aktionen vor Ort ihre Angebote für konsumierende Jugendliche vor (z. B. Kanu-Tour der Selbsthilfegruppe vom Caritasverband Osnabrück oder Gründung einer Selbsthilfegruppe durch die AWO in Düren). Nicht zuletzt durch diese regionalen Veranstaltungen konnte die Weiterentwicklung jugendspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote und die Vernetzung der verschiedenen Arbeitsfelder, die mit Jugendlichen mit substanzbezogenen Problemen in einer Region arbeiten, forciert und ein weiteres Ziel der Initiative umgesetzt werden.

Die Kampagne wurde durch die in einer Infomappe (Auflage: 8.000 Exemplare, gefördert von der Barmer Ersatzkasse) zusammengestellten Hintergrundinformationen und Arbeitsmaterialien, wie Druckvorlagen etc. (siehe www.ausweg.de), gestützt und durch ein Themenheft als Beilage in der Zeitschrift „Journalist“ (Juni 2003, Auflage: 50.000 Exemplare, gefördert von der BZgA) in den Medien und der Presse breit bekannt gemacht. Eine Pressekonferenz in Berlin war der Auftakt zu einer kontinuierlichen Berichterstattung in der Presse und den Medien.

Mit dem Schwerpunktjahr „Jugend und Sucht“ ist es im Jahr 2003 erfolgreich gelungen, die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit und Medien auf die Probleme konsumierender Jugendlicher zu lenken. Es wurde erreicht, Konsum- und Missbrauchsprobleme Jugendlicher in Bezug auf die so genannten legalen Suchstoffe (Alkohol, Tabak, Medikamente) im Bewusstsein der Öffentlichkeit zu verankern.

Die Internetseite www.ausweg.de wird auch 2004 weiterhin zugänglich sein.

1.3.8. Projekt „Cleanteen“ zur Förderung der Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe

Drogengebrauchende Jugendliche finden sehr häufig erst spät einen Zugang zu den spezifischen Systemen der Suchthilfe. Auffälligkeiten in den Bereichen Familie, Schule und Freizeit stehen dagegen meist sehr früh als Indikatoren zur Verfügung. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in diesen Bereichen liegen jedoch meist nur unzureichende Informationsmöglichkeiten über die sehr differenzierten Angebote der Suchttherapie für jugendliche Drogenkonsumenten vor.

Um hier Abhilfe zu schaffen, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Oktober 2003 bis September 2005 das Projekt „Cleanteen“ der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur in Leipzig. Durch das Projekt wird eine Bestandsaufnahme stationärer Versorgungseinrichtungen für drogenabhängige Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland erfolgen, die dann in eine Datenbank mit dezentraler Datenverwaltung eingestellt werden, da sich im Einzelfall die Suche nach einem passenden Therapieplatz oft zu einer schwierigen Angelegenheit gestaltet. Adäquate Informationsquellen stehen nicht bereit, gedruckte Medien sind auf Grund starker Fluktuation der Angebote meist veraltet und wenig hilfreich.

Bei dem Projekt Cleanteen soll so mit Hilfe moderner Kommunikationstechnik eine Informationsmöglichkeit für alle Interessierten (Jugendämter, Jugendhilfe, Schulen, Betroffene) zur Verfügung gestellt werden. Durch eine auf Volltextsuche basierende Suchfunktion können im Einzelfall bundesweit alle in Frage kommenden Einrichtungen ausgesucht werden. Neben der Übersicht über die jeweiligen Angebotsstrukturen ist die aktuelle Kontaktmöglichkeit (Adresse, Telefon, E-Mail) verfügbar.

Die Vernetzung der Angebote von Jugendhilfe und Suchthilfe setzt einen Austausch von Informationen voraus. Über breite Arbeitsfelder (Sekundärprävention, Zielgruppen etc.) ist dies lokal oft etabliert, in speziellen Fragen (z. B. Therapieplatz für minderjährige Schwangere) aber ist der lokale Bereich schnell überfordert. Über eine Datenbank, wie von Cleanteen angeboten, können diese Informationen abgerufen werden.

Nutzer und Anbieter benötigen zur Teilnahme einen Internetanschluss. Weitere Voraussetzungen sind nicht erforderlich. Programmierkenntnisse und weiterreichende EDV-Fähigkeiten werden durch intelligente und sich selbst erklärende Systemkomponenten ersetzt. Durch die dezentrale Datenverwaltung, die automatisiert zentral überwacht wird, stehen stets aktuelle Daten zur Verfügung. Die Datenbank ist im ersten Quartal 2004 offiziell ins Netz gegangen, die Internetadresse lautet www.teenclean.de oder www.teen-clean.de.

1.3.9. Projekt „Entwicklung zeitgemäßer Eltern-Selbsthilfe“

Elternselbsthilfe bei drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen hat in Deutschland eine lange Tradition. Sie war stets eine wichtige Ergänzung zur professionellen Drogenhilfe. Seit ihrem Beginn in den 70er Jahren hat sich aber auch Elternselbsthilfe verändert. Vielfach sind Eltern heute nicht nur allein durch die Drogenabhängigkeit ihrer Kinder Betroffene, sondern sie haben zunehmend auch eigene Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Dies führt zwangsläufig zu einer Veränderung in der Selbsthilfegruppenarbeit.

Wie diesen Veränderungen in der Gruppenarbeit besser Rechnung getragen werden kann, wo Bedarf und Bedürfnisse liegen und wie neue Eltern für die Gruppe gewonnen werden können, waren Fragen des Projektes „Entwicklung zeitgemäßer Elternselbsthilfe“, das der Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher (BVEK) von 2000 bis 2003 mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführt hat.

Der Abschlussbericht ist im Internet unter www.drogenbeauftragte.de veröffentlicht. Als Konsequenz aus den Ergebnissen dieser Studie wurde ein Leitfaden zur Elternselbsthilfe entwickelt, den der BVEK herausgegeben hat (Eltern und ihre suchtkranken Kinder, Lambertus Verlag 2003).

1.3.10. EXKURS: Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms mit Methylphenidat

Nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft ist Methylphenidat für die Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) im Rahmen einer multimodalen Therapie geeignet. Ausgehend von der in der Literatur diskutierten Prävalenz des ADHS ist ein weiterer Verbrauchsanstieg bei Methylphenidat in Deutschland zu erwarten. Wie im Drogen- und Suchtbericht 2002 ausgeführt, sind deshalb Maßnahmen notwendig, damit bei der Anwendung dieses hochpotenten Wirkstoffs die nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft zu beachtenden Standards eingehalten werden. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, eine systematische Analyse der Verordnungsdaten über Methylphenidat in Korrelation mit den Indikationsstellungen aufzubauen. Dazu hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zwei Forschungsvorhaben vergeben, deren Ergebnisse im folgenden skizziert werden und in Kurz- bzw. Langversion im Internet unter www.bmgs.bund.de einzusehen sind. Darüber hinaus wurden zwei weitere, noch nicht abgeschlossene Forschungsvorhaben vergeben, die im achten Kapitel beschrieben sind.

Untersuchung der Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

Die Prävalenz der medikamentösen Therapie ist im Untersuchungszeitraum zwischen Januar 2000 und Juni 2002 bei den 9- bis unter 15-Jährigen mit 2,5–2,7 % am höchsten. Jungen werden 2,5–3 mal so häufig behandelt wie Mädchen. Allerdings werden auch Kinder unter 6 Jahren behandelt. Über 90% der Verordnungen entfallen auf den Wirkstoff Methylphenidat und rund 14% der rezeptierten Methylphenidatmenge wird in retardierter Form verordnet, die derzeit nur als Import verfügbar ist. Darüber hinaus erlangt nur noch die Verordnung von Amphetamin-Rezepturen ein nennenswertes Ausmaß. Fenetyllin und Pemolin können hinsichtlich ihrer Verordnungsmengen vernachlässigt werden.

Die Auswertungen zeigen deutliche regionale Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit. So variiert die Behandlungsprävalenz bei Kindern zwischen 6 und 14 Jahren zwischen 0,4% in Mecklenburg-Vorpommern und bis zu 2,0 % in Rheinhessen, Bayern oder Schleswig-Holstein. In der Region Würzburg (Postleitzahl 97) beträgt die Behandlungsprävalenz bei den 9- bis unter 12-jährigen Jungen sogar 9,5% und bei den 12- bis unter 15-jährigen Jungen in der Region Koblenz (Postleitzahl 56) 11,8%.

Neben den Facharztgruppen der Kinderärzte und der Psychotherapeuten, die die Kinder- und Jugendpsychiater umfassen, sowie der Allgemeinärzte und der Nervenärzte werden ADHS-relevante Arzneimittel auch durch sonstige Ärzte verordnet. Rund 30% der verordneten Methylphenidatmenge wird von nur 66 Ärzten rezeptiert. Die weiteren 70% werden von 4.008 Ärzten verschrieben.

13,5% der Kinder mit ADHS-Medikation bekommt im Untersuchungszeitraum nur eine einzige Verordnung; Mädchen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Jungen (18,7% vs. 12,2%). Darüber hinaus wurden 79 Kinder unter 6 Jahren mit Methylphenidat-Verordnung identifiziert. Hierbei handelt es sich um einen off-label-use, die Arzneimittel sind für diese Anwendung nicht zugelassen.

Hyperkinetische Störung (HKS) als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen – eine versorgungsepidemiologische Studie auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen / KV Hessen:

Im Jahr 2000 war bei rund 2% der Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren eine HKS-Diagnose auf dem Krankenschein dokumentiert. Bei den 3- bis 5-Jährigen lag der Anteil bei 1,6% (Jungen 2,3%, Mädchen 0,9%). Am höchsten lag der Anteil in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen mit 3,2% (Jungen 5% und Mädchen 1,4%). In der Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen geht er auf 1,4% (Jungen 2,3%, Mädchen, 0,5%) zurück. Zwischen 1998 und 2000 nahm die Häufigkeit der Diagnosenennung erwartungsgemäß zu (1,2% auf 2,2%).

Die Diagnosestellung erfordert eine umfangreiche Anamnese und Diagnostik. Bei Kindern mit erstmaliger Diagnosenennung und bei Kindern mit Methylphenidatverordnung werden im Vergleich zu Kindern mit bekannter Diagnose bzw. ohne Stimulanzientherapie signifikant häufiger die zur Diagnostik empfohlenen Testverfahren durchgeführt.

Eine Diagnosenennung führt nicht zwangsläufig zu einer medikamentösen Therapie. Im Jahr 2000 erhielten ca. 30% der Kinder mit einer HKS-Krankenscheindiagnose eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka: Knapp 25% aller „HKS-Kinder“ erhielten Methylphenidat (ohne Importe und Rezepturen), rund 5% bekamen andere Psychopharmaka, in erster Linie pflanzliche und homöopathische Mittel. Mit der Dauer der Diagnosenennung nimmt der Anteil an „HKS-Kindern“ mit einer Methylphenidattherapie zu.

Die Methylphenidattherapie lag in erster Linie in der Hand der Kinderärzte und der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater. Diese haben auch einen hohen Stellenwert in der Initiierung einer Therapie. Bei der Fortführung der Therapie steht der Allgemeinarzt an dritter Stelle. Bei den Allgemeinärzten lag allerdings der Anteil an Einmalverordnungen höher als bei den anderen Fachrichtungen.

„HKS-Kinder“ weisen eine hohe psychiatrische Komorbidität auf. 37% der „HKS-Kinder“ hatten zusätzlich Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der frühen Kindheit; bei 39% wurden Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik, schulische Fertigkeiten) auf den Krankenscheinen genannt (Mehrfachnennungen). Die hohe Komorbidität findet sich in allen Altersgruppen.

Die in den Daten der GKV dokumentierte Behandlungs- und Verordnungsweise bei HKS weist keine Extreme auf (z. B. erfolgt Verordnung kaum durch „fachfremde“ Ärzte, Kinder unter 6 Jahren werden selten medikamentös behandelt).

1.4. Kinder aus suchtblasteten Familien

1.4.1. Passivrauchende Kinder

Jedes zweite Kind in Deutschland lebt in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht. Jedes fünfte Kind ist bereits im Mutterleib durch Tabakrauch gefährdet. Über 6 Millionen Kinder werden täglich Tabakrauch ausgesetzt. Passivrauchende Säuglinge und Kinder sind zahlreichen giftigen Stoffen ausgesetzt, von denen mehr als 40 krebserregend sind. Die Auswirkungen des Passivrauchens können die Gesundheit von Kindern für ihr ganzes Leben schädigen.

Über diese und weitere Auswirkungen des Passivrauchens auf Kinder informiert eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderte Broschüre „Passivrauchende Kinder in Deutschland“ des Deutschen Krebsforschungszentrums (dkfz). Um einen wirksamen Schutz von Ungeborenen und Kindern vor den Belastungen des Tabakrauches zu erreichen, hat sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, die Raucherquote vor allem bei jungen Erwachsenen, Schwangeren und Eltern zu senken. Sie setzt dabei verstärkt auf die Mitarbeit von Ärzten und Hebammen. Spezielle Medien zum Thema „Rauchen in der Schwangerschaft“ werden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt und bundesweit zum Einsatz gebracht. Die Eltern sollen stärker für die Gesundheitsrisiken ihrer Kinder – verursacht durch Passivrauchen – sensibilisiert werden. Wichtig ist, dass möglichst alle Orte, an denen sich Kinder aufhalten, rauchfrei werden. Dazu gehören Kindergärten und Kinderspielplätze, Schulen, Sportstätten, öffentliche Einrichtungen und Verkehrsmittel.

Die Publikation „Passivrauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben“ wurde vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Zusammenarbeit mit der Stiftung Kindergesundheit erstellt. Sie ist kostenlos beim Deutschen Krebsforschungszentrum unter who-cc@dkfz.de oder www.rauchfrei2004.de erhältlich. Während die Zielgruppe für diese Broschüre vor allem politische Entscheidungsträger, Journalisten und Multiplikatoren in der Arbeit mit Kindern sind, wird derzeit auf der Basis dieser Broschüre ein Faltblatt für Eltern entwickelt.

1.4.2. Forschungsprojekt „Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern“

Kinder, die bei unbehandelten suchtkranken Eltern aufwachsen, standen im Mittelpunkt des Forschungsprojekts, das durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) von Ende 2000 bis Mitte 2003 gefördert und unter der Leitung von Professor Klein an der Katholischen Fachhochschule Köln durchgeführt wurde. Ziel des Projektes war es, die Problematik dieser Kinder besser zu verstehen, ihre besonderen Belange genauer zu kennen und Hinweise darauf zu erhalten, welche gezielten Hilfen für diese spezielle Gruppe erforderlich sind, damit der häufig beobachtete Kreislauf von Sucht und Gewalt in der Familie durchbrochen wird. Der Forschungsbericht ist im Internet unter www.bmgs.bund.de veröffentlicht.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass Kinder von alkoholabhängigen und alkoholmissbrauchenden Eltern nicht nur durch die Suchtkrankheit der Mutter oder des Vaters belastet sind. Sie stellen auch selbst eine Risikogruppe in Bezug auf die Entwicklung verschiedener Verhaltensprobleme und psychischer Störungen dar. Hinzu kommt, dass die Erfahrung von Co-Abhängigkeit und Gewalt, von mangelnder Zuwendung und Geborgenheit in Kindheit und Jugend anfällig dafür macht, später selbst einmal zu Drogen zu greifen, um die nicht

selten traumatisierenden Erfahrungen zu verdrängen. Kinder von drogenkranken Eltern sind daher selbst hilfebedürftig.

Das BMGS hat die Bedeutung einer frühzeitigen Prävention des Drogenkonsums erkannt und sich bei der Entwicklung von Maßnahmen davon leiten lassen. Erkennbar wird dies beispielsweise in der Schwerpunktlegung auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen und die Förderung von Konzepten der Lebenskompetenzförderung, die durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bereits seit Jahren in verschiedenen Projekten umgesetzt werden.

Aber auch die Sensibilisierung von praktisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und in Institutionen der suchtspezifischen Versorgung, Suchtkrankenhilfe, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Schulen sahen die Forscher als erforderlich an, um schon frühzeitig besonders gefährdete junge Menschen entdecken und sie gezielt in Hilfeangebote vermitteln zu können. Ebenfalls wurde die Notwendigkeit einer Verzahnung der Hilfen für Kinder und Eltern gesehen.

Auch in diesen Bereichen ist das BMGS in den vergangenen Jahren tätig gewesen. Es wurden Forschungsvorhaben finanziert und eine Reihe von Projekten und Maßnahmen gefördert, die der Qualifizierung nicht nur der professionellen Suchthilfe, sondern auch der Selbsthilfearbeit dienen. Dies alles hat dazu beigetragen, gezieltere Hilfeangebote zu ermöglichen.

1.4.3. Tagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“

In Deutschland leben über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Kinder aus suchtbelasteten Familien leiden häufig unter seelischen, psychischen oder körperlichen Belastungen und leben mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden.

In der Suchtkrankenhilfe gibt es bereits gut dokumentierte Erfahrungen im Umgang mit Kindern von Suchtkranken. Der Ansatz, Hilfe allein über das System der Suchtkrankenhilfe anzubieten, reicht jedoch nicht aus. Kinder suchtkranker Eltern werden auch durch die Jugendhilfe, durch Sozialdienste und eine Reihe von anderen Institutionen, wie beispielsweise Schulen, betreut. Die Sucht- und Familienproblematik wird dabei nicht immer erkannt und so können keine entsprechenden Hilfen initiiert werden.

Vor diesem Hintergrund hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung zusammen mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.(DHS) Expertinnen und Experten aus der Sucht-

hilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Medizin, Wissenschaft, Selbsthilfe und Politik am 4. und 5. Dezember 2003 zu der Tagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ in das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Berlin eingeladen. Ziel war es u. a. zu diskutieren, wie die Situation der betroffenen Kinder und Familien langfristig positiv beeinflusst werden kann, mit welchen Angeboten die Kinder gefördert, wie bestehende Barrieren zwischen den beteiligten Hilfesystemen der Jugendhilfe und der Drogenhilfe überwunden und wie suchtkranke Eltern in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden können.

Über 130 Fachleute aus Theorie und Praxis nahmen an der Tagung teil. Die Tagung wurde eingerahmt von einem „Markt der Möglichkeiten“, auf dem Projekte, die sich speziell der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern widmen, ihre Arbeit vorstellten. Zu diesen Projekten gehörten „MAKS“ aus Freiburg, „IGLU“ aus Hamburg, „Wigwam“ aus Berlin, „Liliput“ aus Nürnberg, die Projekte des Zentrums für psychologische Information und Dokumentation der Universität Trier und der Jugendhilfe e. V. Lüneburg, das Kooperationsprojekt des Büros für Suchtprävention in Hamburg sowie die Kinderprojekte der Drogenhilfe Tannenhof Berlin e. V. und der Drogenhilfe Tübingen e. V. mit dem „Kinderhaus Schloss Bettenburg“. Aus dem Bereich der Gruppenarbeit stellten das Blaukreuz-Zentrum Bad Salzuflen, der Kreuzbund e. V. Gruppe Lünen, der Kreuzbund e. V. Paderborn mit dem Projekt „Smily Kids“ und das Bezirksamt Neukölln mit der Selbsthilfegruppe „Gute Zeiten“ ihre Projekte vor. Auch spezielle Beratungsangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien wie das Angebot der Beratungsstelle „Kompaß“ aus Hamburg fanden auf dem Markt der Möglichkeiten ein Forum.

Die Tragweite des Problems von Kindern aus suchtblasteten Familien wurde auf der Tagung nochmals deutlich gemacht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Theorie und Praxis diskutierten über die Probleme von Kindern aus suchtblasteten Familien und die vielfältigen Handlungsansätze auf unterschiedlichen Ebenen. Es wurden Erfahrungen ausgetauscht und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten, wie Kinder aus suchtblasteten Familien frühzeitiger und wirksamer mit Hilfeangeboten erreicht werden können. Zentral war die Forderung nach einer besseren Kooperation der Hilfesysteme, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten.

Eine Dokumentation der Tagung befindet sich in Vorbereitung und wird Mitte 2004 erscheinen. Zum Abschluss der Tagung wurden „Zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien“ vereinbart:

10 ECKPUNKTE

zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchbelasteten Familien

In Deutschland leben über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Diese Kinder leiden häufig unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Zudem leben sie mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden. Die Verbesserung ihrer Situation ist eine Zukunftsaufgabe – für die betroffenen Kinder, ihre Familien und für die Gesellschaft.

1. Kinder aus suchbelasteten Familien haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen.
2. Den Kindern muss vermittelt werden, dass sie keine Schuld an der Suchterkrankung der Eltern tragen. Sie brauchen eine altersgemäße Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und bestehende Hilfeangebote.
3. Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten, muss optimiert werden. Um wirkungsvolle Interventionen zu erreichen, muss arbeitsfeldübergreifend kooperiert werden. Lehrer, Erzieher, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pädagogen müssen verbindlich zusammen arbeiten. Das Ziel ist, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und die ihnen angemessene Unterstützung anzubieten.
4. Die Öffentlichkeit muss über die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familien informiert werden. Eine sensibilisierte Öffentlichkeit erleichtert es Eltern, die Sucht als Krankheit anzunehmen. So wird den Kindern der Weg geebnet, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.
5. Das Schweigen über Suchterkrankungen muss beendet werden. Es muss ein Klima geschaffen werden, in dem betroffene Eltern und Kinder Scham- und Schuldgefühle leichter überwinden und Hilfe annehmen können. Kinder leiden unter Familiengeheimnissen.
6. Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Suchtkranke Eltern brauchen Ermunterung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung. Das Wohl der Kinder muss bei diesen Bemühungen im Mittelpunkt stehen.

7. Die familienorientierte Sichtweise erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten Helfer. Sie muss Grundlage aller Angebote und Interventionen sein.
8. Bei Kindern, deren Familien sich gegen Hilfeangebote verschließen, kann zum Schutz der Kinder im Einzelfall auch eine Intervention gegen den Willen der Eltern erforderlich werden.
9. Schulen und Kindertagesstätten sind zentrale Lebensräume für Kinder aus suchtblasteten Familien. Sie müssen dort mit der erforderlichen Aufmerksamkeit frühzeitig erkannt werden. Gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfeangebote vermittelt werden.
10. Das Wissen über die Entstehung von Suchterkrankung sowie die Auswirkungen auf Kinder und Familien muss verpflichtend in die Ausbildung der pädagogischen, psychologischen und medizinischen Berufsgruppen aufgenommen werden. So wird das Bewusstsein der Problematik in den jeweiligen Fachdisziplinen frühzeitig gefordert und langfristig eine gesellschaftliche Einstellungsveränderung gefördert.

1.4.4. Kindgerechte Materialien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

Die Situation der Kinder aus Familien Suchtkranker wird 2004 weiterhin Arbeitsschwerpunkt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) sein. Für die Umsetzung dieser wichtigen Arbeit in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, aber auch der Jugendhilfe und anderen angrenzenden Arbeitsfeldern, stellt die DHS ein kleines Bilderbuch sowie einen Comic zur Verfügung. Die Produktion beider Publikationen wurde von der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) gefördert.

„Bitte, Hör auf!“ – Deine Kinder Lars & Laura – Bilderbuch für Kinder aus suchtblasteten Familien

Das Bilderbuch wurde für Kinder im Alter von fünf bis neun Jahren entwickelt, deren Eltern, Mutter oder Vater, ein Suchtproblem haben. Für Kinder ist der ständige Alkoholkonsum und -missbrauch eines Elternteils eine besonders schwere Belastung; sie lieben ihre Eltern und leben in einer Atmosphäre von Unsicherheit und Heimlichkeit; sie sind vollständig von ihren Eltern abhängig; sie dürfen nach außen das Tabu des Schweigens über die familiären Schwierigkeiten nicht brechen. Oft müssen sie in der Familie Rollen und Aufgaben übernehmen, die nicht altersgerecht sind.

Mit dem kleinen Bilderbuch steht Suchtberatern und Pädagogen ein Medium zur Verfügung, in dieser heiklen Situation den Alkoholkonsum in der Familie anzusprechen und eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Kind aufzubauen.

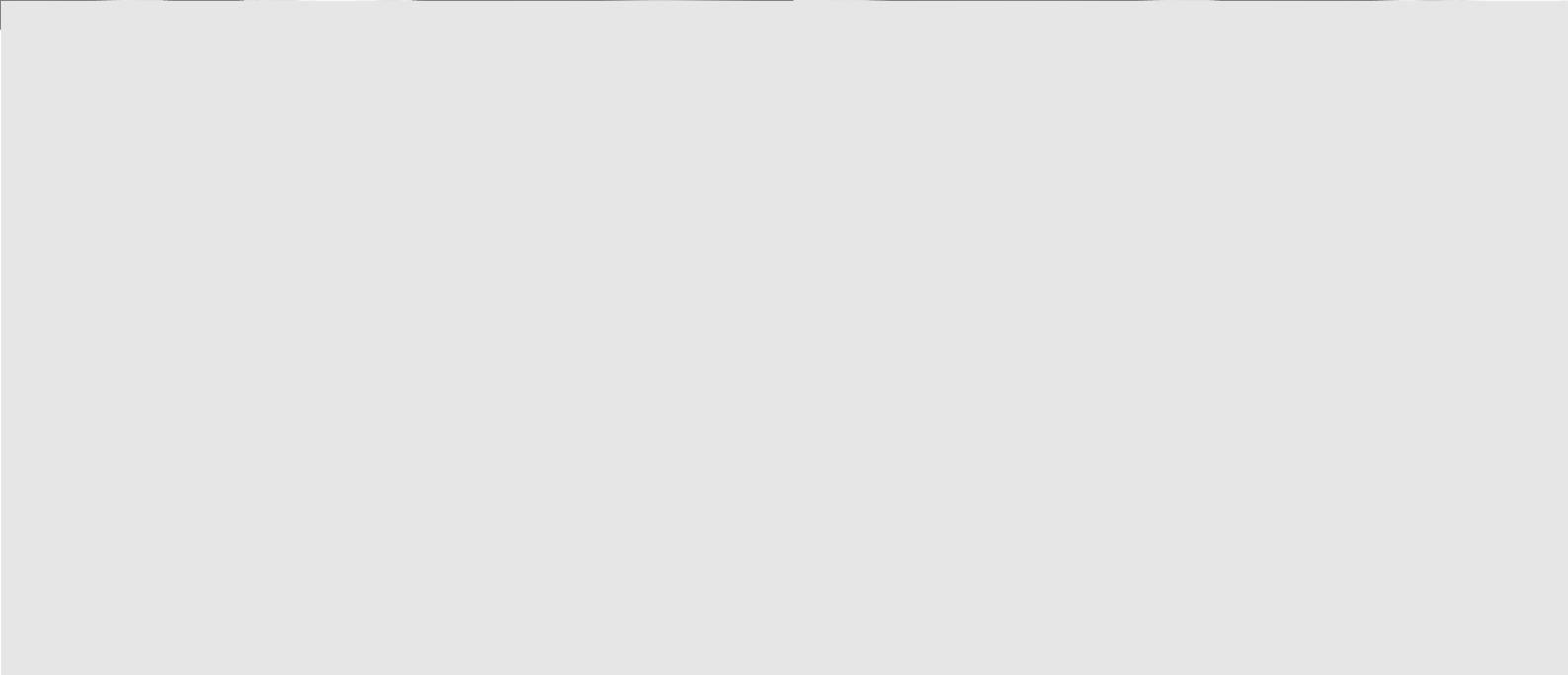
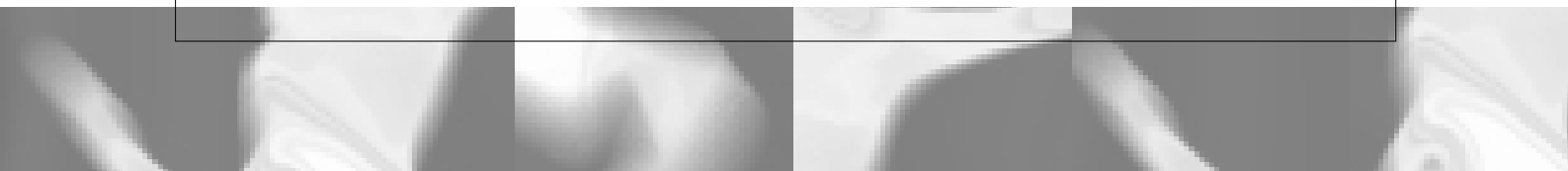
Voll normal! – Ein Comic für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

Zur Kontaktaufnahme mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien im Alter von 12–15 Jahren hat die DHS mit Förderung der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) einen Comic mit dem Titel „Voll normal“ herausgegeben.

Gerade Jugendliche in der Pubertät stellen sich und ihre Umwelt verstärkt in Frage. Sie sind im Umbruch, benötigen viel Zeit für sich, unterliegen Stimmungsschwankungen und lassen oft niemanden an sich heran. Ein Verhalten, das uns auch besonders von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien bekannt ist. Mit dem Comic steht Beratern und Pädagogen ein Medium zur Verfügung, welches die Kontaktaufnahme erleichtern soll. Mit der persönlichen Weitergabe des Comic lässt sich ein Gesprächsangebot verknüpfen, für weitere Hilfestellungen und als Basis für eine vertrauensvolle Beziehung.

Die Materialien sind über die DHS zu bestellen und auch im Internet verfügbar: www.dhs.de.

2. Schwerpunkt „Reduzierung des Tabakkonsums“



2. Schwerpunkt „Reduzierung des Tabakkonsums“

2.1. Beratungs-Hotline zum Nichtrauchen (01805/31 31 31)

Fast 45 % der Raucher haben die Absicht, ihren Nikotinkonsum zu beenden, und bereiten sich zum Teil darauf vor, ihren Entschluss auch in die Tat umzusetzen. Zur Unterstützung und Beratung beim Rauchverzicht hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit April 2003 eine neue telefonische Nichtraucherberatung eingerichtet. Unter der Telefonnummer 01805/31 31 31 (zum bundesweit einheitlichen Tarif von 12 Cent pro Minute) können sich Raucherinnen und Raucher mit ihren Fragen an geschulte Beratungskräfte wenden. Gerade beim Rauchverzicht ist eine Beratung zu empfehlen. Viele Raucher haben zunächst zwei bis drei Versuche unternommen, bis der Ausstieg tatsächlich gelingt. Insbesondere können dann Schwierigkeiten auftreten, wenn eine hochgradige Nikotinabhängigkeit vorliegt. Umso wichtiger ist es deshalb, Rauchern Hilfestellungen bei der Rauchentwöhnung zu geben.

Die Beraterinnen und Berater der Nichtraucher-Hotline stehen von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 10:00 bis 22:00 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10:00 bis 18:00 Uhr zur Verfügung. Wer Fragen zum Thema „Rauchen“ hat, eine individuelle Beratung zum Rauchverzicht sucht, Adressen von Beratungsstellen vor Ort benötigt oder Informationsmaterial zum Thema „Nichtrauchen“ braucht, kann sich an die Nichtraucher-Hotline wenden.

Um die neue Beratungsnummer bundesweit bekannt zu machen, hat die BZgA Großflächenplakate geschaltet. Auf rund 10.000 Großflächen wurde im Frühjahr 2003 neben der Bekanntmachung der Telefonnummer auch auf den Weltnichtrauchertag am 31. Mai hingewiesen und für ein Leben ohne Rauch geworben. Diese erste bundesweite Großplakat-Aktion zur Förderung des Nichtrauchens wurde im Rahmen einer Kooperation mit dem Fachverband für Außenwerbung realisiert.

2.2. Modellprojekt „Nichtraucherschutz und Tabakprävention in Betrieben“

Passivrauchen verursacht akute und chronische Gesundheitsschäden, darüber sind sich die Experten international einig. Die am 3. Oktober 2002 in Kraft getretene Änderung der Arbeitsstättenverordnung verpflichtet die Arbeitgeber, „die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind.“

Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen, die Nichtraucher im Betrieb wirksam schützen, bietet ein bei der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. angesiedeltes Projekt-

büro, das seit November 2002 allen Betrieben und Behörden mit Beratungsbedarf als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Das durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderte bundesweite Projekt „Rauchfrei am Arbeitsplatz“ leistet beispielsweise Hilfestellung bei der Formulierung von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz und bei der Organisation von betrieblichen Informationsveranstaltungen. Das Projektbüro empfiehlt und vermittelt daneben auch Angebote zur Tabakentwöhnung für Mitarbeiter, die „rauchfrei“ werden möchten.

Das Projekt hat im Oktober 2003 zur weiteren Unterstützung von Unternehmen und Behörden bei der Umsetzung der geänderten Rechtslage eine Wanderausstellung konzipiert. Betriebe und Behörden können sie für Gesundheits- und Informationstage kostenlos gegen Übernahme der Versandgebühren entleihen. Begleitend zur Ausstellung gibt es weitere Informationsmaterialien, wie Broschüren, Faltblätter und Poster.

Seit dem 1. Januar 2004 steht auch eine telefonische Beratung zum betrieblichen Nichtraucherschutz zur Verfügung. Unter der Telefonnummer 0228/987 27 17 bietet das Projekt wochentags von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr fachkundige persönliche Beratung an. Bei juristischen Zweifelsfällen wird das Beratungsteam von Juristen unterstützt.

Auf der Projekt-Website www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de stehen Interessierten außerdem neben aktuellen Informationen zum Thema auch digitale Arbeitsmaterialien und Kommunikationshilfen zur Verfügung. Eine Kontaktliste von Betrieben und Behörden, die bereits erfolgreich den Nichtraucherschutz umgesetzt haben, eröffnet die Möglichkeit der regionalen Vernetzung.

2.3. Dienstvereinbarung zum Nichtraucherschutz im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Mit der Änderung der Arbeitsstättenverordnung ist der Arbeitgeber verpflichtet, „die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gefahren durch Tabakrauch geschützt sind.“ Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat hier eine besondere Vorbildfunktion.

Im Einvernehmen mit der Personalvertretung trat am 1. April 2003 für den Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine umfassende Dienstvereinbarung zum Nichtraucherschutz und zur Tabakprävention für die Dauer von neun Monaten in Kraft. Die Dienstvereinbarung strebt ein „rauchfreies Ministerium“ an und will dieses Ziel in einzelnen Umsetzungsschritten erreichen. In einem ersten Schritt sollte zunächst auf freiwilliger Basis und im Einvernehmen mit allen Beschäftigten versucht werden, eine rauch-

freie Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Bestandteile der Dienstvereinbarung sind die Einrichtung von Raucherzonen und eine Modellphase, die das Nichtrauchen in allen Räumen des Ministeriums vorsieht. Kernstück der Dienstvereinbarung ist das Angebot von Raucherentwöhnungsprogrammen. Zu den Angeboten gehören Kurz-Workshops mit Informationen für Raucherinnen und Raucher, Tabakentwöhnungskurse sowie Angebote zur Raucherberatung.

Die Dienstvereinbarung wurde zunächst über den 31. Dezember 2003 hinaus verlängert. Ziel ist es, eine Folge-Dienstvereinbarung im Einvernehmen mit der Personalvertretung zu schließen, die das Ziel eines „rauchfreien Ministeriums“ weiter konsequent verfolgt. Mit dem Abschluss der Dienstvereinbarung zum Nichtraucherschutz und zur Tabakprävention geht das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit gutem Beispiel voran, um andere Bundesressorts, nachgeordnete Behörden und alle anderen Arbeitgeber zu animieren, entsprechende Dienstvereinbarungen auf den Weg zu bringen.

2.4. Kommunalen Wettbewerb „Tabakprävention vor Ort“

Der Erfolg des ersten Wettbewerbs „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“, zu dem im Wettbewerbszeitraum 2001/2002 mehr als 220 Beiträge eingesandt wurden, hat mit dazu beigetragen, einen zweiten Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention auszuloben. Damit wird unterstrichen, dass die kommunale Präventionsarbeit einen unverzichtbaren Pfeiler in der Gesundheitsvorsorge vor Ort darstellt.

Als Schwerpunkt für den kommunalen Wettbewerb 2003/2004 ist das Thema „Tabakprävention vor Ort“ ausgewählt worden. Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in den westlichen Industrienationen. Es ist deshalb ein vordringliches Gesundheitsziel des Bundes, die Raucherquote in Deutschland zu senken. Nichtrauchen soll der Normalfall werden. Die Ansatzpunkte für kommunale Aktivitäten im Bereich der Tabakprävention sind dabei besonders wichtig – ob es um Schutz vor Passivrauchen, die Einrichtung rauchfreier Krankenhäuser und Schulen oder um bürgernahe Angebote der Raucherberatung geht.

„Tabakprävention vor Ort“ nimmt Bezug auf die kommunale Ebene, in der Menschen in ihrem Alltag direkt erreichbar sind, z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz, in den Arztpraxen und in der Freizeit. Die Bürgerinnen und Bürger können hier zum einen durch eine persönliche Ansprache darin unterstützt werden, Nichtraucher zu bleiben oder wieder zu werden, zum anderen können für sie rauchfreie Lebensräume geschaffen werden. Als besonders wirksam haben sich Strategien erwiesen, die beide Aspekte verknüpfen.

Ziel des zweiten Wettbewerbs ist es deshalb, die Bedeutung von kommunalen Maßnahmen der Tabakprävention hervorzuheben. Angesichts der Tatsache, dass die Präventions-

bemühungen hier noch in den Anfängen stecken, ist es besonders wichtig, die vorhandenen kommunalen Aktivitäten kennen zu lernen und sie für eine breite Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Darüber hinaus sollen solche Städte, Gemeinden und Kreise ausgezeichnet werden, die mit ihren Maßnahmen der Tabakprävention in den verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern ein gutes Beispiel für andere Kommunen geben.

Wettbewerbsbeiträge konnten bis zum 15. Dezember 2003 eingesandt werden. Die Tatsache, dass bei der zweiten Runde des Wettbewerbs erheblich weniger Beiträge als bei der ersten Runde eingereicht wurden, macht deutlich, dass es bei dem Thema „Tabakprävention vor Ort“ noch ein großes Entwicklungspotential auf der kommunalen Ebene gibt.

Bewertungskriterien für die Beiträge werden sein:

- Vernetzung von Akteuren;
- Verbindung von strukturellen und kommunikativen Maßnahmen;
- Flächendeckende Umsetzung;
- Langfristigkeit von Strategien und Maßnahmen;
- Nachweis der Wirksamkeit (Evaluation);
- Beteiligung der Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen;
- Geschlechtsspezifische Tabakprävention;
- Verankerung der Prävention in der kommunalpolitischen Leitungsebene.

Der Wettbewerb wird von den kommunalen Spitzenverbänden – Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund und Deutscher Landkreistag – unterstützt. Informationen zu dem Wettbewerb sind zu finden unter der Internet-Adresse: www.kommunale-suchtpraevention.de.

2.5. Tabakprodukt-Verordnung

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

Gemäß Tabakprodukt-Verordnung sind seit 1. Oktober 2003 Warnhinweise auf den Verpackungen von Tabakerzeugnissen anzugeben, die die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums deutlich vor Augen halten. Auf 30% der vorderen Breitseite müssen die Hinweise „Rauchen ist tödlich“ oder „Rauchen kann tödlich sein“ sowie „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“ abgedruckt sein. 40% der

hinteren Packungsbreitseite muss mit einem der folgenden 14 vorgegebenen unterschiedlichen **WARNHINWEISEN** bedeckt sein:

- Raucher sterben früher
- Rauchen führt zur Verstopfung der Arterien und verursacht Herzinfarkte und Schlaganfälle
- Rauchen verursacht Lungenkrebs
- Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind
- Schützen Sie Kinder – lassen Sie sie nicht Ihren Tabakrauch einatmen
- Ihr Arzt oder Apotheker kann Ihnen dabei helfen, das Rauchen aufzugeben
- Rauchen macht sehr schnell abhängig: Fangen Sie gar nicht erst an!
- Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen
- Rauchen kann zu einem langsamen und schmerzhaften Tod führen
- Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten: (Telefonnummer/Postanschrift/Internetadresse/Befragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker – Es ist vorgesehen, hier die Nichtraucherhotline der BZgA mit der Nummer 01805/31 31 31 anzugeben)
- Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz
- Rauchen lässt Ihre Haut altern
- Rauchen kann die Spermatozoen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein
- Rauch enthält Benzol, Nitrosamine, Formaldehyd und Blausäure

Die Warnhinweise sind abwechselnd so zu verwenden, dass sie regelmäßig auf den Packungen erscheinen. Zusätzlich sind die Teer-, Nikotin und Kohlenmonoxidgehalte auf einer Packungsschmalseite anzugeben.

Neben den Warnhinweisen regelt die Tabakprodukt-Verordnung das Verbot von Angaben auf den Verpackungen von Tabakerzeugnissen, die den Eindruck erwecken, dass ein bestimmtes Tabakerzeugnis weniger schädlich als andere sei. Hierzu zählen beispielsweise die bisher verwendeten Angaben wie „mild“, „leicht“ und ähnliches.

Seit 1. Januar 2004 gelten außerdem herabgesetzte Höchstmengen für die in Zigaretten enthaltenen Schadstoffe: Teergehalt max. 10 mg je Zigarette, Nikotingehalt max. 1 mg je Zigarette, Kohlenmonoxidgehalt max. 10 mg je Zigarette.

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 gewährleistet.

Ziel der Tabakprodukt-Verordnung ist ein verbesserter Verbraucherschutz. Die Raucherinnen und Raucher in Deutschland sollen in unübersehbarer Form auf die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums hingewiesen werden.

Die Frist für den letzten Abverkauf an den Endverbraucher für Zigarettschachteln, die der Tabakproduktverordnung nicht entsprechen, läuft zum 30.06.2004 aus.

2.6. Erhöhung der Tabaksteuer

Die Tabaksteuer ist ein wesentliches Lenkungsinstrument zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland. Sie ist Teil des „Policy Mix“ struktureller und präventiver Maßnahmen zur Reduzierung des Rauchens. Auch international wird die Tabaksteuer als eines der wirksamsten Instrumente angesehen, um über den Preis die Nachfrage des Tabakkonsums zu verringern. Jede Erhöhung der Tabaksteuer setzt ein gesundheitspolitisches Preissignal für die Verbraucher, weniger zu rauchen oder erst gar nicht mit dem Rauchen zu beginnen.

Insbesondere Kinder und Jugendliche reagieren als einkommensschwache Käuferschicht besonders deutlich auf Preiserhöhungen. Daher wird – neben weiteren gesundheitspolitischen Maßnahmen wie der Prävention und gesetzlicher Regelungen zur Tabakprävention – der beschlossenen Steuererhöhung auf Tabakprodukte eine große Bedeutung zugemessen, um das Ziel einer Reduzierung der Raucherquote in der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren zu erreichen.

Die Bundesregierung hat daher eine dreistufige Erhöhung der Tabaksteuer um 1 Euro pro Schachtel beschlossen. Nach der Einigung im Vermittlungsausschuss wurde am 19. Dezember 2003 durch den Bundestag und Bundesrat eine 3-stufige Erhöhung um je 1,2 Cent pro Zigarette festgesetzt. Damit erhöht sich die Tabaksteuer pro Zigarette von 10 auf 13,6 Cent. Die Anhebungsschritte treten im Abstand von jeweils neun Monaten zum 1. März 2004, 1. Dezember 2004 und zum 1. September 2005 in Kraft. Bei losem Feinschnitt wurde eine Erhöhung um 50% von 35,82 Euro auf 53,82 Euro je Kilogramm beschlossen.

Internationale Experten haben errechnet, dass mit einer Preiserhöhung von 10% ein Konsumrückgang von 4% zu erreichen ist. Dieser Rückgang fällt bei Kindern und Jugendlichen etwa um das 2- bis 3-fache höher aus. Die steuerlichen Mehreinnahmen der Tabaksteuererhöhung werden zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der Gesetzlichen Kran-

kenkasse verwendet. Damit verfolgt die Steuererhöhung zwei aufeinander abgestimmte gesundheitspolitische Zielsetzungen, eine Kostenentlastung der Gesetzlichen Krankenkasse sowie das Ziel der Bundesregierung, den Tabakkonsum insbesondere unter Jugendlichen zu reduzieren, sie vom Einstieg in das Rauchen abzuhalten oder zum Ausstieg aus dem Rauchen zu bewegen.

2.7. Konferenz „Wirtschaftliche und gesundheitliche Aspekte des Tabakrauchens in Deutschland“

Am 31. März und 1. April 2003 veranstaltete die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (dkfz) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Konferenz „Wirtschaftliche und gesundheitliche Aspekte des Tabakrauchens in Deutschland“.

Die Konferenz lieferte einen Überblick über die international praktizierten Strategien, den Tabakkonsum zu reduzieren. Politische Entscheidungsträger, Wissenschaftler und Experten aus der Praxis diskutierten die Vielfalt an Anti-Tabak-Maßnahmen. Die Konferenz bestätigte die Auffassung, nach der nur ein umfassendes Bündel von gesetzlichen, strukturellen und präventiven Maßnahmen, ein so genannter „Policy Mix“, zum Erfolg führt. Deutschland ist sich hier mit der Mehrheit der Staaten und der WHO einig. In diesem Policy Mix müssen Maßnahmen zur Reduzierung der Tabaknachfrage, wie Aufklärung, Information und Hilfen für aufhörbereite Raucher, und zur Reduzierung des Tabakangebotes, wie Anbaubeschränkungen, Zugangsbeschränkungen usw. nebeneinander stehen. Nur mit einem solchen Maßnahmentableau kann der Tabakkonsum erheblich gesenkt werden – das war das Fazit der hochrangig besetzten Konferenz.

Die Dokumentation der Konferenz ist über die Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung www.bmgs.bund.de zu bestellen oder einzusehen.

2.8. Tabakrahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation

In sechs internationalen Verhandlungsrunden wurde ein Textentwurf für ein „Übereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakkonsums – Tabakrahmenübereinkommen“ erarbeitet, der am 21. Mai 2003 durch eine Resolution der Weltgesundheitsversammlung von allen Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) einstimmig angenommen wurde. In den Verhandlungen wurde auch eine Regelung gefunden, nach der Deutschland in einer Protokollerklärung auf den

verfassungsrechtlichen Vorbehalt gegen totale Werbeverbote hinweist. Diese greifen nach Auffassung der Bundesregierung in unzulässiger Weise in die nationale Gesetzgebung ein.

Gemäß Ratsbeschluss vom 2. und 3. Juni 2003 hat der zuständige EU-Kommissar das Übereinkommen für die Europäische Gemeinschaft am 16. Juni 2003 unterzeichnet. Am gleichen Tage zeichnete die griechische Präsidentschaft auf Ministeriebene für die Europäische Union.

Deutschland hat das Übereinkommen gemäß Kabinettsbeschluss vom 6. August 2003 am 24. Oktober 2003 in New York unterzeichnet. Seither finden Abstimmungen zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz statt, um eine gemeinsame amtliche Übersetzung zu erstellen. Alle drei Länder planen die schnellstmögliche Ratifizierung des Übereinkommens. Das Übereinkommen tritt am 90. Tag nach Hinterlegung der 40. Ratifikationsurkunde in Kraft. Zum Jahresende lagen 87 Unterzeichnungen und 5 Ratifikationsurkunden vor.

Die Tabakrahenkonvention ist das erste Abkommen der Vereinten Nationen, das den Gesundheitsschutz als vorrangiges Ziel hat. Durch ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen, z. B. den verstärkten Kampf gegen Zigarettenschmuggel, eindringliche Warnhinweise, verbesserten Jugendschutz und den Schutz vor Passivrauchen, sollen die Gesundheitsschäden infolge des Tabakkonsums weltweit eingedämmt werden.

2.9. Fachtagung „Rauchen - eine Abhängigkeit wie jede andere?“

Tabakkonsum ist die Ursache für zahlreiche Erkrankungen und vorzeitigen Tod. Jeder zweite Raucher stirbt vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Jährlich sind mehr als 110.000 Todesfälle in Deutschland auf das Rauchen zurückzuführen. Vorbeugen und behandeln sind zwei wichtige Strategien, um die raucherbedingten Krankheiten und Tabakabhängigkeit zu verringern.

Raucher sind nicht immer in der Lage, die Tabakabstinenz selbständig zu erzielen und aufrechtzuerhalten. Auch psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsangebote sind oft nur unzureichend wirksam. Viele Raucher sehen trotz häufiger, vergeblicher Abstinenzbemühungen ihren Tabakkonsum als Gewohnheitsbildung und nicht als eine Form der Abhängigkeit an.

Die Frage „Ist Rauchen eine Abhängigkeit wie jede andere?“ wurde auf einer Fachtagung der Universität Tübingen von weit mehr als 100 Vertretern der Wissenschaft, Krankenkassen und der ärztlichen Praxis aus dem In- und Ausland diskutiert. Während dieser Tagung wurden die biologischen und psychologischen Grundlagen der Tabakabhängigkeit und die vor-

handenen Behandlungsmethoden diskutiert. Es wurden Leitlinien zur Behandlung des Rauchens erläutert, nach denen Praktiker verfahren können.

Die Tagung wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführt und von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eröffnet. Die Veröffentlichung der Beiträge befindet sich in Vorbereitung.

2.10. Projekt „Tabakentwöhnung und Selbsthilfe“

Experten schätzen, dass der Raucheranteil unter den Menschen, die sich wegen physischer oder psychischer Erkrankungen in Selbsthilfegruppen im Bereich Gesundheit organisiert haben, außergewöhnlich hoch ist. So ist es umso dringlicher, wirksame Angebote zur Tabakentwöhnung zu schaffen, die sie in ihrer jeweiligen Selbsthilfegruppe umsetzen können.

Studien zur Tabakentwöhnung zeigen, dass die Unterstützung, beispielsweise durch Freunde, Angehörige oder Bekannte, einen erheblichen Anteil am Erfolg einer Tabakentwöhnung hat. Selbsthilfegruppen bieten somit ein ideales Forum für abstinenzmotivierte Raucherinnen und Raucher, unter fachlicher Anleitung ein Tabakentwöhnungsprogramm zu absolvieren.

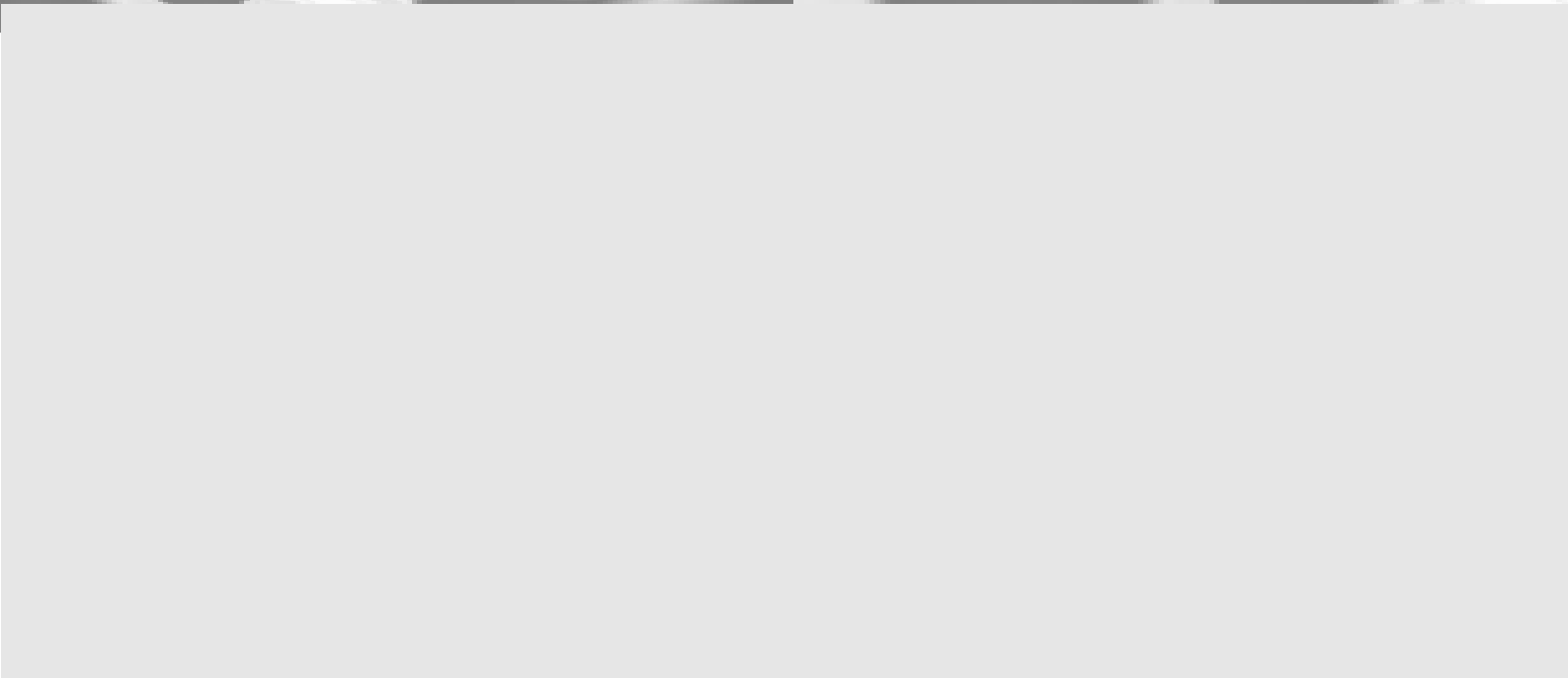
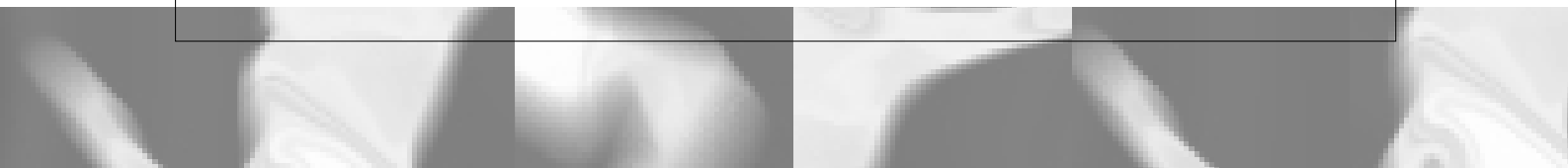
Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und der BKK Bundesverband initiierten eine Befragung zum Thema „Tabakentwöhnung und Selbsthilfe“, um das Interesse an Tabakentwöhnung zu ermitteln. Im Rahmen des Projektes wurde festgestellt, inwieweit Raucherinnen und Raucher aus Selbsthilfegruppen an einem Programm zur Tabakentwöhnung im Rahmen der Selbsthilfe interessiert sind. Darüber hinaus galt es, etwas über den Tabakkonsum, misslungene Rauchstopps und die Bereitschaft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem Rauchen aufzuhören, herauszufinden.

Fast zwei Drittel der Befragten (66 %) würden ein Angebot zur Tabakentwöhnung im Rahmen der Selbsthilfe nutzen. Die Ergebnisse zeigen ferner, dass ein bestehendes hohes Gesundheitsrisiko oder eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht vom Tabakkonsum abhalten. Es ist davon auszugehen, dass die abstinenzmotivierten Befragten überwiegend an den Entzugserscheinungen scheitern und deshalb weiterrauchen. Dies erfordert im Vorfeld einer Tabakentwöhnung eine bessere Aufklärung und Unterstützung der interessierten Raucherinnen und Raucher, damit künftige Versuche erfolgreich sind. Es besteht ein Bedarf an einem Angebot zur Tabakentwöhnung für Selbsthilfegruppen. Das entsprechende Programm sollte jedoch auf die Bedürfnisse der Mitglieder der Selbsthilfegruppen abgestimmt sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Angebot niedrigschwellig sein sollte. Das Programm zur Tabakentwöhnung sollte insbesondere bei den suchtspezifischen Themen wie

Rückfallprophylaxe und Suchtmittelentzug Schwerpunkte setzen. Darüber hinaus sollte es Elemente enthalten, die Raucherinnen und Raucher motivieren, sich von ihrem Raucherimage zu lösen.

Es ist geplant, ein Programm zur Tabakentwöhnung für die Selbsthilfe zu entwickeln, das in einem Modellprojekt bezüglich seiner Umsetzbarkeit und Wirksamkeit geprüft wird. Es wird sich an alle Mitglieder und deren interessierte Bezugspersonen wenden, d. h. es soll in ihre durch Selbsthilfe vorgegebenen Strukturen integriert werden. Weitere Informationen sind über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) erhältlich.

3. Aktuelle Daten zum Umfang des Sucht- und Drogenproblems



3. Aktuelle Daten zum Umfang des Sucht- und Drogenproblems

Seit 1980 wird in regelmäßigen Abständen die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland“ („Bundesstudie“) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführt. Die hier vorgestellten Daten stammen aus der Studie, die 2003 an einer Stichprobe von 8.061 Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren durchgeführt wurde (Kraus & Augustin, 2004, in Vorbereitung).

3.1. Alkohol

Fast jeder Fünfte (17%) im Alter von 18 bis 59 Jahren gab im Jahr 2003 an, in den letzten 30 Monaten alkoholabstinent gewesen zu sein (Kraus & Augustin, 2004). Das gilt in höherem Maße für Frauen (21%) als für Männer (13%). Im Vergleich zu 1997 und 2000 zeichnet sich 2003 sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine Abnahme des Bier- (58%, 2000: 67%, 1997: 61%), Wein/Sekt- (59%, 2000: 67%, 1997: 58%) und Spirituosenkonsums (34%, 2000: 39%, 1997: 37%) bezogen auf den Konsum in den letzten 30 Tagen auf das Niveau von 1997 ab. Dabei tranken ähnlich wie in den Vorjahren doppelt so viele Männer (78%) wie Frauen (39%) Bier, ebenso mehr Männer (41%) als Frauen (24%) Spirituosen, und mehr Frauen (67%) als Männer (52%) Wein/Sekt. Interessanterweise fiel bei beiden Geschlechtern der Konsumanteil bei Bier und Spirituosen leicht unter das Niveau von 1997.

Alkohol über einem Grenzwert von 20g Reinalkohol pro Tag für Frauen und 30g Reinalkohol pro Tag für Männern konsumierten hochgerechnet insgesamt 12,3% oder 5,5 Mio. Erwachsene (3,8 Mio. Männer und 1,7 Mio. Frauen).

3.2. Tabak

Betrachtet man die Entwicklung der 18- bis 59-Jährigen zwischen 1997, 2001 und 2003, so ergeben sich nur leichte Veränderungen im Hinblick auf die Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher. Insgesamt ist ein leichter Rückgang des Anteils der Raucher von 37% im Jahr 1997, 35% im Jahr 2000 auf 34% im Jahre 2003 zu beobachten. Bei den Frauen sind die Anteile der Raucherinnen (30%) unverändert geblieben. Bei den Männern ging der Anteil der Raucher von 43% (1997) auf 37% zurück. Im Hinblick auf die Anteile starker Raucherinnen und Raucher ergeben sich keine Veränderungen, wobei insgesamt zu berücksichtigen ist, dass bei einem Rückgang der Prävalenz der Raucher bei gleichbleibender Verteilung der Rauchintensität die Gruppe der starken Raucher kleiner wird. Dies trifft in diesem Fall auf die männlichen Raucher zu.

Definiert man riskanten Tabakkonsum als einen Konsum von sechs oder mehr Zigaretten pro Tag, sind insgesamt 25,0% der Befragten riskante Raucher. Hochgerechnet auf die 18- bis 59-Jährige Bevölkerung entspricht dies 11,3 Mio. Erwachsenen (6,6 Mio. Männer und 4,7 Mio. Frauen). Ein Konsum von 20 oder mehr Zigaretten findet sich bei 11,4% der Befragten oder 5,1 Mio. Erwachsenen (3,3 Mio. Männer und 1,8 Mio. Frauen).

3.3. Cannabis

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Im Rahmen der Bundesstudie 2003 gaben 26% (2000: 21%) der befragten 18- bis 59-Jährigen Westdeutschen (18 bis 34 Jahre: 37,4%; 2000: 32,2%) und 15% (2000: 11%) der Ostdeutschen (18 bis 34 Jahre: 30,3%, 2000: 24,5%) an, in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung gaben 7% (2000: 6%) der 18- bis 59-Jährigen in den alten (18 bis 34 Jahre: 14,6% ; 2000: 13%) bzw. 5,4% (2000: 4,9%) in den neuen Bundesländern (18 bis 34 Jahre: 12,6%; 2000: 12,6%) an, Cannabis gebraucht zu haben. Am weitesten verbreitet ist Cannabis in der Gruppe der jungen Erwachsenen. Annähernd jeder Zweite (42,7%; 2000: 36%) der 18- bis 24-Jährigen in West- und Ostdeutschland hat die Substanz schon mindestens einmal konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenzraten in dieser Altersgruppe sind in den neuen Bundesländern in den letzten drei Jahren von 17% im Jahr 2000 auf 19,6% im Jahr 2003 leicht angestiegen, während sie in den alten Bundesländern auf dem Niveau von 2000 stagnierten (2003: 22,1%, 2000: 22%).

Bezogen auf Gesamtdeutschland gaben 24,3% der befragten 18- bis 59-jährigen (18 bis 34 Jahre: 35,9%) an, in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 6,8% (18 bis 34 Jahre: 14,3%). Am weitesten verbreitet ist die Cannabis Lebenszeiterfahrung in der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren (42,7%; 12 Monate: 21,6%).

3.4. Opiate

Der Konsum von Opiaten, wie Heroin, Methadon, Codein, Opium und Morphin, ist in der allgemeinen Bevölkerung wenig verbreitet. Etwa 1,4% (2000: 0,9%) der Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren (18-34 Jahre: 2,1%; 2000: 1,4%) haben im Laufe ihres Lebens Erfahrung mit Opiaten gemacht. Die Werte bezüglich des Konsums während der letzten 12 Monate sind deutlich kleiner. Die statistischen Angaben aus den Bevölkerungsumfragen dürfen aufgrund der schweren Erreichbarkeit dieser Konsumentengruppe jedoch nur als grobe Anhaltspunkte verstanden werden. Obwohl Opiatkonsum in der Bevölkerung sehr

wenig verbreitet ist, verursacht er nach wie vor die meisten gesundheitlichen und sozialen Probleme.

3.5. Kokain

Die Anzahl der Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert haben, liegt in den alten Bundesländern in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen bei 2,4% (2000: 2,5%) (18 bis 34 Jahre: 4,8%; 2000: 4%; Kraus & Augustin, 2004). Die Prävalenzen sind bei den 18- bis 24-Jährigen in Westdeutschland seit 1980 deutlich angestiegen. Sie nahmen von 0,8% in 1980 über 1,5% in 1990 auf 3,9% in 2000 zu. In 2003 sind keine Veränderungen festzustellen (4%). In den neuen Bundesländern hat die Konsumerfahrung mit Kokain im Lebenszeitraum in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen seit 1990 ebenfalls deutlich zugenommen und liegt mit 5,5% wie 2000 auf westdeutschem Niveau. Der aktuelle Konsum in den letzten 12 Monaten vor der Befragung stieg in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen in Westdeutschland seit 1990 von 0,4% auf 1,5% (2000) sowie 1,4% (2003) und in Ostdeutschland von 0% auf 1,4% (2000) sowie 1,2% (2003). Damit weist die Gruppe der Kokainkonsumenten in Deutschland insbesondere in den 90er Jahren eine gewisse Zunahme auf, die allerdings seit etwa 2000 ein Plateau erreicht haben dürfte.

Bezogen auf Gesamtdeutschland gaben 3,0% der befragten 18- bis 59-Jährigen (18 bis 34 Jahre: 4,8%) an, in ihrem Leben mindestens einmal Kokain konsumiert zu haben, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 0,8% (18 bis 34 Jahre: 1,6%). Am weitesten verbreitet ist die Kokain Lebenszeiterfahrung mit 5,7% in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen. In der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren haben 4,4% Lebenszeiterfahrung mit Kokain (12-Monats-Prävalenz: 1,8%).

3.6. Designerdrogen (Ecstasy etc.)

Ecstasy ist auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt erst seit Anfang der 90er Jahre von Bedeutung. Die Lebenszeitprävalenz von 5,4% (2000: 5,5%) bei den 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen in Westdeutschland (18 bis 34 Jahre: 5,0%; 2000: 3,3%) zeigt, dass Ecstasy – obwohl im Vergleich zu anderen Drogen noch nicht so lange auf dem Markt – in erheblichem Umfang konsumiert wird. Die Entwicklung in Westdeutschland zeigt aber, dass die Lebenszeitprävalenzen der jungen Erwachsenen seit 1995 stabil geblieben sind. In Ostdeutschland zeigt sich dagegen in der Gruppe der 18- bis 24-jährigen seit 1997 (2,4%) eine weitere Zunahme der Konsumerfahrung auf 9,7% (2000: 4,1%) (18 bis 34 Jahre: 6,3%; 2000: 5,1%). Diese Entwicklung findet sich auf niedrigerem Niveau (1–2%) auch bei der

12-Monats-Prävalenz. Unterschiede wie in der Lebenszeitprävalenz zwischen Ost- und Westdeutschland sind bezüglich der aktuellen Prävalenz nicht festzustellen.

Bezogen auf Gesamtdeutschland gaben 2,4% der befragten 18- bis 59-Jährigen (18 bis 34 Jahre: 5,2%) an, in ihrem Leben mindestens einmal Ecstasy konsumiert zu haben, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 0,8% (18 bis 34 Jahre: 1,9%). In der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren haben 6,3% Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy (12-Monats-Prävalenz: 2,1%).

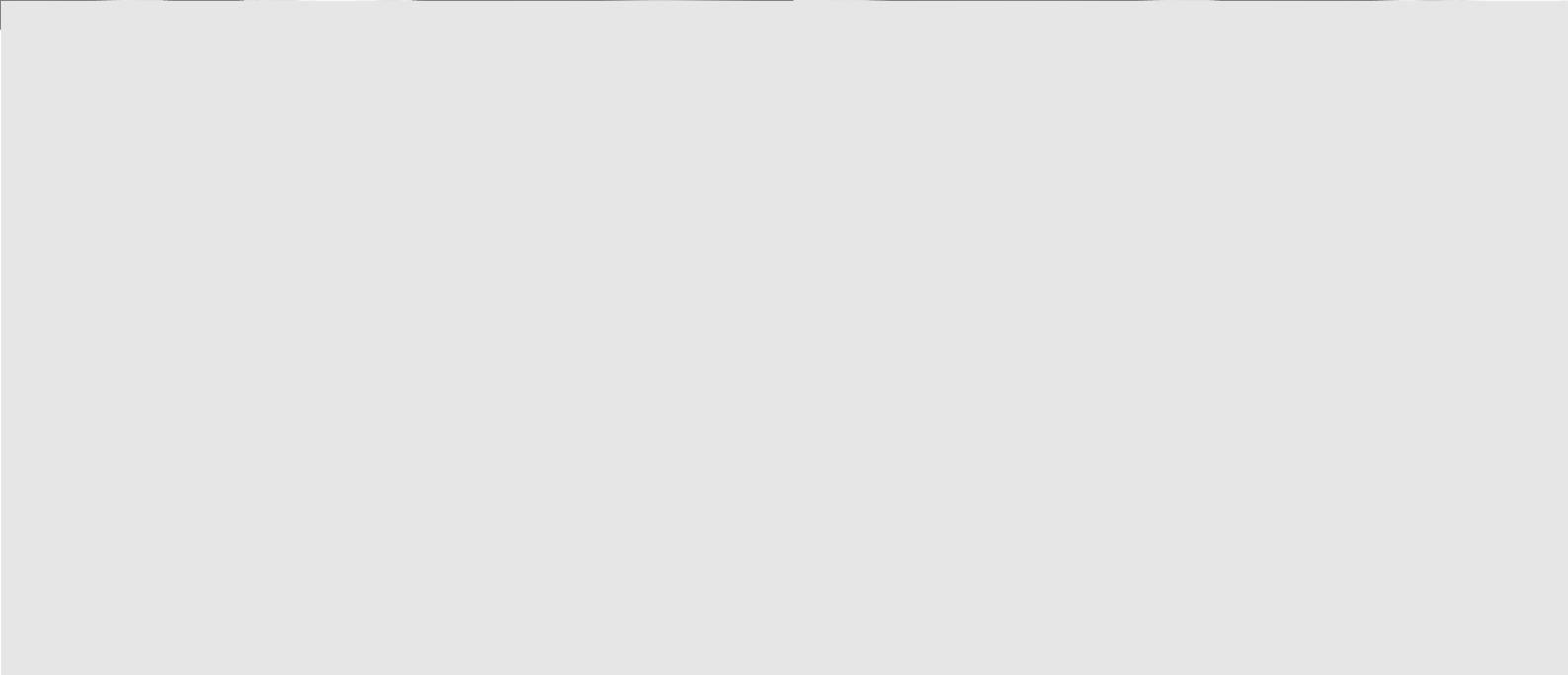
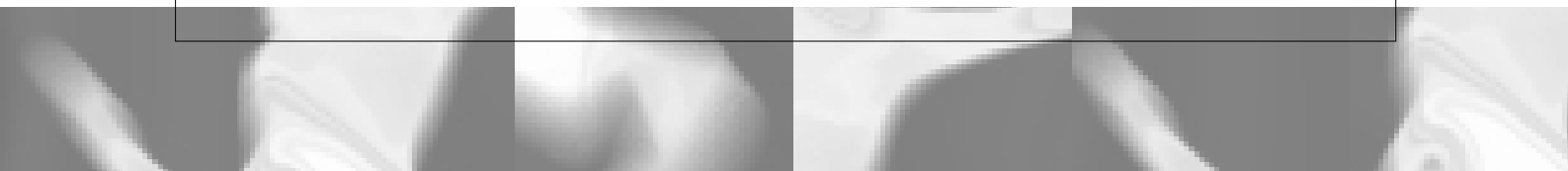
3.7. Amphetamine, LSD u. a.

Im Lebenszeitraum haben 5,9% (2000: 4,7%) der Personen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren in den alten (18 bis 34 Jahre: 5,5% ; 2000: 4,7%) und 6,4% (2000: 3,9%) der 18- bis 24-Jährigen in den neuen Bundesländern (18 bis 34 Jahre: 4,7%; 2000: 3,8%) mindestens einmal Amphetamine konsumiert. Die Prävalenzwerte für die letzten 12 Monate liegen in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Westdeutschland bei 3,1% (2000: 2,8%) (18 bis 34 Jahre: 2,3%; 2000: 1,4%) und in Ostdeutschland bei 3,4% (2000: 2,0%) (18 bis 34 Jahre 2,1%; 2000: 1,2%). Im Vergleich zum Jahr 1990 weisen die Zahlen zum aktuellen Konsum eine leichte Steigerung auf. Bei den halluzinogenen Drogen sind Pilze weiter verbreitet als LSD. Im Jahr 2003 lag die Anzahl der Personen (Altersgruppe 18 bis 34 Jahre), die mindestens einmal im Leben Erfahrung mit LSD gemacht haben, in den alten Bundesländern bei 3,3% (2000: 2,3%) bzw. in den neuen Bundesländern bei 3,7% (2000: 2,4%). Dem stehen bei den Pilzen Lebenszeitprävalenzen von 4,9% (2000: 3,3%) in den alten Bundesländern und 5,5% (2000: 2,9%) in den neuen Bundesländern gegenüber. In den letzten 12 Monaten konsumierten in dieser Altersgruppe in den alten Bundesländern 0,6% LSD (2000: 0,3%) und 1,4% Pilze (2000: 1,2%), in den neuen Bundesländern 0,3% LSD (2000: 0,6%) und 2,0% Pilze (2000: 1,3%). Damit bewegen sich in den letzten beiden Erhebungen die Prävalenzwerte halluzinogener Pilze auf dem Niveau von Ecstasy.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass mit Ausnahme der älteren Altersgruppen aufgrund der demographischen Entwicklung der Drogenerfahrung in Ostdeutschland kaum mehr wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Regionen zu beobachten sind.

Bezogen auf Gesamtdeutschland gaben 3,3% der befragten 18- bis 59-Jährigen (18 bis 34 Jahre: 5,4%) an, in ihrem Leben mindestens einmal Amphetamine konsumiert zu haben, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 0,9% (18 bis 34 Jahre: 2,2%). LSD wurde von 2,4% probiert (18 bis 34 Jahre: 3,4%). In der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren haben 6,0% Lebenszeiterfahrung mit Amphetaminen (12-Monats-Prävalenz: 3,1%).

4. Prävention



4. Prävention

4.1. Migration und Sucht

4.1.1. Drogenkonsum bei Aussiedlern – Bundeslagebild des Bundeskriminalamtes

Ausweislich der (vorläufigen) Statistik des Bundeskriminalamtes (BKA) über die Todesfälle infolge von Opiatkonsum im 1. bis 3. Quartal 2003 ist die Zahl der Aussiedler unter den Drogentoten um 25,3% gestiegen, während die Zahl der Drogentoten insgesamt um 6,2% gesunken ist.

Nach dem Bundeslagebild zur „Rauschgiftkriminalität von Aussiedlern aus Osteuropa und der GUS“ des Bundeskriminalamtes vom März 2003 kann daraus aber nicht geschlossen werden, dass Aussiedler einen besonders hohen Anteil an den Rauschgiftdelikten haben. Ihr Anteil an diesen Delikten lag nur etwas höher als bei den sonstigen Deutschen, allerdings erheblich unter dem der Nichtdeutschen.

Beim Vergleich der Altersstruktur der Aussiedler mit den beiden anderen Bevölkerungsgruppen (sonstige deutsche und nichtdeutsche Tatverdächtige) fiel der deutlich höhere Anteil der 21- bis 25-jährigen Aussiedler auf. Außerdem war der Anteil der Tatverdächtigen über 30 Jahre bei Aussiedlern wesentlich geringer als bei den Vergleichsgruppen.

Schätzungen zufolge kamen rund 20% der Aussiedler, die in Suchthilfeeinrichtungen behandelt wurden bzw. wegen Rauschgiftdelikten kriminalpolizeilich in Erscheinung traten, bereits rauschgiftabhängig nach Deutschland. Bei den Aussiedlern, die vor der Einreise noch nicht abhängig waren, war vor allem der Kontakt mit bereits süchtigen Freunden bzw. Cliquenmitgliedern ausschlaggebend für den Beginn der Drogenkarriere in Deutschland. Die höhere Todesquote ist hauptsächlich auf eine sehr exzessive Drogenkarriere zurückzuführen; ein hoher Anteil stieg sofort mit Heroin ein.

4.1.2. Präventionsprojekte des Bundesministeriums des Innern für Aussiedler

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 „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund seit 1989 durchgeführt wird. Im Jahr 2001 ist das Projekt, das bis zu diesem Zeitpunkt unter dem Titel „Sport mit Aussiedlern“ geführt wurde, für weitere Zielgruppen (junge Ausländer und benachteiligte

deutsche Jugendliche) geöffnet worden. Es wird seit seiner Initiierung im Jahre 1989 mit über 63,4 Mio. Euro gefördert. Im Haushaltsjahr 2003 wurden hierfür wieder rund 5,7 Mio. Euro bereitgestellt. Somit konnte das hohe Förderniveau des Vorjahres gehalten werden.

Außerdem sind im Haushaltsjahr 2003 aus Integrationsmitteln des BMI zehn Modellmaßnahmen zur „Suchtprävention an zehn Standorten“ insbesondere für drogengefährdete jugendliche Aussiedler gefördert worden. Hierbei wurden 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. 0,5 Mio. € zur Verfügung gestellt worden.

PROJEKTLISTE

1. Projekt: „Streetwork“ und „Case-Management“ als Vernetzungs- und Integrationsmaßnahme zur Veränderung suchststoffzentrierter Lebensstile junger Aussiedler im ländlichen Bereich

Projektort: Kreis Cloppenburg

Träger: Jugendberatung, -therapie und -weiterbildung e. V.

Projekthinhalte / 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. Dieses Projekt lief am 31. August 2003 aus.

2. Projekt: Kooperatives Streetwork bei Spätaussiedlern in der Drogenszene

Projektort: Bonn

Träger: Stadt Bonn

Projekthinhalte/Ziele:

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

Fazit:

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

3. Projekt: Suchtprävention für junge Spätaussiedler in Würzburg

Projektort: Stadt Würzburg

Träger: Arbeiterwohlfahrt Unterfranken

Projekthinhalte/Ziele:

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

Fazit:

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

4. Projekt: Sucht & Migration

Projektort: Oberbergischer Kreis

Träger: Caritasverband für den Oberbergischen Kreis

Projekthinhalte / 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.

5. 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).

6. 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.

Dieses Projekt lief am 31. Dezember 2003 aus.

7. Projekt: Suchtprävention, Hilfe zur Selbsthilfe

Projektort: Wismar

Träger: Diakonieverein des Kirchenkreises Wismar e. V.

Projekthinhalte/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 oder ehrenamtliche Tätigkeiten, als Alternativen aufgezeigt werden.

8. Projekt: Sozialraumbezogene Integrationsarbeit mit drogenkonsumierenden bzw. -abhängigen jugendlichen Aussiedlern

Projektort: Kreis Weser-Ems

Träger: Kreis Emsland

Projekthalte/Ziele:

- Gremien- und Netzwerkarbeit durch Teilnahme des Projektpersonals 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.

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

Projektort: Aachen

Träger: DRK Kreisverband Aachen

Projekthalte/Ziele:

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

Fazit:

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

10. 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 Stützungssysteme 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.

Dieses Projekt lief am 30. November 2003 aus.

Um die Erreichbarkeit der allgemeinen Hilfeangebote für Aussiedlerinnen und Aussiedler zu erleichtern, erstellt die „Expertengruppe Migration“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine besondere Informationsbroschüre. Die Broschüre wird bis zur Jahresmitte 2004 vorliegen.

4.1.3. Fortbildungsreihe „Sucht – Migration – Hilfe“ des Bundesministeriums des Innern

Aus Integrationsmitteln des Bundesministeriums des Innern (BMI) wird in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Werkstattreihe „Sucht – Migration – Hilfe“ für Fachkräfte in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten gefördert. Ziele des Fortbildungsprojektes sind zum einen die Sensibilisierung für den Zusammenhang von Migration und Sucht, die Förderung von Qualitäts- und Kompetenzentwicklung in Prävention, Beratung, Therapie und die Anregung von Prozessen der interkulturellen Öffnung. Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Verbesserung der Versorgungssituation für abhän-

gigkeitskranke und -gefährdete Migrantinnen und Migranten und die Initiierung von Kooperation und Vernetzung durch die Zusammenarbeit in der Seminargruppe.

Das Modellprojekt wurde 2002 unter Federführung des BMI und in Trägerschaft des AWO Bundesverbandes e. V. und des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. eingerichtet. Es startete im April 2002 in Berlin und sah ursprünglich vor, dass bis März 2003 an zehn Standorten jeweils zweitägige Werkstattreihen stattfinden sollten, um Fachkräfte im Bereich der Aussiedlerarbeit für das Thema „Sucht“ und Fachkräfte der Suchthilfe für das Thema „Aussiedler“ zu sensibilisieren.

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

Diese Seminare können nur den Charakter von Initialimpulsen haben. In den Facheinrichtungen sind Fortsetzungen und Vertiefungen durch weitere Fortbildungsmaßnahmen, spezifische Supervision der Prozesse interkultureller Öffnung etc. erforderlich. Es ist deshalb sehr erfreulich, dass bereits einige Implementierungsveranstaltungen außerhalb der eigentlichen Fortbildungsreihe stattgefunden haben:

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

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

Bedingt durch die hohen Anmeldezahlen und die große Akzeptanz der Reihe wird die Fortbildungsreihe über das Jahr 2003 hinaus bis Mai 2004 verlängert. Es sollen zehn zusätzliche Veranstaltungen angeboten werden. Außerdem wird der Adressatenkreis auf Fachkräfte, die mit Migranten arbeiten, ausgeweitet.

Darüber hinaus wurden bundesweit vom BMI im Jahr 2003 mehr als fünfzig weitere Integrationsprojekte mit Bundesmitteln gefördert, die in ihren Konzeptionen überwiegend oder zum Teil Komponenten zur Suchtprävention enthalten. Diese Projekte und Seminare enthalten gezielte Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Alkoholmissbrauch und Drogenkonsum überwiegend bei jugendlichen Zuwanderern.

4.1.4. Fachtagung „Gesunde Integration“ der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung

Auf der von der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration am 20. und 21. Februar 2003 veranstalteten Fachtagung mit dem Titel „Gesunde Integration“ war das Thema „Migranten und Sucht“ ein Schwerpunkt. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hielt dort einen Vortrag zu Suchtproblemen bei Migranten. Sie berichtete, dass es allgemein eine Vielfalt von suchtauslösenden Faktoren gebe, zu denen bei Migranten zusätzliche wie der Verlust der Heimat, Erfahrungen der Fremdheit und Schwierigkeiten bei der Integration kommen könnten (aber nicht müssen). Nach Untersuchungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sei riskanter Alkoholkonsum bei jungen Migrantinnen und Migranten deutlich schwächer ausgeprägt als bei Deutschen, der Tabakkonsum hingegen annähernd gleich hoch. Bei illegalen Drogen liegt der Anteil der Drogenerfahrenen bei Migranten unter dem der Deutschen. Eine Dokumentation der Tagung ist im August 2003 erschienen und über das Büro der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration im Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend zu erhalten.

Notwendig ist für die Gruppe der Migranten die interkulturelle Öffnung der bestehenden Beratungs- und Therapieeinrichtungen. Der Bund gibt hier bereits Anstöße zur Hilfe.

Auf der Fachtagung gab es auch einen „Markt der Möglichkeiten“, auf dem sich 18 Projekte zur Gesundheit von Migranten vorstellten. Aus dem Bereich der Suchthilfe präsentierte sich beispielhaft das Projekt „ISH- Interkulturelle Suchthilfe Hannover“. Dieses Projekt wird vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover durchgeführt. Es verfolgt einen primärpräventiven transkulturellen Ansatz. Es beinhaltet sowohl Maßnahmen, die sich an die Einrichtungen der Suchthilfe wenden, als auch solche, die sich direkt an Migranten richten. In beiden Fällen sollen die interkulturellen Kompetenzen der Beteiligten gestärkt werden. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von der Ausbildung von Suchtberatern in vielen verschiedenen Sprachen über die Betreuung von Migrantenselbsthilfegruppen bis zur Beratung von betroffenen Süchtigen und deren Angehörigen.

4.2. Suchtprävention in der Bundeswehr

Das Bundesministerium der Verteidigung unternimmt intensive Anstrengungen, um dem Missbrauch von Alkohol und Drogen in der Bundeswehr entgegenzuwirken. Mit den „Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und Suchtbekämpfung von Soldaten“ aus dem Jahre 1999 wurden die Weichen für eine effektive Suchtprävention und Suchtbekämpfung gestellt, wobei sowohl illegale wie legale Suchtmittel in die Prävention einbezogen sind. Diese Richtlinien werden auch in Zukunft konsequent umgesetzt und angewendet werden.

Das im Drogen- und Suchtbericht 2002 ausführlich beschriebene Suchtpräventionsprogramm der Bundeswehr, in das alle maßgeblichen Fachkräfte, wie Truppenärzte, Seelsorger und der Sozialdienst der Bundeswehr, eingebunden sind, hat sich auch im Jahre 2003 bewährt. Die Meldungen mit Verdacht auf Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten nach dem Betäubungsmittelgesetz in der Bundeswehr lagen im Jahre 2003 auf dem niedrigsten Stand seit sieben Jahren. Für die Bundeswehr ist dies aber kein Grund zur Entwarnung. In den Streitkräften bildet sich durch die hohe Fluktuation des Personals regelmäßig dieses gesamtgesellschaftliche Problem ab, das auch weiterhin ernst zu nehmen ist und dem durch präventive Maßnahmen zu begegnen ist. Daher ist geplant, die Ausbildungs-CD zur Suchtprävention in der Bundeswehr im Jahre 2004 zu aktualisieren.

Der Schwerpunkt der Initiativen im Jahre 2004 wird sich auf Maßnahmen zur Vermeidung des Alkoholmissbrauchs konzentrieren. Dieser ist wegen der negativen Auswirkungen auf den Dienst insgesamt, der damit verbundenen Sicherheitsrisiken und der Folgen für die Einsatzbereitschaft nicht hinnehmbar.

Um insbesondere die jungen Wehrpflichtigen anzusprechen, ist für das Jahr 2004 eine auf diesen Personenkreis zugeschnittene Informationskampagne geplant. Mit Plakaten für Grundausbildungseinheiten und humorvoll ausgestalteten Postkarten, die an alle Grundwehrdienstleistenden ausgehändigt werden, soll auf das Problem Alkohol im Dienst und Alkohol am Steuer aufmerksam gemacht werden.

Erprobt und geprüft wird derzeit in Teilen der Bundeswehr eine stärkere Betonung der „konstruktiven Mitarbeitergespräche als Praxishilfe für Personalverantwortliche“ mit dem Schwerpunkt „Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz“. Eingesetzt und evaluiert wird dabei auch das Medienpaket der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Schritt für Schritt ... – ein Interventionskonzept zum Thema Alkohol am Arbeitsplatz“. Nach ersten Erfahrungen in den Seminaren wird dieses Thema sehr positiv angenommen.

Das Bundesministerium der Verteidigung unterstützt den am 25. Juni 2003 verabschiedeten „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, an dessen

Erstellung Vertreter des Führungsstabes der Streitkräfte mitgearbeitet haben. Insbesondere wird begrüßt, dass der Plan, der den Rauschgiftbekämpfungsplan aus dem Jahre 1990 ablöst, sich nicht ausschließlich den illegalen Drogen widmet und somit den Inhalten des Suchtpräventionsprogramms der Bundeswehr entgegen kommt.

Das Bundesministerium der Verteidigung wird auch in Zukunft im Einklang mit dem Aktionsplan alles daran setzen, dem Konsum legaler und illegaler Drogen im Bereich der Bundeswehr entgegenzuwirken.

4.3. Sucht- und DrogenHotline (01805/31 30 31)

Seit dem 12. November 2003 ist bundesweit unter der Nummer 01805/31 30 31 die „Sucht- und DrogenHotline“ zu erreichen. Nicht nur Menschen mit Sucht- und Drogenproblemen können sich täglich rund um die Uhr an die Hotline wenden, auch deren Angehörigen, Freunden oder Kollegen bietet sie telefonische Beratung, Hilfe und Informationen durch erfahrene Fachleute an.

Auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung schlossen sich acht regionale Anbieter von telefonischer Sucht- und Drogenberatung zusammen, um vorhandene Ressourcen gezielt zu bündeln und das bestehende Angebot an Telefonberatung im Suchthilfereich noch effektiver zu nutzen.

An der Sucht- und DrogenHotline beteiligen sich folgende Einrichtungen:

- Drogeninformationstelefon Hamburg Jugendhilfe e. V.
- Drogennotruf 62345 e. V., Frankfurt
- Mudra Drogenhilfe Nürnberg e. V.
- Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.
- Suchtnotruf Köln e. V.
- Telefonnotruf für Suchtgefährdete Düsseldorf e. V.
- Telefonnotruf für Suchtgefährdete Essen e. V.
- Telefonnotruf für Suchtgefährdete München e. V.

Die regionalen Anbieter erklärten sich dazu bereit, ihr vorhandenes Potenzial bundesweit zu vernetzen. Für den Geschäftsbetrieb bedeutet das: Ein Anrufer aus Berlin, der dort früher nicht mehr durchgekommen wäre, wird jetzt an ein freies Beratungstelefon in Köln, Essen, München, Hamburg, Frankfurt am Main, Nürnberg oder Düsseldorf weitergeleitet. Das Gespräch kostet einheitlich 12 Cent pro Minute für den Anrufer.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen werden regelmäßig geschult und über die örtlichen Gegebenheiten der anderen Anbieter auf dem Laufenden gehalten, um eine bestmögliche Beratung der Anrufer zu gewährleisten. Auch wenn es gemeinsam definierte Standards gibt, so behält jede Einrichtung ihren individuellen Stil bei.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat den Prozess von Anfang an begleitet und ist für die organisatorischen Aufgaben des Netzwerkes verantwortlich.

4.4. Leitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“

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 und im Jahr 2002 herausgegeben. Der Beratungsleitfaden ist mittlerweile an etwa 15.000 Allgemeinärzte im Bundesgebiet verteilt worden.

Schwerpunktaktionen im Jahr 2003 waren die Verteilung des Leitfadens an die niedergelassenen Ärzte im Raum München, die bundesweite Aktion „1.000 Ärzte – Sucht frühzeitig erkennen“ in Kooperation zwischen der Diakonie und der BZgA sowie das Angebot ergänzender Weiterbildung auf der Basis des Leitfadens für niedergelassene Ärzte in Niedersachsen in einem Projekt mit der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen.

Zielsetzung des Leitfadens ist es, den niedergelassenen Ärzten

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

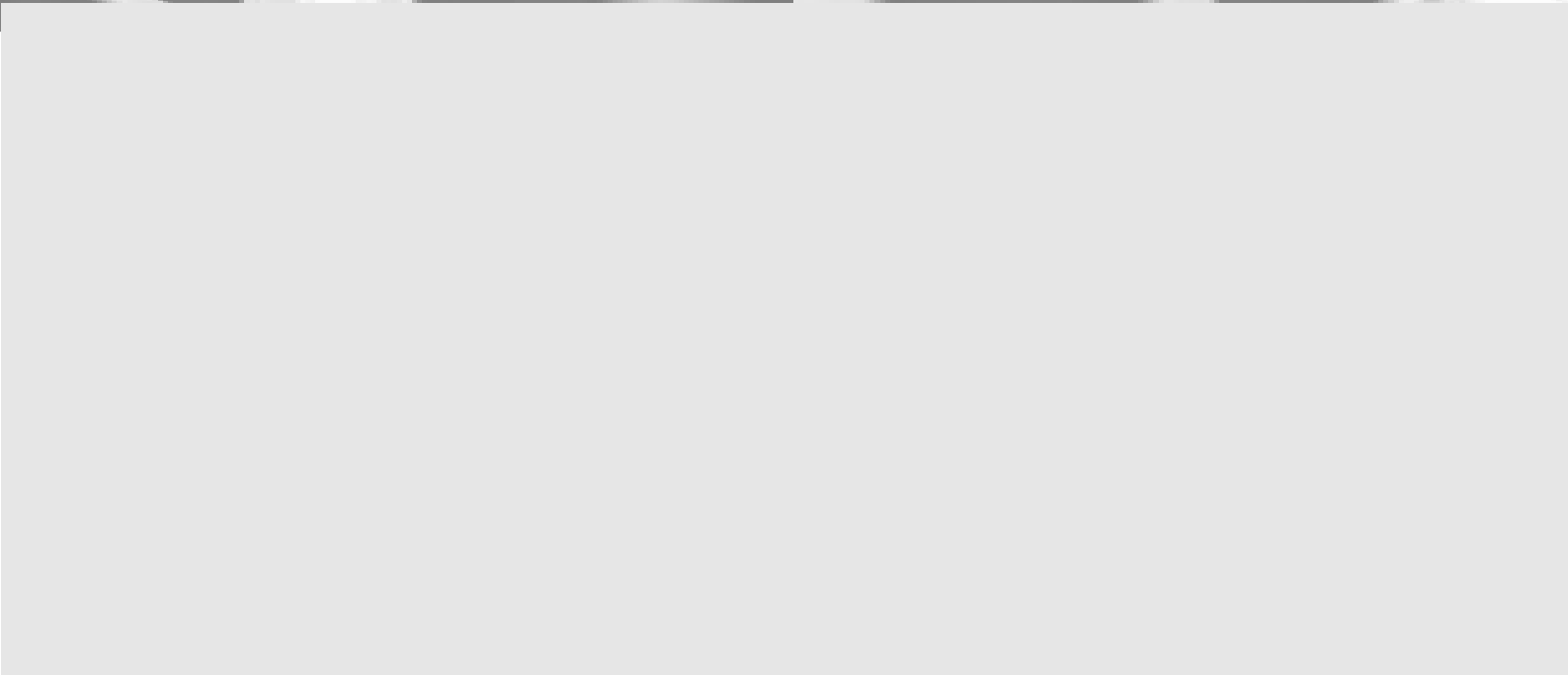
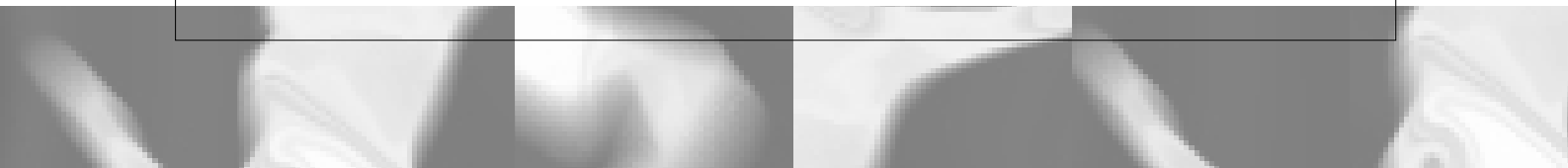
Ausführlich werden die einzelnen Beratungs- und Behandlungsschritte für verschiedene Diagnosegruppen beschrieben. Dargestellt ist die Intervention bei Patienten mit

- risikoarmem Alkoholkonsum,
- riskantem Alkoholkonsum,
- schädlichem Konsum,
- Alkoholabhängigkeit.

Zur Unterstützung des ärztlichen Beratungsgesprächs sind die BZgA-Broschüren „Alles klar? – Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ und „Alkoholfrei leben – Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen“ entwickelt worden, die über die BZgA 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.

5. Behandlung



5. Behandlung

5.1. Behandlung Opiatabhängiger

5.1.1. Erfahrungen mit dem Substitutionsregister

Rechtsgrundlage:

Gemäß § 5a Abs. 1 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, Abt. Bundesopiumstelle) für die Länder als vom Bund entliehenes Organ das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben (insbesondere Patientencode, Substitutionsmittel, Beginn und Ende der Behandlung, ggf. Konsiliarius) zu melden. Ferner haben die Ärztekammern jeweils zum 31. März und 30. September die Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, gemäß § 5a Abs. 5 Satz 1 BtMVV zu melden.

Aufgaben:

Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Verhinderung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch mehrere Ärzte für denselben Patienten, die Überprüfung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation der Ärzte und die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden.

Meldeverfahren:

Das elektronisch ausfüllbare Meldeformular sowie Informationen zum Substitutionsregister stehen im Internet unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel“ zur Verfügung. Circa 75% der eingehenden Meldeformulare sind allerdings handschriftlich ausgefüllt. Die Meldungen erfolgen derzeit ausschließlich schriftlich per Post, die gemeldeten Daten werden manuell in die Datenbank des Substitutionsregisters eingegeben. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Es wird aktuell das Ziel verfolgt, alternativ zur schriftlichen Meldung einen Datenaustausch auf elektronischem Wege – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften – zu ermöglichen (Einrichtung eines Formularservers, ggf. mit elektronischer Signatur etc.). Von einer kurzfristigen Umsetzung und Anwendung der elektronischen Signatur kann nach allgemeiner Erkenntnis allerdings nicht ausgegangen werden. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchttherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst.

Datenauswertung:

Bis Ende 2003 wurden ca. 113.000 Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Davon sind ca. 56.000 laufende Behandlungen (Stichtag 1. Dezember 2003); d. h. ca. 57.000 Behandlungen wurden innerhalb der ersten anderthalb Jahre der bestehenden Meldepflicht bereits wieder beendet. Oftmals werden dieselben Patienten innerhalb weniger Monate jeweils durch denselben Arzt oder auch durch verschiedene Ärzte mehrfach an- und wieder abgemeldet, was die starke Fluktuation der Patienten widerspiegelt.

Die Anzahl der meldenden substituierenden Ärzte liegt deutlich niedriger als die Anzahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte. Auch seitens der Ärzte ist eine nicht zu vernachlässigende Fluktuation zu verzeichnen (beispielsweise in Substitutionsambulanzen), die mit Ummeldungen der Patienten einhergeht.

Anzahl der Ärzte in Deutschland

Ärzte	Anzahl (ca.)
im Zeitraum Juli 02 bis Dez. 03 erfasste substituierende Ärzte	2.700
im Dez. 2003 substituierende Ärzte	2.400
im Dez. 2003 gemeldete Konsiliarier	200
Ärzte mit suchttherap. Qualifikation lt. Ärztekammer-Meldungen	8.000

Abb. 1: Anzahl der Ärzte (Stand Dez. 2003) in Deutschland

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel

Substitutionsmittel	Anteil
Methadon	70,0 %
Levomethadon	16,1 %
Buprenorphin	12,3 %
Dihydrocodein	1,4 %
Codein	0,2 %

Abb. 2: Substitutionsmittel (Stand Dez. 2003)

Die 184 zuständigen Überwachungsbehörden und 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten durch das Substitutionsregister in regelmäßigem Turnus die entsprechend § 5a Abs. 5, 6 und 7 BtMVV mitzuteilenden statistischen Auswertungen. In diesem Zusammenhang werden u. a. auch Daten über Ärzte weitergeleitet, die ohne Konsiliarius Substitutionsmittel verschrieben haben und/oder als Konsiliarien gemeldet wurden, jedoch nicht die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen. Hauptsächlich durch zwischenzeitlichen Erwerb der suchttherapeutischen Qualifikation oder nachträgliche Einschaltung eines Konsiliarius hat sich die Anzahl der diesbezüglich betroffenen Ärzte kontinuierlich reduziert:

Ärzte ohne Konsiliarius bzw. suchttherapeutische Qualifikation

Recherche	Ärzte ohne Konsiliarius bzw. Qualifikation
Januar 2003	358
April 2003	217
November 2003	153

Abb. 3: Mitteilungen gemäß § 5a Abs. 5 BtMVV

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

5.1.2. Erfahrungen mit den BUB-Richtlinien

Die zum Jahresbeginn 2003 in Kraft getretenen, auf Intervention des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung in zentralen Punkten geänderten „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (so genannte „BUB-Richtlinien“) im vertragsärztlichen Bereich haben sich insgesamt bewährt und zu einer Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe beigetragen.

Auch die Verlängerung der so genannten Konsiliarregelung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2004 hat dazu beigetragen, bundesweit eine adäquate vertragsärztliche ambulante Versorgung von Substitutionspatienten sicherzustellen.

5.1.3. Umfrage zur Psychosozialen Begleitung

Im Zusammenhang mit Beschwerden hinsichtlich der Verfügbarkeit der in aller Regel im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes erforderlichen Psychosozialen Begleitung (PSB) bei substituierten Opiatabhängigen sah sich das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung veranlasst, im zweiten Halbjahr 2003 eine bundesweite Umfrage bei allen Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen durchzuführen. Aus den Antworten lassen sich folgende Tendenzen ableiten:

Einheitliche Leitlinien und Definitionen der Psychosozialen Betreuung wie auch entsprechende Finanzierungsvereinbarungen fehlen derzeit im Bundesgebiet. Es können keine generellen, wohl aber regionale, zum Teil punktuelle Versorgungsengpässe bei der Versorgung mit Psychosozialer Begleitung vermutet werden.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist in Reaktion auf diese Erkenntnisse daran interessiert, die bereits bestehenden Kontakte mit den Bundesländern und betroffenen Organisationen hinsichtlich dieser Thematik zu intensivieren, um zu einer Verbesserung der Situation zu gelangen.

5.1.4. Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (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). Das Projekt wird durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Industriesponsoren finanziell 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:

- 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: Ärztinnen und Ärzte aus Praxen und Ambulanzen, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie das Personal aus 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 wider und sind direkt in das ASTO-Handbuch eingeflossen.

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 (QM) 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, wie 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 1.100 ASTO-Handbücher wurden bundesweit bereits durch Arztpraxen und Ambulanzen sowie weitere Institutionen angefordert. 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. Darüber hinaus sollen die Daten als Teil der abschließenden Projektevaluation einbezogen werden.

Seit Januar 2002 läuft die zweite Phase des ASTO-Projektes, in der es primär darum geht, die Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie voranzutreiben. Als Grundlage dazu dient das ASTO-Handbuch, das gleichzeitig weiterentwickelt und überarbeitet wird. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen wurden Ärztinnen und Ärzte, deren Praxismitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen über das Thema Qualitätsmanagement informiert sowie im Umgang mit dem ASTO-Handbuch anhand praktischer Beispiele geschult und erhielten Hilfestellungen für die konkrete Umsetzung.

Die Inhalte des ASTO-Handbuches werden in ausgesuchten Modellpraxen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines neu entwickelten Gruppen-Coaching-Modells umgesetzt. Nach Ablauf der jeweiligen Coachingphase sollen die beteiligten Arztpraxen über ein dokumentiertes QM-System für die Substitutionstherapie Opiatabhängiger verfügen. Zum Ende des ASTO-Projektes wird unter anderem auf der Grundlage der umfangreichen Erhebung aus dem ersten Teil des Projektes sowie einer weiteren Erhebung, die im Sommer 2004 durchgeführt wird, eine umfassende Evaluation des Gesamtprojektes erfolgen.

5.1.5. Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“

Im Rahmen des seit 2002 laufenden „Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“ erhalten Schwerstabhängige versuchsweise injizierbares Heroin als Medikament. Eine Kontrollgruppe erhält parallel die Ersatzdroge Methadon. Zielgruppe der Untersuchung sind Drogenabhängige, bei denen in der Vergangenheit keine Therapien erfolgreich waren oder bei denen die bisherige Methadonbehandlung nicht befriedigend verläuft. Das Modellprojekt wird von einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die Bundesärztekammer begleitet.

Überprüft wird auch, inwiefern die Patienten zur Aufnahme weiterführender Therapien motiviert werden können und ob das Angebot der heroingestützten Behandlung sinnvoll in das bestehende Drogenhilfesystem integriert werden kann. Neben der medikamentösen Behandlung und der medizinischen Betreuung zeichnet sich das Modellprojekt durch eine umfassende Psychosoziale Begleitung der Patienten aus.

Der Studienbeginn war in den beteiligten Städten unterschiedlich, weil in den kleineren Zentren, wie Bonn, Köln, Karlsruhe oder München mit jeweils 60 bis 100 Teilnehmern, bereits im ersten Quartal des Jahres 2002 begonnen werden konnte. Die Rekrutierungsphase wurde in den letzten Städten Ende 2003 abgeschlossen. Die Gesamtzahl der teilnehmenden Probanden beläuft sich auf über 1.000, womit eine wichtige Bedingung für gesicherte wissenschaftliche Ergebnisse erfüllt ist.

In allen beteiligten Städten hat es im Vorfeld der Studie eine gute Zusammenarbeit mit niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe gegeben, die mögliche Teilnehmer über das Projekt informiert und für die Teilnahme motiviert haben. In dem Forschungsprojekt wird eine zusätzliche psychosoziale Unterstützung angeboten, bei der es darum geht, dass die Drogenabhängigen wieder lernen, mehr Eigenverantwortung für die Verbesserung ihrer Lebenssituation zu übernehmen. Diese Angebote werden in allen Studienorten sehr gut angenommen. In allen teilnehmenden Städten gibt es eine gute Kooperation mit der Polizei und den Ordnungsdiensten, um rechtzeitig Informationen über Probleme auszutauschen und entsprechende Lösungen zu entwickeln.

Die wissenschaftliche Auswertung der Studie wird für Ende 2005 erwartet. Ohne der abschließenden Bewertung vorgreifen zu wollen, lässt sich durchaus bereits jetzt über einige Erfahrungen berichten. So konnte allgemein festgestellt werden, dass eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten erreicht wird. Es gibt eine hohe Haltequote in dem Projekt. Der Beikonsum von anderen Substanzen geht zurück. Dazu gehört auch, dass einige Patienten von sich aus beginnen, nicht mehr die festgelegte Höchstmenge des täglich ausgegebenen Heroins zu verlangen, sondern die Dosis mit Blick auf einen Entzug zu verringern. Ein Teil der Probanden konnte auch motiviert werden, in alternative Behandlungsangebote zu wechseln, z. B. eine Methadonbehandlung oder drogenfreie Therapie. Die Befürchtungen, dass es im Umfeld der Heroinambulanzen zu einer „Szenenbildung“ kommen und sich die Nachbarschaft von Heroinambulanzen gestört fühlen könnte, haben sich nicht bestätigt.

5.1.6. Expertengespräch „Hepatitis C“

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und das zuständige Fachreferat des Robert-Koch-Institutes haben am 5. September 2003 im Auftrag der Drogenbe-

auftragten der Bundesregierung ausgewiesene Expertinnen und Experten aus den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Medizin, Drogenhilfe und Forschung zu einem Fachgespräch zum Thema „Hepatitis C“ eingeladen.

Die Problematik der Verbreitung von Hepatitiden – insbesondere Hepatitis C – unter Drogenkonsumenten in Deutschland wurde zwar im Bericht an die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) und im „Drogen- und Suchtbericht 2001“ der Drogenbeauftragten aufgegriffen, bislang wird aber diese Thematik in Deutschland in der Suchtkrankenhilfe unterschätzt. Zentrales Anliegen des Fachgespräches war es zu klären, welche aktuellen Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis-erkrankungen für die Zielgruppe der intravenös konsumierenden Drogenabhängigen existieren und welche Präventionsbotschaften verankert werden müssen, damit eine weitere Ausbreitung der Hepatitisinfektionen vermieden werden kann.

Eingangs wurde der Handlungsbedarf festgestellt. Zum einen ist in der Evaluation zur Arbeit der Drogenkonsumräume in Deutschland (Poschadel et al.: Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland, Bochum 2002) festgestellt worden, dass die Gefahren der Verbreitung von Hepatitiden von den Mitarbeitern in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe nicht genügend berücksichtigt werden. Zum anderen ist die Datensituation unbefriedigend. Zur Epidemiologie von Hepatitiden unter Drogenkonsumenten liegen nur wenige bundesweite Studien vor, z. B. die Arbeit von Jochen Brack (Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie; Suchttherapie Supplement 2002; 3; S3–S10). Die durchschnittliche Hepatitis B Prävalenz liegt in dieser Studie bei rund 40%, die durchschnittliche Hepatitis C Prävalenz liegt bei 60% mit kontinuierlicher Steigerung und damit niedriger als in Schätzungen zumeist angegeben. Soziale Marginalisierung – und das trifft Drogenabhängige weitgehend –, intravenöser Konsum und der frühe Beginn des Drogenkonsums erhöhen das Risiko einer Hepatitisinfektion ebenso signifikant wie eine Hafterfahrung.

Ansteckungsrisiken bestehen vor allem durch die gemeinsame Verwendung von Konsumvorbereitungsutensilien, Drogenteilungsmuster oder mangelnde Hygiene. Die erfolgreiche Strategie zur Verminderung und Vermeidung von HIV-Infektionen bei intravenösem Konsum – kein gemeinsames Benutzen von Spritzbestecken, niedrigschwellige Bereitstellung von sterilen Injektionsbestecken, Einbeziehung von Betroffenen in die Prävention – ist zur Vermeidung von Hepatitiden nicht wirksam genug gewesen. Das liegt u. a. an der allgemeinen Unterschätzung der Gefahren, denn nur sehr geringe Blutreste sind zur Übertragung ausreichend. Hinzu kommt die Geringschätzung der Krankheitsschwere, die – anders als bei AIDS – erst nach mehreren Jahrzehnten mit gravierenden Symptomen (bis hin zur Leberzirrhose und Leberkrebs) auftritt. Außerdem sind jugendliche Drogenkonsumenten schwieriger durch die Prävention zu erreichen. In Gefängnissen fehlt eine Vergabe von sterilen Einwegspritzen oder die Kenntnis von Desinfektionsverfahren.

Suchtmediziner mit Behandlungserfahrungen kritisieren einen „allgemein verbreiteten Behandlungspessimismus des medizinischen Versorgungssystems“ gegenüber Drogenabhängigen. Dabei gibt es die Möglichkeit der Behandlung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Allerdings ist diese mit hohem Zeit- und Personalaufwand verbunden und verlangt die fachliche Kombination von Infektiologie und Suchtmedizin.

Die über 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengesprächs aus den unterschiedlichen Praxisfeldern und von Seiten der zuständigen Fachressorts im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, des Robert-Koch-Institutes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verabredeten, sich um verbesserte epidemiologische Kenntnisse zu bemühen, die Behandlungsoptionen für Drogenabhängige auch in Abstimmung mit dem "Kompetenznetzwerk Hepatitis" zu erhöhen und effektivere Maßnahmen zur Prävention zu entwickeln und in der Drogenhilfe zu implementieren. Das Expertengespräch wurde als wichtiger Baustein in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen sozialen und medizinischen Diensten gesehen. Dazu wurden jeweils Empfehlungen verabschiedet und eine weitere Zusammenarbeit verabredet. Eine Dokumentation des Fachgesprächs ist über die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten erhältlich.

5.2. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung

5.2.1. Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Entwicklung:

Die Entwicklung der Antragszahlen für ambulante und stationäre medizinische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in den Jahren 1995 bis 2003 ist durch einen ständigen Anstieg – sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor – gekennzeichnet. Wurden 1995 noch rund 16.000 Anträge gestellt, waren es im Jahr 2003 über 28.000 Anträge. Trotz dieses kontinuierlichen Anstieges stellen diese Anträge nur einen geringen Prozentsatz der tatsächlichen Abhängigen und damit auch der möglicherweise Rehabilitationsbedürftigen in Deutschland dar. Der Anstieg spiegelt also nicht eine erhebliche Zunahme der Abhängigkeitserkrankungen in der Gesellschaft wider, sondern lediglich eine höhere Zugangsquote in die Rehabilitation. Detaillierte Zahlen, wie viel Prozent der Abhängigkeitskranken tatsächlich jährlich das Angebot einer Entwöhnungsbehandlung wahrnehmen, liegen nicht vor.

Der Anteil von Anträgen auf ambulante Rehabilitationsleistungen – gemessen an der Gesamtzahl der Anträge mit der Indikation „Abhängigkeitserkrankungen“ – stieg in den letzten Jahren kontinuierlich und liegt im Jahr 2002 (inkl. Nachsorge) inzwischen bei 27 %.

Die Anzahl der durchgeführten Suchtrehabilitationen ist insgesamt seit einem etwas deutlicheren Anstieg im Jahre 1998 relativ konstant. Seit 2001 geht die Zahl der stationären Rehabilitationen bezogen auf das Vorjahr sogar leicht zurück (2001: -4,1%; 2002: -2,4%), während die Zahl der ambulanten Rehabilitationen kontinuierlich ansteigt, im Jahre 2002 auch noch einmal stärker als in den Jahren zuvor (2000: +4,6%; 2001: +10,2%; 2002: +26,5%).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:

Im Jahre 2001 wurden im Suchtbereich 529 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt, 811 Anträge im Jahre 2002. Der Anteil an sämtlichen durchgeführten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegt mit 1,5% im Jahre 2001 und mit 1,8% im Jahre 2002 deutlich unter dem Anteil der Suchtrehabilitationen an allen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen (2001: 3,3% und 2002: 3,4%).

Während bezogen auf alle Rehabilitationsmaßnahmen im Jahre 2001 bei 8,6% der Rehabilitanden eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt wurde, war dies im Suchtbereich nur bei 4,0% der Rehabilitanden der Fall. Für das Jahr 2002 liegen diese Anteile für alle Rehabilitanden bei 11,1%, bei den Suchtrehabilitanden bei 5,8%.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden also im Suchtbereich seltener bewilligt als in anderen Indikationen, auch wenn bei den Abhängigkeitserkrankungen die Zuwachsraten höher sind. An der Notwendigkeit entsprechender Leistungen bei den Abhängigkeitserkrankungen besteht kein Zweifel, wird doch der Rehabilitationserfolg nach übereinstimmenden Forschungsergebnissen unter anderem davon beeinflusst, ob die Betroffenen über einen Arbeitsplatz verfügen oder nicht.

Seitens der BfA wurde dieser Problematik in den letzten Jahren intensiv Rechnung getragen. So wurden unter anderem die Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit und ein Übersichtspapier zu Behandlungsmodulen für die arbeitsbezogene Rehabilitation während der medizinischen Rehabilitation erarbeitet und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Bei den regelmäßigen Visitationen der Einrichtungen werden insbesondere die arbeitsbezogenen Therapieangebote geprüft und die Einrichtungen zu einer dem aktuellen Wissensstand angepassten Überarbeitung und Angebotserweiterung ihrer Therapiekonzepte angeregt.

Qualitätssicherung:

In das Peer-Review-Verfahren 2002 wurden für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen 230 Rehabilitationskliniken einbezogen. Die durchschnittliche Anzahl der bewerteten Berichte pro Klinik lag bei etwa 15. Das vorliegende Ergebnis des aktuellen Peer Review kann erstmals über eine Fortschreibung der Ergebnisse berichten.

Die Analyse der Prozessqualität zeigt, dass im Bereich Abhängigkeitserkrankungen beim Peer Review 2002 im Vergleich zum Peer Review 2000 deutlich bessere Ergebnisse erzielt wurden, insbesondere in den Bereichen Therapieziele und Therapieplanung und für den gesamten Reha-Prozess. In einigen Bereichen bestehen jedoch weiterhin deutliche Potenziale für eine Weiterentwicklung.

Die schon im Peer Review 2000 identifizierten rehabilitationsspezifischen Aufgabenstellungen, wie z. B. die individuelle Beschwerdekonstellation oder die Einbeziehung der Patienten in den Reha-Prozess, können weiterhin als Problemfeld gesehen werden, da sich trotz des signifikant besseren Ergebnisses die Anteile noch nicht in zufrieden stellenden Bereichen bewegen.

Sowie in den somatischen Bereichen wurde auch der Bereich Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen in Bezug auf Checkliste und Manual durch eine Expertengruppe unter Betreuung des Universitätsklinikums Eppendorf, Herrn Professor Koch, weiterentwickelt. Es erfolgte eine Vereinheitlichung des Erhebungsbogens für Rentenversicherung und Krankenversicherung sowie eine Angleichung an den Leitfaden für den Entlassungsbericht.

Für den ambulanten Rehabilitationsbereich Abhängigkeitskranker sind die Bemühungen bezüglich des Qualitätssicherungsprogramms fortgeschritten. Im Rahmen eines Kooperationsvertrages zwischen der Rentenversicherung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erfolgte die europaweite Ausschreibung des Projekts „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation“. Der Zuschlag wurde im Januar 2004 erteilt.

Weitere Entwicklung der Suchtrehabilitation:

Die schon in den letzten Jahren beschriebenen Problemfelder

- Missverhältnis der durchgeführten Suchtrehabilitationen zur Gesamtzahl der Abhängigkeitskranken,
- später Zugang zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker und
- kontinuierliche Steigerung der Antrags- und Bewilligungszahlen und die daraus resultierende Ressourcenorientierung

sind nach wie vor die zentralen Themen im Bereich der Suchtrehabilitation. Deshalb gilt auch weiter, dass unter Effizienzgesichtspunkten die medizinische Rehabilitation so früh wie möglich einsetzen sollte, da dann zum einen die bereits eingetretenen somatischen, psychischen und sozialen Krankheitsschäden bzw. die daraus resultierenden Funktionsstörungen wie auch der therapeutisch-rehabilitative Aufwand relativ gering sind und andererseits die Folgekosten entsprechend niedrig ausfallen.

In erster Linie sollte zur Effizienzsteigerung weiter versucht werden, alle Möglichkeiten zur Flexibilisierung und Individualisierung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu nutzen. Die innerhalb der BfA in den letzten Jahren entwickelten Schritte, wie

der Ausbau der ambulanten Rehabilitation, die Förderung der arbeitsbezogenen Rehabilitation, die Ausweitung der Kombinationsbehandlung, das Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen, die Katamneseforschung und die Entwicklung von Leitlinien, gehen in diese Richtung, insbesondere um dem Spannungsfeld zwischen sozialmedizinisch begründeten steigenden Antrags- und Bewilligungszahlen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst effizient zu begegnen.

Schritte zur inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der bestehenden Rehabilitationsangebote durch die BfA im Jahr 2003:

Im genannten Zeitraum wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Eine Neufassung der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen wurde erarbeitet.
- Ein Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitationseinrichtungen/Sucht zur qualitativen Optimierung der Suchtrehabilitation wurde erstellt.
- Die Kombinationstherapie zur Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitationsleistung sowie das Angebot von tagesrehabilitativen Einrichtungen wurden ausgebaut. Ende 2002 standen der BfA im Bereich der ambulanten Rehabilitation 320 ambulante Rehabilitationsstandorte zur Verfügung. Bis Ende 2003 wurde der Bereich auf 351 Behandlungsmöglichkeiten bundesweit ausgebaut. Im tagesrehabilitativen Bereich konnten im Jahr 2003 nach umfangreicher Prüfung und Berücksichtigung, z. B. auch der Kriterien der Barrierefreiheit, vier weitere Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Weitere befinden sich in der Prüfung, so dass dieser Bereich auch im Jahre 2004 kontinuierlich erweitert wird.
- Das BfA-Programm „Gesundheitstraining“ wurde auch in die Rehabilitation von Suchterkrankungen aufgenommen und umgesetzt.
- Insbesondere zur Förderung arbeitsloser Rehabilitanden wurden berufsbezogene Maßnahmen entsprechend dem genannten Übersichtspapier zu Behandlungsmodulen während der Rehabilitation umgesetzt. Auf diesem Gebiet gibt es z. B. indikative Gruppen zu Arbeitslosigkeit und Bewerbungstraining mit beispielhaft folgenden Inhalten:
 - Auseinandersetzung mit dem Problembereich Arbeitslosigkeit;
 - Abklärung beruflicher und persönlicher Qualifikationen;
 - Überprüfung der Veränderungsmotivation;
 - Vermittlung von Bewerbungsmethoden;
 - Erstellung einer Bewerbungsmappe;
 - Stellenangebotsanalyse;
 - Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche, z. B. im Rollenspiel;
 - Realisierung einer Bewerbung.
- Standard der medizinischen Rehabilitation auch in diesem Bereich ist die Durchführung individueller externer Praktika, die Zusammenarbeit mit Rehabilitationsberatern der BfA und der Bundesagentur für Arbeit.

- Wenn bei bestehender Wohnungs- sowie Arbeitslosigkeit und somit besonderer Rückfallgefahr eine sofortige Entlassung aus der stationären Rehabilitation nicht möglich ist, werden besondere adaptive Leistungen angeschlossen.

5.2.2. Projekte der Landesversicherungsanstalten (Auswahl)

Projekt Einzelfallmanagement:

„Begleitung Abhängigkeitskranker im Verlauf der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LVA Rheinland-Pfalz)

An den Schnittstellen zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aber auch im Verlauf der zumeist zeitaufwendigen und lernintensiven Bildungsmaßnahmen werden hohe Anforderungen an die Rehabilitanden gestellt, die bei Abhängigkeitskranken eine Rückfallgefahr in sich bergen können. Vor diesem Hintergrund wurde das Einzelfallmanagement als Hilfesystem und Bindeglied zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt.

Das Projekt richtet sich an Versicherte, die eine Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik regulär abgeschlossen haben und denen anschließend eine Qualifizierungsmaßnahme oder Teilfeldqualifizierung bewilligt wurde. Die wesentliche Aufgabe im Rahmen der Einzelfallbetreuung besteht darin, durch den regelmäßigen Kontakt zu allen Beteiligten (z. B. Ärzte, Betreuer usw.) sowie durch eine gezielte Betreuung des Versicherten eventuell auftretende Krisensituationen möglichst frühzeitig zu erkennen und diesen durch geeignete Maßnahmen entgegen zu wirken. Neben dieser Koordinations- und Kontrollfunktion entsteht darüber hinaus im Laufe des Rehabilitationsgeschehens nicht selten ein enges Vertrauensverhältnis zum Versicherten. Eine derartige Unterstützung verringert die Abbruchgefahr durch Rückfälle und vergrößert dadurch die Erfolgsaussichten der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Um im Rahmen der Betreuung eine möglichst realitätsnahe Darstellung der aktuellen Abstinenzsituation des Versicherten zu erhalten, wird die Bewilligung der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben u. a. an zwei Auflagen geknüpft:

- regelmäßige Vorlage der aktuellen Leberwerte sowie
- die Aufnahme einer psychosozialen Betreuung, die vorrangig von anerkannten Suchtberatungsstellen durchgeführt wird.

Im Rahmen der psychosozialen Betreuung soll im wöchentlichen Abstand ein Einzel- bzw. Gruppengespräch geführt werden, welches vorrangig die mit einer Qualifizierungsmaßnahme einhergehenden Belastungen thematisiert. Die Frequenz dieser Gespräche kann dabei in Abhängigkeit vom jeweiligen Belastungsgrad situationsgerecht variiert werden. Das Modellprojekt läuft seit Dezember 2000 und hat erste Erfolge durch regulär abgeschlossene

ne Qualifizierungsmaßnahmen vorzuweisen. Derzeit werden 36 Versicherte im Rahmen des Einzelfallmanagements betreut und die Ergebnisse in einer Begleitdokumentation festgehalten. Sofern sich das Projekt auch unter ökonomischen Gesichtspunkten bewährt, ist eine Ausweitung auf andere Einrichtungen und Indikationen geplant.

Konzeption einer substituionsmittelgestützten stationären medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige (LVA Hessen):

Über die Konzeption einer substituionsmittelgestützten stationären medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige in der therapeutischen Einrichtung Eppstein wurde bereits im vorhergehenden Drogen- und Suchtbericht berichtet. Erste Auswertungen haben ergeben, dass in der Zeit vom 1. Mai 2002 bis 31. Dezember 2003 insgesamt 18 Patienten dieses Angebot wahrgenommen haben. Hierbei handelt es sich um sieben Versicherte, für die die LVA Hessen die Kostenzusage erteilt hat, sowie um drei Patienten, für die die Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker im Lande Hessen die Vorleistungen der Kosten bis zur endgültigen Klärung der Zuständigkeit vorläufig übernommen hat. Bei zwei Versicherten der LVA Hessen und einem Patienten der Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker wurde die medizinische Rehabilitation noch nicht abgeschlossen.

Einleitung ambulanter Suchtnachsorgemaßnahmen im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären EntwöhnungsmaSSnahme (LVA Brandenburg):

Über ein Modellprojekt der LVA Brandenburg mit einer Suchtfachklinik im Land Brandenburg, die selbständig und ohne vorherige Einschaltung des Ärztlichen Dienstes der LVA Brandenburg Suchtnachsorgemaßnahmen zu Lasten der LVA einleiten kann, wurde bereits im vergangenen Jahr berichtet. Anlässlich einer Informationsveranstaltung mit Vertretern der übrigen Suchteinrichtungen und Leistungsträger im Land Brandenburg wurde dieses Verfahren vorgestellt und die Resonanz war so gut, dass mittlerweile alle Suchteinrichtungen im Land Brandenburg dieses Verfahren anwenden. Allgemein wird die – auch im Sinne des Rehabilitanden – unkomplizierte Verfahrensweise gelobt. Nach den Erhebungen, die parallel zur Einführung des neuen Verfahrens von der LVA Brandenburg durchgeführt wurden, haben sich keine Probleme ergeben, die die Fortführung in Frage stellen könnten.

Wiedereingliederung langzeitarbeitsloser Suchterkrankter (LVA Brandenburg):

Die Salus Klinik Lindow im Land Brandenburg, die von der LVA Brandenburg als federführende Einrichtung belegt wird, hat im letzten Jahr eine Auswertung hinsichtlich der Arbeitssituation der Rehabilitanden vorgenommen. Danach sind rund 80% der Rehabilitanden arbeitslos, viele davon bereits seit vielen Monaten. Als Konsequenz aus diesem Ergebnis wurde Kontakt zur Arbeitsverwaltung aufgenommen, um den Rehabilitanden möglichst frühzeitig eine Perspektive im Berufsleben nach Beendigung der Alkoholentwöhnungsbehandlung aufzuzeigen. Aufgrund der insbesondere im Land Brandenburg schlechten Arbeitsmarktsituation ist dieses Verfahren schwierig, aber notwendig.

Die LVA Brandenburg hat der Arbeitssituation der Rehabilitanden im Land Brandenburg auch insoweit Rechnung getragen, als sie der Erweiterung der Therapieplätze einer Adaptionseinrichtung in der Stadt Neuruppin von 20 auf 22 Plätze zugestimmt hat. Im Zuge von Ausbau- und Modernisierungsmaßnahmen in dieser Adaptionseinrichtung werden diese zusätzlichen Plätze im Laufe des Jahres 2004 zur Verfügung stehen.

Ausweitung des Angebots an Entwöhnungsbehandlungen im Land Sachsen-Anhalt (LVA Sachsen-Anhalt):

Die LVA Sachsen-Anhalt hat im Jahr 2003 den steigenden Bedarf im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen im Land Sachsen-Anhalt Rechnung getragen und von erfahrenen Klinikbetreibern entsprechende Angebote abgefordert. Es wurden vier Angebote eingereicht und einer Prüfung durch den Ärztlichen Dienst sowie der Rehabilitationsabteilung der LVA unterzogen. Die LVA Sachsen-Anhalt erteilte letztlich einem Unternehmen den Zuschlag, eine Entwöhnungseinrichtung in Magdeburg mit

- ambulant: 12 Behandlungsplätzen
- teilstationär: 10 bis 12 Behandlungsplätzen
- stationär: 50 Behandlungsplätzen
- Adaption: 10 Behandlungsplätzen

zu betreiben. Die Inbetriebnahme dieses Objektes ist für Mai 2004 geplant.

Evaluation von Alkoholentwöhnung in Verbundsystemen (LVA Oldenburg-Bremen):

Das Modellprojekt Evaluation von Alkoholentwöhnung in Verbundsystemen (EVS), das Möglichkeiten neuer Strukturen (kombinierte ambulante/stationäre Behandlungskonzepte) in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker und deren Effizienz überprüfen sollte, wurde im Mai 2003 abgeschlossen. Das Ziel des Modellprojektes war eine strukturelle und fallbezogene Verbesserung der Kooperation und Koordinierung von Maßnahmen innerhalb des Rehabilitationssystems.

Die Umsetzung der Standards von EVS hat zu einer deutlichen 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 durch die hohe Haltequote an den Schnittstellen beim Wechsel der Behandlungsart auf 43,5% erhöht (außerhalb von EVS: 9,2%). Das Modell ist 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.

Die LVA Oldenburg-Bremen hat sich daher im Mai 2003 entschlossen, dem Folgeforschungsantrag zur wissenschaftlichen Begleitung und Unterstützung der flächendeckenden Umsetzung des Modellprojektes EVS („Flächendeckende Umsetzung der Alkoholentwöh-

nung im Verbundsystem EVS II") zuzustimmen. Für die Aufgabe der flächendeckenden Umsetzung ist ein Zeitraum von 12 Monaten vorgesehen. Eine wesentliche Grundlage des neuen Projektes ist die schon bestehende Qualitätszirkelarbeit, durch die erst der hohe Standard der Verbundarbeit möglich wurde. Die Mitarbeiter des bisherigen Qualitätszirkels bilden drei neue Qualitätszirkel, um das bisher Erreichte auf die neuen Verbundpartner zu übertragen und dann gemeinsam weiterzuentwickeln.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Forschungsprojektes ist die Entwicklung eines EVS-Handbuchs, das die wesentlichen Inhalte der Arbeit dokumentiert. Auf diesem Wege wird allen EVS-Teilnehmern nach Abschluss des Projektes die selbständige Umsetzung des Konzeptes ermöglicht. Zum Ende des Projektes soll die Verantwortung für die Zusammenarbeit in den Qualitätszirkeln und die abgestimmte Leistungserbringung im Verbundsystem weitgehend in die Hände der Leistungsanbieter übergeben werden. Die auch weiterhin geplanten Experteninterviews durch die Universität Oldenburg sollen den Fortschritt der Arbeit dokumentieren und Aufschluss über weitere Schnittstellenproblematiken geben.

„Vernetzte Therapie Step“ (LVA Hannover):

Bei der "Vernetzten Therapie Step" handelt es sich um ein Konzept zur prozessbegleitenden Intervalltherapie für Drogenabhängige, d. h. dass die Therapieangebote des Verbundsystems der Drogenhilfe in der Region Hannover genutzt werden. Beteiligte bei diesem Verbundsystem sind die Fachkliniken Steyerberg und Düsterntal, die Einrichtung „Shortstep“, die Tagesklinik „Step“ Hannover und die „Drobs“ Hannover als ambulante Suchtberatung und Suchtbehandlungsstelle.

Das Neue an der „Vernetzten Therapie Step“ ist eine Vernetzung zwischen ambulanter, ganztätig ambulanter (teilstationärer) und stationärer Therapie. Grundlegende Idee hierbei ist es, diese Vernetzung in Form eines Case-Managements durchzuführen. Hierbei sollen der Therapie- und Behandlungsprozess durch eine Person (Case Manager) begleitet werden. So wird der Versicherte von der Motivation über die einzelnen Therapieintervalle durch seinen Fall-Manager betreut.

Für die Teilnahme an der „Vernetzten Therapie Step“ müssen die drogenabhängigen Klienten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Ferner ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit mit der Durchführung der Leistung gebessert oder wieder hergestellt werden kann. Darüber hinaus müssen die Klienten „clean“ sein, und es muss eine ausreichende Stabilität und Motivation für eine solche Leistung vorliegen. Übergreifendes Ziel ist die Entwicklung eines Lebensentwurfes, der den Verzicht auf Suchtmittel ermöglicht. Eine entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Das Besondere an dem Verfahren ist u. a., dass bereits im Vorfeld eine ausführliche Testdiagnostik unter Einbeziehung des Arztes und des Psychologen der Beratungsstelle durchgeführt wird. Damit kann hier bereits eine konkrete und detaillierte Therapieplanung vor Aufnahme in eine Behandlungseinrichtung und dem Beginn der Rehabilitationsmaßnahme erfolgen. Ziel ist es dabei, möglichst kurze stationäre oder ganztägige ambulante Aufenthalte entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles zu verwirklichen und diese mit einer ambulanten Therapie zu verbinden. Wichtiger Bestandteil dieses Konzeptes ist hierbei die aktuelle Information der Mitarbeiter der ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstelle (Drobs) durch die stationären und teilstationären Einrichtungen über den weiteren Behandlungsverlauf bzw. die Entlassung der Klienten etc.. Der Case Manager, der hier eher im Sinne eines Fallbegleiters fungiert, hat die Aufgabe, bei Abweichung vom prospektiven Therapieplan nachzufragen, warum es zu einer Änderung kommt und dieses gegenüber dem Leistungsträger zu begründen.

Dieses Projekt der LVA Hannover startete im November 2003, so dass bisher noch keine abgeschlossenen Leistungen vorliegen. Die LVA Hannover erhofft sich aber, durch ein noch passgenaueres Therapieangebot für Drogenabhängige die Erfolgschancen einer Entwöhnungsbehandlung zu verbessern und auf diese Weise langfristig die Erwerbsfähigkeit der drogenabhängigen Versicherten wiederherzustellen und ihre Wiedereingliederung in das Erwerbsleben herbeizuführen.

„Statt Haus“ – Integriertes Konzept zur Adaption, Nachbetreuung, ambulanten Rehabilitation und beruflichen Eingliederung von Suchtkranken (LVA Schwaben):

Die Einrichtung in ihrer ersten Struktur wurde Anfang 1994 als Adaptionseinrichtung für drogen- und mehrfachabhängige Erwachsene in Betrieb genommen. Hintergrund war der wachsende Bedarf nach externer Adaption, nach kurzfristiger stationärer Krisenintervention bei drohenden oder erlebten Rückfällen und einer integrierten ambulanten Nachsorge. Im Laufe der Zeit wurde das Konzept erweitert und modifiziert bis zur heutigen Zusammensetzung, deren neueste Bausteine mit Unterstützung der LVA Schwaben und des Arbeitsamtes gerade in Betrieb genommen wurden oder noch werden.

Ziel der Einrichtung in der jetzigen Form ist die Integration folgender Aspekte und Themen:

- integrierte stoffübergreifende Adaption von Suchtkranken (drogen- und mehrfachabhängige sowie alkohol- oder medikamentenabhängige Erwachsene);
- Krisenintervention bei entsprechender Vorbehandlung;
- Angebote nach Bedarf jeweils stationär oder teilstationär;
- ambulante Rehabilitation nach Bedarf;
- Kombination dieser Bausteine in indikationsgesteuerten Behandlungsprozessen (Kombibehandlungen);
- ambulante Nachsorge als integriertes Angebot im Haus;
- Selbsthilfegruppen im Haus;

- internes Beratungsangebot zur beruflichen Rehabilitation und Berufswegplanung, kombiniert mit Vorbereitung und Einleitung von Schuldnerberatung;
- Integrationsfachdienst für Suchtkranke im Auftrag des Arbeitsamtes im Haus;
- interne und externe Qualitätszirkel zu verschiedenen Themen im Haus;
- Vernetzung mit allen kooperierenden Institutionen von Suchthilfe, Verwaltung und regionaler Wirtschaft;
- aktive Mitarbeit bei der Weiterentwicklung der Suchthilfe und der Versorgungsplanung in der Region.

Die Einrichtung gewährleistet die Integration dieser Aspekte und Themen durch das Angebot der verschiedenen Bausteine unter einem Dach. Diese sind konzeptionell und personell vernetzt und stehen unter einer gemeinsamen fachlichen Leitung. Die Behandlungsprozesse integrieren die einzelnen Komponenten nach Verlauf und Indikation. Die notwendige Kontinuität wird überdies durch gemeinsame Teamsitzungen, Fallbesprechungen, klare Schnittstellen und teilweise phasenübergreifende personelle Besetzung bis in die Nachsorge gesichert. Laufende interne Evaluation (Statistiken, Klientenbefragung etc.) sowie geplante Forschungsansätze (vor allem katamnestiche Untersuchungen) sollen die Effektivität der vorhandenen Ansätze und ihrer Kombination überprüfen helfen und für die Weiterentwicklung solide Grundlagen schaffen.

Teilstationäre Therapie im Träger „Jugend hilft Jugend e. V. Hamburg“ (LVA Freie und Hansestadt Hamburg).

Die teilstationäre Therapie schließt im Hamburger Drogenhilfesystem die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Therapie. Die Einrichtung, die Platz für 10 bis 15 Drogenabhängige in kleiner therapeutischer Gemeinschaft bietet, ist integrierter Bestandteil des sozialtherapeutisch orientierten, differenzierten Hilfesystems des Vereins „Jugend hilft Jugend e. V.“. Dieses situations- und individuumbezogene Netzwerk von stationären, teilstationären und ambulanten Interventionsmöglichkeiten verbunden mit unterschiedlichen Selbsthilfemöglichkeiten und starker Verankerung in den Stadtteilen bietet Möglichkeiten der optimalen Versorgung der Abhängigen. Damit ist gewährleistet, dass Klienten, sofern es sinnvoll erscheint, in andere Angebote wechseln können, aber auch in Absprache Teilssegmente nutzen können. Die Therapieform ist geeignet für Drogenabhängige, für die eine ambulante Therapie nicht ausreichend und eine vollstationäre Therapie nicht zwingend notwendig erscheint, jedoch eine umfangreiche Gruppentherapie erforderlich ist, um eine drogenunabhängige Lebensweise und Reintegration in die Gesellschaft zu erreichen.

Klienten, die über eigenen Wohnraum verfügen, können an dem täglichen Therapieprogramm über einen maximalen Zeitraum von 10 Monaten teilnehmen. Die Therapiedauer richtet sich nach den individuellen Eingangsvoraussetzungen und kann auch einen kürzeren Zeitraum einnehmen.

Als wesentlicher Arbeitsschwerpunkt und Zielsetzungen der Einrichtung sind zu nennen:

- sozialmedizinische und –psychologische Zielsetzung;
- (Re-)Integration in die Erwerbstätigkeit;
- (Re-)Integration in stabile soziale Bezugssysteme;
- Entwicklung einer befriedigenden Freizeitgestaltung;
- Sozialberatung und soziale Begleitung.

Zielsetzungen, wie der Aufbau eines sozialen Netzwerkes, soziales Lernen, Entwicklung von Kommunikationsmöglichkeiten, Ausbildung oder Arbeitserprobungen sowie Lernen einer Alltagsgestaltung, werden entsprechend den individuellen Fähigkeiten zu einem frühest möglichen Zeitpunkt in der Therapie begonnen. Dementsprechend sind die konkreten Angebote innerhalb einer festgelegten Tagesstruktur und der Wochenplanung gestaltet.

Orientierungsphase in der Drogentherapie (LVA für das Saarland):

Ziel des Modells einer Orientierungsphase in der Drogentherapie, das im Oktober 2002 begonnen hat und vorerst auf drei Jahre angelegt ist, ist es, bei einem niedrigschwelligen Zugang im stationären Rahmen den Betreuungsbedarf des Abhängigkeitskranken zu analysieren, das für ihn geeignete Betreuungsangebot zu ermitteln und hierauf aufbauend einen Reha-Gesamtplan zu erstellen, auf dessen Grundlage die weiteren Therapieschritte eingeleitet werden. Die Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit soll ebenso verbessert werden wie die Vorbereitung auf sich anschließende Maßnahmen. Durch eine gezielte Auswahl weiterer Behandlungsangebote sollen Therapieabbrüche und „Drehtüreffekte“ reduziert werden. Die Orientierungsphase versteht sich als eine kompakte und niedrigschwellige Hilfe bei der weiteren Planung der Therapie. Nach abgeschlossener Entgiftung sollen die Betroffenen Gelegenheit erhalten, sich über mögliche weitere Wege zu informieren, ihre eigene Bedürfnis- und Motivationslage zu prüfen, die individuelle Motivation zu festigen und weitere Reha-Schritte im Rahmen eines Reha-Gesamtplanes mit den Therapeuten zusammen festzulegen und einzuleiten. Der Gesamtplan bilanziert die gesundheitlichen Voraussetzungen der Betroffenen, zeigt persönliche Defizite, Fähigkeiten und Ressourcen auf und verweist auf berufliche Entwicklungschancen im Zusammenhang mit der jeweiligen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit.

Die Orientierungsphase ersetzt keine Entwöhnungstherapie und darf auch so nicht missverstanden werden. Die Dauer der Orientierung beschränkt sich auf vier bis sechs Wochen und dient der Weichenstellung der künftigen Behandlung. Es erfolgt die Antragstellung für die weiteren Maßnahmen und die Klärung der Kostenträgerschaft. Die Orientierung dient daneben der Motivationsstärkung im Rahmen einer mehrwöchigen Behandlung. Aufgenommen werden volljährige Drogenabhängige, die eine Entgiftungsbehandlung abgeschlossen haben und über die notwendige Motivation und Veränderungsbereitschaft zur Vorbereitung weiterer Therapieschritte verfügen. Die Orientierungsphase wird in einer kleinen stationären Einheit von sechs bis acht Plätzen in der Klinik Sonnenberg durchgeführt und ist zunächst als Projekt für drei Jahre konzipiert.

5.2.3. Projekte zur Wiedereingliederung von (suchtkranken) Langzeitarbeitslosen

Modellversuch „MoZArT“:

In dem auf zwei Jahre angelegten „Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe“ (MoZArT) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit haben 33 Modellvorhaben an 31 Standorten zwischen Anfang 2001 und Herbst 2003 neue Wege der Kooperation beschritten. Ziel der Modellvorhaben war es u. a., die berufliche Eingliederung von Personen unterschiedlicher Alters- und Qualifikationsstrukturen, die langjährig arbeitslos waren, zu verbessern. Die teilnehmenden Personen bezogen entweder Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe oder beides. Im Zeitraum von zwei Jahren haben die MoZArT-Projekte rund 64.400 Teilnehmer betreut, davon 14% aus ostdeutschen Ämtern.

Im Rahmen der Bemühungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wurden – unterschiedlich in den verschiedenen Regionen – auch Suchtkranke in einer Größenordnung zwischen 5 und 10% bei den Teilnehmern festgestellt. Beim weit überwiegenden Teil der Suchtkranken standen Alkohol-, beim geringeren Teil andere Drogenprobleme im Vordergrund. Einige wenige waren der Spielsucht verfallen. Eine besondere Stelle, die sich innerhalb der Modellvorhaben ausschließlich der Suchtproblematik der Teilnehmer angenommen hätte, wurde in keinem Modell eingerichtet. Vielmehr wurden in diesen Fällen die kommunalen oder bei einem Dritten eingerichteten Suchtberatungsstellen eingeschaltet. In Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst des bisherigen Arbeitsamtes und dem zuständigen gesetzlichen Rentenversicherungsträger wurde in aller Regel ein medizinisches Reha-Verfahren eingeleitet. Soweit und solange das Reha-Verfahren nicht abgeschlossen war, konnte aufgrund der verminderten Erwerbsfähigkeit die Verfügbarkeit nicht bejaht werden.

Insgesamt 49% der Sozialhilfeempfänger schafften im Modellzeitraum den Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit am ersten Arbeitsmarkt. Darunter auch einige Fälle von Suchtkranken nach erfolgreicher therapeutischer Behandlung. Damit kann der Weg, in jedem Einzelfall den Versuch zu unternehmen, durch aktive Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen die Suchtkranken zur Erwerbsfähigkeit zurückzuführen, selbst wenn dies – aufgrund der Gesamtumstände bzw. mehrfacher Vermittlungshemmnisse – nur im Einzelfall gelungen ist, als erfolgreich beurteilt werden.

Programm „FAIR“:

Seit Sommer 2002 führt die Bundesagentur für Arbeit in den Geschäftsstellen Rendsburg, Fürstenwalde, Dillenburg und Worms das Programm „Förderung der Arbeitsaufnahme – Integriert und Regulär“ (FAIR) durch. Grundgedanke von FAIR ist es, den Vermittlungsprozess von ausschließlich Langzeitarbeitslosen mit Hilfe eines deutlich verstärkten Ressourceneinsatzes (Personal und Finanzen) zu intensivieren. Hierzu wurde mit den Trägern der Sozialhilfe die Zusammenarbeit in Form von personeller Unterstützung vereinbart. Die

unmittelbare Zusammenarbeit von örtlicher Agentur für Arbeit und Trägern der Sozialhilfe hat sich als erfolgreich erwiesen. Die Projektlaufzeit endet am 31. Dezember 2005. Während des gesamten Projektzeitraums und darüber hinaus wird FAIR wissenschaftlich evaluiert.

Suchtkranke, die auch hier ungefähr in einer Größenordnung zwischen 5 und 15% in den vier Projekten auftreten, werden von allen in den Modellen angesetzten Mitarbeitern betreut. Eine gesonderte organisatorische Betreuung besteht nicht. Bedingt durch den günstigeren Personalschlüssel ist die Betreuung der Langzeitarbeitslosen im Vergleich zu dem allgemeinen Vermittlungsmodus zeitlich und fachlich wesentlich intensiver ausgerichtet. Dies gilt insbesondere für die enge Betreuung der sich dort einfindenden Alkoholkranken.

Auch hier ist die Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit und den entsprechenden Beratungsstellen vor Ort – vor allem jedoch mit der Drogenberatung – gegeben. Therapien werden angeregt und im Zusammenwirken mit der Agentur für Arbeit und dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger Reha-Maßnahmen eingeleitet, an die sich nach erfolgreicher Therapie Vermittlungsbemühungen für den ersten Arbeitsmarkt unmittelbar anschließen. Bei behinderten Suchtkranken im Sinne des § 19 SGB III wurde bei der Erarbeitung des Integrationskonzeptes die Suchterkrankung berücksichtigt.

Nach allen bisherigen Erkenntnissen ist es möglich, die Chancen arbeitsmarktferner Zielgruppen – und damit auch bisheriger Suchtkranker nach erfolgreichen Therapien – sich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, wesentlich zu verbessern, wenn die Kunden uneingeschränkt kooperieren und bei den Eingliederungsversuchen die besonderen berufsbiografischen Merkmale berücksichtigt werden. Die positiven Erfahrungen aus der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern sind im Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt berücksichtigt worden. Die dort regelmäßig vorgesehene Zusammenarbeit von kommunalen Trägern und Agenturen für Arbeit und die Einbringung der jeweiligen Kernkompetenzen in die Job-Center werden aller Voraussicht nach auch günstige Auswirkungen auf die Betreuung von Suchtkranken haben.

5.2.4. Berufliche Wiedereingliederung von langzeitarbeitslosen Suchtkranken nach SGB IX

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

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

Das vom Deutschen Bundestag im Januar 2004 verabschiedete „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ sieht vor, dass die inzwischen bewährten Instrumentarien der Beschäftigungsförderung behinderter Menschen weiterentwickelt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen verbessert und die verantwortlich Handelnden in Betrieben und Institutionen zielgenau zusammengeführt werden. Das Gesetz wurde im April 2004 im Vermittlungsausschuss beraten.

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

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

In den Betrieben selbst wird die Prävention durch das Gesetz als ein wesentliches Instrument zur Sicherung der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen entscheidend gestärkt und praxisnah weiterentwickelt. Hier werden die Rollen der betrieblichen und außerbetrieblichen Institutionen miteinander verzahnt. Vor allem bei suchtkranken Menschen spielt die Prävention eine bedeutsame Rolle. Suchterkrankungen zeichnen sich relativ früh ab, eine frühzeitige Prävention im Betrieb verhindert langwierige Folgekosten durch Minderleistungen, Arbeitsunfälle und Fehlzeiten der erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Integrationsprojekte sind als niedrighschwellige Beschäftigungsmöglichkeit vor allem für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von

Bedeutung. Sie werden durch die Änderung der Abgabeverordnung nunmehr auf eine sichere steuerrechtliche Grundlage gestellt. Sie sind dann als Zweckbetriebe zu behandeln, wenn sie mindestens 40 vom Hundert schwerbehinderte Menschen der Zielgruppe im Sinne von § 132 Abs. 1 und 2 SGB IX beschäftigen.

5.3. Änderungen des Gesetzgebers bzw. der Selbstverwaltung im Bereich des SGB V

Es folgt eine Aufstellung von Änderungen im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG, Bundesgesetzblatt vom 19. November 2003) beschlossen wurden und die die Prävention oder Behandlung von Suchterkrankungen betreffen bzw. betreffen können.

Zu § 37 SGB V, Behandlung von allein stehenden Wohnungslosen:

Mit dem GMG ist durch Ergänzung des § 37 SGB V eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen worden, dass allein stehende Wohnungslose Behandlungspflege durch die Krankenkassen erhalten. Grundsätzlich kann Behandlungspflege zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur im Haushalt oder der Familie des Versicherten erbracht werden. Durch die neue Ausnahmeregelung für krankenversicherte Wohnungslose werden die strukturellen Bedingungen für eine ambulante Versorgung der Wohnungslosen geschaffen und vermieden, dass zur Sicherstellung der notwendigen ärztlichen und pflegerischen Versorgung eine vorsorgliche Überweisung in ein Krankenhaus erfolgt, obwohl eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist.

Zu § 65a SGB V, Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung:

Durch das GMG ist die Regelung des § 65a SGB V mit Wirkung vom 1. Januar 2004 neu gefasst worden. Es wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, in ihren Satzungen Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Die Bonuslösungen werden geknüpft an die regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder der Leistungsangebote der Krankenkasse zur primären Prävention. Voraussetzung dafür ist, dass es sich um qualitätsgesicherte Maßnahmen handelt. Es besteht auch die Möglichkeit, Arbeitgebern und Versicherten bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (z. B. Raucherentwöhnung) einen Bonus anzubieten. Hierdurch wird insbesondere auch für die Arbeitgeber ein Anreiz geschaffen, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren.

Zu § 87 SGB V, Fallpauschalen:

Gemäß GMG enthält § 87 SGB V die Regelung, wonach die in der vertragsärztlichen Gebührenordnung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), aufgeführten ärztlichen Einzelleistungen, soweit medizinisch sinnvoll, zu Leistungskomplexen und Fallpauschalen zusammenzufassen sind. Diese Regelung hat insofern keine spezifischen Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe, als im EBM nur einzelne spezifische Leistungsziffern zur Suchtbehandlung aufgeführt sind (Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit). Aufgrund der bei diesen Leistungen festzustellenden von Arzt zu Arzt und regional sehr unterschiedlichen Leistungsanspruchnahme durch die Patienten ist die Bildung von Leistungskomplexen oder Fallpauschalen bei diesen Leistungen gerade nicht sinnvoll. Im aktuellen, zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten EBM-Entwurf werden für diesen Bereich deshalb – wie im geltenden EBM – weiterhin Einzelleistungen aufgeführt.

Zu § 95 SGB V, Medizinische Versorgungszentren:

Auf Grund des GMG können ab 2004 zugelassene medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es muss sich hierbei um fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen handeln. Es können in den medizinischen Versorgungszentren z. B. Vertragsärzte tätig sein, die eine Genehmigung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung für die substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger haben. Auch Vertragsärzte, deren fachliche Qualifikation zur Behandlung drogeninduzierter Zusatzerkrankungen (z. B. HIV) befähigt, können ihre Tätigkeit in medizinischen Versorgungszentren ausüben. In medizinischen Versorgungszentren kann somit bei entsprechender Vorhaltung bzw. Ansiedlung von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen die interdisziplinäre Zusammenarbeit optimiert werden. Dies bringt auch für suchtkranke Patienten Vorteile. Sie können in den Zentren die medizinischen Leistungen abgestimmt und auf kurzem Wege erhalten.

Zu § 264 SGB V, Leistungsrechtliche Gleichstellung von nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern:

Das GMG hat hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes für Sozialhilfeempfänger eine Neuregelung getroffen. Die Regelungen des § 264 SGB V sehen vor, dass die Hilfeempfänger den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ab dem 1. Januar 2004 verfahrensmäßig gleichgestellt werden. Auch erhalten diese Personen eine Krankenversichertenkarte.

Es folgen zwei Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (seit 1. Januar 2004 ersetzt durch den „Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V“), die die Behandlung von Suchterkrankungen betreffen bzw. betreffen können.

Verlängerung der Konsiliarregelung bei der Substitutionsbehandlung:

Da insbesondere in ländlichen Gebieten nicht genügend qualifizierte Vertragsärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zur Verfügung stehen, hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 1. Dezember 2003 eine Änderung der Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V beschlossen. Bis zum 31. Dezember 2003 konnten Vertragsärzte, die nicht die Mindestanforderungen an eine sucht-therapeutische Qualifikation – die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden – erfüllen, unter bestimmten Voraussetzungen die Substitutionsbehandlung nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung durchführen. Mit dem Beschluss des Bundesausschusses vom 1. Dezember 2003 wurde diese Übergangsregelung um ein Kalenderjahr verlängert.

„Chronikerregelung“:

Nach der Neufassung der Vorschriften über die Zuzahlungsbefreiungen hat jeder Versicherte pro Kalenderjahr Zuzahlungen (z. B. zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln) von bis zu 2% seiner jährlichen Bruttoeinnahmen zu entrichten. Für schwerwiegend chronisch Kranke ist die Belastungsgrenze auf 1% reduziert. In einer Entscheidung vom 22. Januar 2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss ausgeführt, dass „als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Für Versicherte, die einer dauerhaften Substitutionsbehandlung bedürfen, sind diese Voraussetzungen im Regelfall erfüllt.

5.4. Projekt „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“

Im professionellen Suchthilfesystem wie auch in der Suchtselbsthilfe sind die 1,4 Mio. Medikamentenabhängigen – davon sind zwei Drittel Frauen – bisher unterrepräsentiert. Seit Anfang des Jahres 2002 führen daher die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) in Kooperation mit den Abstinenz- und Suchtselbsthilfeverbänden ein Projekt mit dem Ziel durch, das Selbsthilfeangebot in diesem Bereich auszubauen. Experteninterviews und eine Befragung unter Frauen mit Medikamentenproblemen haben ergeben, dass hierbei eine Reihe von Besonderheiten dieser Zielgruppe zu berücksichtigen sind.

Medikamentenabhängige

- werden oft nicht erkannt, da die Abhängigkeitsentwicklung unauffällig verläuft;
- sind keine homogene Gruppe, da unterschiedliche Substanzen (z. B. Beruhigungs- oder Schmerzmittel) und Verläufe (Hoch- oder Niedrigdosiskonsum, reine Medikamentenabhängigkeit oder polyvalenter Konsum) unter dem selben Begriff zusammengefasst werden;
- sind schwer zu erreichen, da sie im medizinischen System verbleiben, ohne sich als abhängig zu erleben, und durch Angebote der Suchthilfe sich nicht angesprochen fühlen.

Zum Verständnis ist es wichtig zu beachten, dass problematischer Medikamentenkonsum in ursächlichem Zusammenhang mit körperlichen oder seelischen Beschwerden steht. Migräne, Depressionen und Angststörungen wurden bei der Befragung häufiger von Frauen angeführt, die entweder keine Vorerfahrungen in Suchtselbsthilfegruppen haben und dem Besuch einer solchen Gruppe ambivalent bis ablehnend gegenüber stehen oder die sich Veränderungen in ihren bisher besuchten Suchtselbsthilfegruppen wünschen. Ein Teil der Befragten betrachtete sich explizit nicht als abhängig und würde eine Suchtselbsthilfegruppe nicht besuchen. Diese würden aber Selbsthilfeangebote gegebenenfalls nutzen, die sich auf die Ausgangsbeschwerden (Schmerz, Angst etc.) beziehen. Frauen, die bereits einige Jahre eine Suchtselbsthilfegruppe besuchen, beurteilten diese insgesamt sehr positiv. Teilweise wurde aber kritisiert, dass Nicht-Medikamentenabhängige die Probleme dieser Gruppe oft nicht nachvollziehen könnten. Umgekehrt wurden in den meist auf Alkoholabhängige ausgerichteten Selbsthilfegruppen auch Vorbehalte und Informationsbedarf deutlich. Dies spricht u. a. für den Aufbau von spezifischen Angeboten für Frauen mit Medikamentenproblemen.

Die Kompetenzerweiterung durch Vermittlung von notwendigen Kenntnissen und Bereitstellung von Arbeitsmaterialien für entsprechende Gruppen ist eines der Hauptziele des Projekts. Zwanzig Frauen aus der Suchtselbsthilfe und Suchtberatung wurden im Frühjahr 2003 als Moderatorinnen für Selbsthilfegruppen geschult. Vermittelt wurden Kenntnisse über abhängig machende Medikamente, Entzug, Behandlung von Medikamentenabhängigkeit,

Methoden und Techniken der Gruppenarbeit sowie Öffentlichkeitsarbeit. Außerdem wurde im Projekt der Flyer „Zu viel, zu oft, die Falschen“ entwickelt. Derzeit wird nach Wegen gesucht, um betroffene Frauen anzusprechen und für die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu gewinnen. Andere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Frauenarbeit und des Gesundheitsbereichs sollen nach Möglichkeit als Unterstützung und Verbündete vor Ort angesprochen und in die Arbeit einbezogen werden. An fünfzehn Standorten werden derzeit bundesweit Gruppen aufgebaut:

- Baden-Württemberg: Freiburg
- Berlin
- Hamburg
- Hessen: Raunheim
- Niedersachsen: Hannover, Lüneburg, Rehden, Sehnde
- Nordrhein-Westfalen: Bochum, Kempen, Remscheid, Wuppertal
- Sachsen-Anhalt: Magdeburg
- Schleswig-Holstein: Bad Oldesloe, Schenefeld

Die gesammelten praktischen Erfahrungen aus den Modellgruppen werden in die Erstellung eines Manuals einfließen. Dieses Manual soll Interessentinnen als Hilfe beim selbständigen Aufbau und der Durchführung entsprechender Gruppen dienen und zum Abschluss des Projektes im Sommer 2004 publiziert werden. Darüber hinaus ist es allerdings dringend erforderlich, das Thema Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Auch im Bereich der Forschung, Diagnostik und Behandlung besteht im Vergleich zu den Themenkreisen Alkohol und illegalen Drogen ein deutlicher Nachholbedarf.

5.5. EXKURS: Cannabis als Arzneimittel

Die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung vom 16. Oktober 2002 sieht vor, dass die Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabisarzneimitteln in wissenschaftlich anerkannten Fällen weiterentwickelt werden sollen. Vor diesem Hintergrund vollzieht sich die aktuelle Diskussion zur Anwendung von cannabis-haltigen Präparaten zu medizinischen Zwecken. Sie muss klar gegenüber der Frage einer Legalisierung „weicher Drogen“ abgegrenzt werden. Es geht hierbei nicht um eine Entkriminalisierung oder Legalisierung des Besitzes von Betäubungsmitteln, sondern nur um die Frage ihrer möglichen therapeutischen Nutzung.

Wie bei jeder arzneilichen Verwendung müssen dabei sorgfältig Nutzen und Risiken abgewogen werden. Einerseits ist zu berücksichtigen, dass Cannabis ein nicht zu vernachlässigendes Suchtpotenzial aufweist. Durch die Diskussion der therapeutischen Nutzung darf

nicht ein falsches Signal gesetzt werden, das dazu führt, dass gerade Jugendliche und Heranwachsende die Gefährlichkeit des Cannabiskonsums verkennen. Andererseits ist es das Ziel der Bundesregierung, den Patientinnen und Patienten einen Zugang zu einer qualitätsgesicherten und evidenzbasierten Therapie zu eröffnen, soweit diese durch wissenschaftliche Erkenntnisse abgesichert ist.

Eine Zusammenstellung dieser Erkenntnisse wurde vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beurteilt und gibt einen Überblick über die verschiedenen medizinischen Forschungsfelder im Zusammenhang mit der Anwendung von Cannabis und THC (Tetrahydrocannabinol bzw. Dronabinol) – dem Hauptwirkstoff der Cannabis-Pflanze.

Behandlung von Übelkeit und Erbrechen bei chemotherapeutisch behandelten Tumorpatienten:

Die Wirksamkeit von oralem THC als Antiemetikum ist untersucht. Die Evidenz für diese Indikation ist relativ gut, entspricht jedoch nicht deutschen Zulassungskriterien für Arzneimittel. Die Relevanz von THC-Präparaten könnte durch neuere Serotoninantagonisten gesunken sein, was aber nicht untersucht ist (insbesondere auch nicht die wahrscheinlich wirkungsvollen Kombinationen mit Corticosteroiden).

Analgesie (Schmerzbekämpfung):

Ein medizinischer Nutzen von Cannabinoiden in der Schmerzindikation ist derzeit nicht zu begründen. Plausibel erscheinen jedoch aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse Überlegungen, Cannabinoid-haltige Arzneimittel könnten einen positiven Beitrag in der Kombinationsbehandlung mit anderen Analgetika entfalten. Diese Anwendung ist jedoch noch nicht ausreichend untersucht. Ob Cannabinoide ein klinisch sinnvoll zu nutzendes schmerzlinderndes Potenzial haben, muss daher weiter als unzureichend untersucht angesehen werden.

Appetitsteigerung bei AIDS- und Tumor-Patienten:

Der medizinische Nutzen von Cannabinoid-haltigen Arzneimitteln mit dem Ziel der Appetitsteigerung ist noch nicht abschließend zu beurteilen.

Behandlung der Spastizität bei Multipler Sklerose:

Die Ergebnisse der britischen Studie „Cannabis und Dronabinol bei Multipler Sklerose“ mit 660 Patienten liegen nunmehr vor (Lancet, Vol. 362, Nov. 2003, S. 1517–1526). Im Rahmen dieser Studie konnte die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Cannabisextrakt und THC zur Behandlung der Spastizität bei Multipler Sklerose nicht entsprechend aktueller Zulassungskriterien begründet werden. Es sind aus der Studie jedoch Hinweise ableitbar, dass Cannabisextrakt und THC bei einem relevanten Anteil der Patienten zu subjektiv empfundener Linderung der Beschwerden geführt haben. Die insgesamt als uneinheitlich und nicht eindeutig zu interpretierenden Ergebnisse dieser großen Studie verdeutlichen den weiteren Forschungsbedarf auf diesem Gebiet.

Senkung des Augeninnendrucks bei Glaukom (Grüner Star):

Die Wirksamkeit von Cannabinoiden in der Indikation Glaukom ist nicht nachgewiesen. Systematische Studien oder Aktivitäten zur Entwicklung von angemessenen Darreichungsformen (Augentropfen) fehlen. Auch in dieser Indikation erscheint die Anwendung von gerauchtem Marihuana mit all seinen systemischen Wirkungen bei den i. d. R. älteren Patienten völlig inakzeptabel.

Antiepileptische Behandlung:

Das antiepileptische Potenzial von THC und von Cannabidiol erscheint medizinisch nicht sinnvoll nutzbar zu sein. THC zeigt im Tierexperiment auch konvulsive Wirkung, v. a. in niedrigeren Dosierungen. Erst in höheren Dosierungen konnte eine antikonvulsive (krampf lösende) Wirkung beobachtet werden. Es liegt keine Evidenz vor, die eine Wirksamkeit in dieser Indikation stützt.

Bronchospasmolyse (Erweiterung der Bronchien):

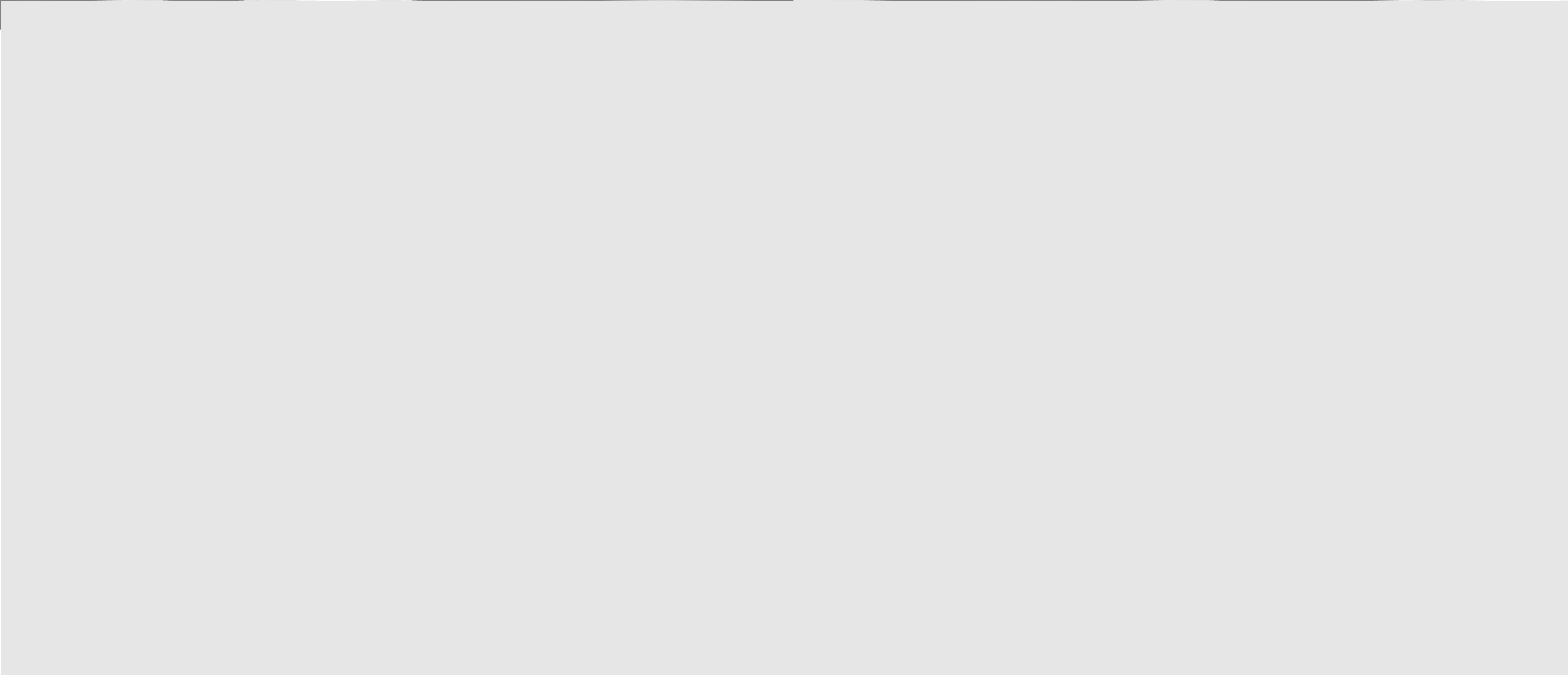
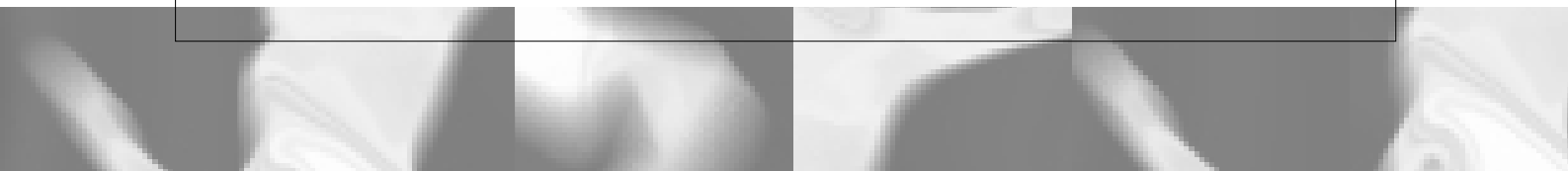
Ein möglicher medizinischer Nutzen in dieser Indikation ist sehr unwahrscheinlich. Gerauchtes Marihuana ist auf Grund der Toxizität des Rauches völlig inakzeptabel, zudem ist eine Toleranzentwicklung gegen bronchodilatatorische Wirkung beobachtet worden und bronchospastische Effekte nach THC-Gabe, besonders bei Asthmatikern, beobachtet worden. Die Wirksamkeit von Cannabinoiden in der Indikation Bronchospasmolyse ist nicht nachgewiesen.

Hinsichtlich der Indikationen Krebswachstum und Metastasierung, neuropathische Schmerzen bei HIV, entzündlichen Darmerkrankungen, Schmerzen nach Operationen, Depressionen und schweren neurologischen Erkrankungen von Kindern liegt entweder keine Evidenz vor, die eine Wirksamkeit in diesen Indikationsbereichen stützen würde, oder die Wirksamkeit ist nicht nachgewiesen.

Nach der derzeit geltenden Rechtslage ist Cannabis ein Betäubungsmittel, das in Anlage I zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgeführt wird und das deshalb weder verkehrsfähig noch verschreibungsfähig ist. Das bedeutet, dass Cannabis (Marihuana sowie Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen) bislang nicht zu medizinischen Zwecken genutzt werden kann und dass der Besitz von Cannabis – gleichgültig zu welchen Zwecken – grundsätzlich strafbar ist (§ 29 Abs. 1 BtMG).

Demgegenüber ist seit dem Inkrafttreten der Zehnten Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (10. BtMÄndV, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt am 23. Januar 1998) die Substanz Dronabinol der Anlage III des § 1 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz zugeordnet worden. Dies bedeutet, dass Dronabinol als Rezepturarztmittel oder als Fertigarzneimittel über einen Import gemäß § 73 Arzneimittelgesetz verkehrs- und verschreibungsfähig ist.

6. Repression und Angebotsreduzierung



6. Repression und Angebotsreduzierung

6.1. Sicherstellung illegaler Drogen

Es folgt eine Zusammenstellung der wichtigsten Aussagen aus dem Bericht des Bundeskriminalamtes „Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland“, der im Anhang zu finden ist:

In 6.138 Fällen wurden im Jahr 2003 insgesamt 626 kg Heroin beschlagnahmt. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist gegenüber dem Vorjahr rückläufig (-8%). Hinsichtlich der Sicherstellungsmenge ist ein Anstieg (+21%) zu verzeichnen, allerdings sind wie im Vorjahr Großsicherstellungen mit einer Menge von mehr als 10 kg nur selten erfolgt.

Im Jahr 2003 wurden insgesamt 322 kg Opium sichergestellt. Die deutliche Zunahme der beschlagnahmten Menge geht insbesondere auf eine Großsicherstellung zurück. Opium ist trotz eines deutlichen Anstiegs der Sicherstellungsmenge nach wie vor für den deutschen Drogenmarkt von untergeordneter Bedeutung.

Im Jahr 2003 wurden in Deutschland 1.009 kg Kokain sichergestellt; das sind 53% weniger als im Vorjahr. Die Fallzahl ging gegenüber dem Vorjahr zurück (-8%), in der Mehrzahl wurden vergleichsweise geringe Mengen sichergestellt. Deutschland ist im Zusammenhang mit Kokain weiterhin Konsum- und Transitstaat. Im Berichtsjahr war fast die Hälfte des in Deutschland sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt.

Im Jahr 2003 wurden in 2.516 Fällen 5 kg Crack sichergestellt. Einem deutlichen Anstieg der Sicherstellungsfälle (+55%) steht ein Rückgang der beschlagnahmten Menge (-31%) gegenüber, der in erster Linie aus dem Ausbleiben von Sicherstellungen im Kilogrammbe-
reich resultiert. Sicherstellungen von Crack wurden erneut vor allem in Hamburg, in Frankfurt/Main sowie in Hannover registriert. Die übrigen Länder sind in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung. Im Berichtsjahr wurden insgesamt sechs so genannte „Crackkuchen“ sichergestellt.

Im Jahr 2003 wurden in Deutschland in 3.841 Fällen insgesamt 484 kg Amphetamin/Methamphetamin beschlagnahmt. Während die Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr gesunken sind (-5%), stieg die Sicherstellungsmenge (+34%) deutlich an. Ein großer Teil des sichergestellten Amphetamins und Methamphetamins mit bekannter Herkunft stammte aus den Niederlanden, ferner wurden größere Mengen aus Polen nach Deutschland eingeschmuggelt. Im Berichtszeitraum wurden in 164 Sicherstellungsfällen insgesamt 8,3 kg Crystal beschlagnahmt. Die Sicherstellungsfälle betreffen primär die Bundesländer Bayern und Sachsen. Die übrigen Fälle verteilen sich ausschließlich auf ostdeutsche Bundesländer.

Entsprechend dem Trend des Vorjahres wurden, parallel zur rückläufigen Entwicklung der erstaufrälligen Konsumenten von Ecstasy, erneut deutliche Rückgänge hinsichtlich der Sicherstellungen (-25%) von Ecstasy sowie der beschlagnahmten Gesamtmenge (-61%) registriert. Großsicherstellungen wie in den Vorjahren blieben im Jahr 2003 aus. Mit Abstand der größte Teil der Menge mit bekannter Herkunft wurde aus den Niederlanden eingeführt.

Ein verhältnismäßig neues Phänomen im Bereich synthetischer Drogen stellt GHB (Gamma-Hydroxy-Buttersäure) dar. Die Anzahl der erfassten Sicherstellungsfälle in Verbindung mit GHB ist zwar relativ gering, die Anzahl von neun in Deutschland beschlagnahmten GHB-Laboren stellt allerdings einen Indikator dar, der eine zunehmende Bedeutung dieser Droge vermuten lässt.

Im Jahr 2003 wurden 8.303 kg Cannabisharz (Haschisch) sichergestellt. Der deutliche Anstieg der Sicherstellungsmenge geht dabei aber auch auf Großsicherstellungen zurück. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist auf 10.267 zurückgegangen (-26%). Im Jahr 2003 wurden 2.582 kg Cannabiskraut (Marihuana) beschlagnahmt. Der Rückgang (-58%) ist auf das Ausbleiben von Großsicherstellungen gegenüber dem Vorjahreszeitraum zurückzuführen. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist auf 12.374 zurückgegangen (-8%). Die Niederlande sind weiterhin bedeutender Herkunftsstaat für Cannabisprodukte.

6.2. Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenhandels im deutsch-niederländischen Grenzgebiet

Neben den im Jahr 2002 bereits im Bundesgebiet tätigen 43 Mobilien Kontrollgruppen der Zollverwaltung (MKGen) wurden im Jahr 2003 zwei weitere MKGen aufgebaut. Die MKGen, die seit der Verwirklichung des Binnenmarktes in der Europäischen Gemeinschaft zum 1. Januar 1993 existieren, haben in der Vergangenheit durch Erfolge bei ihren Kontrollmaßnahmen einen wichtigen Beitrag bei der Bekämpfung des Drogenschmuggels nach Deutschland geleistet. Dies gilt insbesondere für die im deutsch-niederländischen Grenzbe- reich stationierten Kontrolleinheiten.

Aufgrund des EU-Beitrittes der an Deutschland angrenzenden Staaten Polen und Tschechien und der damit verbundenen Auflösung der Grenzzollstellen sind derzeit 15 weitere MKGen in den entsprechenden Grenzregionen im Aufbau. Diese Kontrolleinheiten werden Personen-, Fahrzeug- und Warenkontrollen durchführen, um u. a. auch dem zunehmenden Kokain- und Cannabisschmuggel aus den Niederlanden über Deutschland nach Osteuropa wirksamer begegnen zu können.

Derzeit werden weiterhin intensive Besprechungen zwischen niederländischen und deutschen Strafverfolgungsbehörden durchgeführt, um den Informationsaustausch, die Strafverfolgung von Tatbeteiligten und die Zusammenarbeit zwischen Dienststellen nachhaltig zu verbessern. Auf deutscher Seite sind dabei neben dem BKA und verschiedenen Landeskriminalämtern auch das Zollkriminalamt (ZKA) vertreten.

6.3. Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel

Im Jahr 2003 hat der Zoll rund 399 Mio. Schmuggelzigaretten sichergestellt. Das waren 63 Mio. Stück oder 13,6 % weniger als im Vorjahr. Die Ursache für den Rückgang ist vor allem in einer angepassten langfristigen Strategie des Zollfahndungsdienstes zu sehen. Diese ist nicht mehr auf die Steigerung der Aufgriffe in Deutschland ausgerichtet, sondern versucht im Wege der internationalen Zusammenarbeit die organisierte Kriminalität sowie ihre Schmuggel- und Verteilerstrukturen zu zerschlagen. Dafür hat der Zollfahndungsdienst durch organisatorische Maßnahmen sichergestellt, dass dem Zigarettenschmuggel mit konzentriert eingesetzten Kräften zielgerichtet mit den Mitteln des Strafrechts begegnet wird. Gleichzeitig haben sich aber auch die Schmuggelrouten und -ziele der Zigarettentransporte verlagert. Hauptziel der Schmuggelaktivitäten ist Großbritannien, wo eine handelsübliche Packung Zigaretten aufgrund der Steuerbelastung mittlerweile über 7 Euro kostet. Etwa 50 % der in Deutschland sichergestellten Zigaretten waren für den britischen Markt bestimmt.

Als Ausgleich für den durch die EU-Osterweiterung bedingten Wegfall der Zollkontrollen an den Grenzen zu Polen und Tschechien zum 1. Mai 2004 hat die Zollverwaltung organisatorisch dafür Sorge getragen, dass die bereits bestehenden Mobilen Kontrollgruppen (MKG) beträchtlich verstärkt werden. Darüber hinaus hat der Zollfahndungsdienst seine gute Zusammenarbeit mit den entsprechenden Strafverfolgungsbehörden der östlichen Nachbarländer, insbesondere durch verstärkte Einbindung des deutschen Zollverbindungsbeamten in Polen, deutlich intensiviert.

6.4. EU-Grundstoffverordnung

Das EU-Recht zur Überwachung und Kontrolle des Handels mit Grundstoffen befindet sich zur Zeit im Umbruch. Bei den so genannten „Grundstoffen“ oder auch „Drogenausgangsstoffen“ handelt es sich um 23 international und EU-weit gelistete chemische Substanzen, die im Allgemeinen zu legalen Zwecken verwendet und auf legalen Weg gehandelt werden. Sie werden aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu

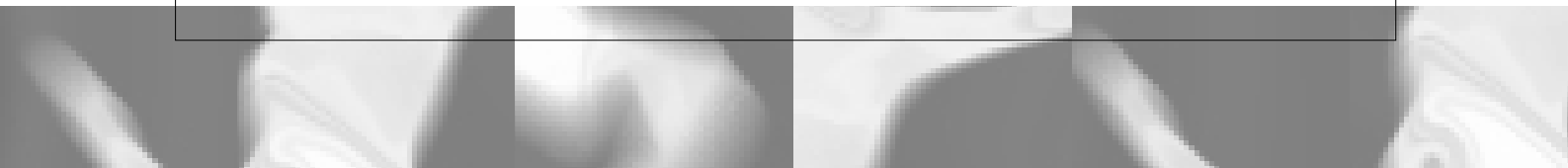
diesem Zweck aus dem legalen Handelsverkehr missbräuchlich abgezweigt, zum Beispiel Essigsäureanhydrid für die Heroinherstellung und Kaliumpermanganat zur Kokainproduktion. Das EU-Recht regelt sowohl den europäischen Binnenhandel als auch den Außenhandel der EU mit Drittländern.

Im Dezember 2003 hat die EU eine Drogenausgangsstoffe betreffende Verordnung beschlossen, die aufgrund ihrer langen Übergangsfristen allerdings erst im Sommer 2005 vollständig in Kraft treten wird. Mit dem Verordnungsvorhaben wird die geltende Richtlinie 92/109/EWG über den EU-Binnenhandel mit Drogenausgangsstoffen in eine – in den Mitgliedstaaten dann unmittelbar geltende – Verordnung umgewandelt. Damit werden nationale Gesetze zur Umsetzung der Richtlinie, also auch das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG), weitgehend abgelöst.

Durch zahlreiche Änderungsvorschläge der Bundesregierung konnte der Entwurf der Kommission wesentlich optimiert werden (zum Beispiel Einführung eines Verantwortlichen für den Handel mit Drogenausgangsstoffen in Artikel 3 Absatz 1; Erlaubnispflicht für den Besitz von Drogenausgangsstoffen in Artikel 3 Absatz 2; Gebührenregelung in Artikel 3 Absatz 6; Möglichkeit der elektronischen Datenverarbeitung bei den Dokumentationspflichten in Artikel 5 Absatz 6; Übergangsfristen in Artikel 18; über die Einführung von einmaligen sektoralen Sonderlizenzen schließlich auch Ausnahmen für Apotheken, tierärztliche Hausapotheken, Streitkräfte und Behörden von dem Erfordernis individueller Erlaubnisse in Artikel 3 und von Dokumentationspflichten in Artikel 5).

Parallel zur EU-Grundstoffverordnung hat die EU-Kommission im Jahr 2003 Änderungsvorschläge zu der Verordnung (EWG) Nr. 3677/90 über den Außenhandel der EU-Mitgliedstaaten mit Drittländern vorgelegt, die insbesondere das Ausfuhrbewilligungssystem grundlegend reformieren werden. Die Beratungen des Entwurfes im Rat der Europäischen Union sind im Jahr 2004 zu erwarten.

7. Internationale Zusammenarbeit



7. Internationale Zusammenarbeit

7.1. Europa

7.1.1. Drogenpolitik der Europäischen Union

Drogenaktionsplan der EU:

Der Europäische Rat von Feira hat im Juni 2000 den EU-Drogenaktionsplan 2000–2004 verabschiedet. Nach der Halbzeitevaluierung im Jahr 2002 hat die Europäische Kommission im November 2003 die Abschlussevaluierung eingeleitet. Diese orientiert sich an den fünf Bereichen des EU-Drogenaktionsplans.

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

Die Beiträge der Mitgliedstaaten und der Beitrittskandidaten sollen im 1. Halbjahr 2004 veröffentlicht werden.

Das Ergebnis der Evaluierung des Drogenaktionsplans 2000–2004, das auf den Beiträgen der Mitgliedstaaten und der Beitrittskandidaten beruht, soll im ersten Halbjahr 2004 veröffentlicht werden und sodann in die neue EU-Drogenstrategie (post 2004) einfließen. Diese neue Drogenstrategie wird von der EU-Kommission im 1. Halbjahr 2004 nach der von der irischen Ratspräsidentschaft geplanten Strategiekonferenz im Mai 2004 erarbeitet und im 2. Halbjahr 2004 in der Horizontalen Gruppe Drogen erörtert und vom Rat verabschiedet werden. Sie wird die Grundlage für den nachfolgenden Drogenaktionsplan ab 2005 bilden. Die Bundesregierung wird sowohl bei der Erarbeitung der Abschlussevaluierung als auch bei der Erstellung der neuen EU-Drogenstrategie intensiv mitwirken.

Horizontale Gruppe Drogen (HDG):

Drogenpolitische Themen, die in den verschiedenen Bereichen der EU (Gesundheit, Innen und Justiz, Strafrecht, Zoll u. a.) behandelt werden, sollen von der „Horizontalen Gruppe Drogen“ (HDG) koordiniert und zu einer Europäischen Drogenpolitik zusammengefasst werden. Die HDG ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Vertreter der Regierungen aller Mitgliedstaaten mitarbeiten. Die HDG hat im Jahr 2003 mehrere Empfehlungen zu drogenpolitischen Fragen erarbeitet, die vom Rat verabschiedet wurden. Die Empfehlungen hatten insbesondere folgende Themen zum Inhalt:

- Bekämpfung des Drogenkonsums in Verbindung mit Verkehrsunfällen;
- Drogenaktionsplan EU/Balkanstaaten;
- Entsendung von Verbindungsbeamten nach Albanien;
- Aus- und Weiterbildung der mit der Bekämpfung des Drogenhandels befassten Bediensteten von Strafverfolgungsbehörden;
- Bedeutung der Rolle der Familien bei der Prävention des Drogenmissbrauchs bei Jugendlichen;
- Integration der Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in das allgemeine Gesundheitssystem;
- frühzeitige Maßnahmen zur Vorbeugung der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen;
- Entwicklung von Lehrplänen über Suchtkrankheiten für Angehörige medizinischer Berufe sowie ihre Verwendung auf allen Ebenen des Hochschulwesens.

Entsprechend einer Auflage im Drogenaktionsplan 2000–2004 haben die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und Europol einen gemeinsamen Vorschlag zur Festlegung einer einheitlichen Definition des Begriffs „Drogenkriminalität“ vorgelegt, mit dem einige Deliktgruppen beschrieben werden, die von diesem weiten Begriff erfasst werden sollen. Die Horizontale Gruppe Drogen wird sich im Jahr 2004 abschließend damit befassen.

Kontrolle von neuen synthetischen Drogen:

Der Rat der Justiz- und Innenminister der EU hat am 27. November 2003 auf Initiative der italienischen Ratspräsidentschaft den Beschluss gefasst, die vier neuen synthetischen Drogen TMA-2, 2 C-I, 2 C-T-2 und 2 C-T-7 (das sind Amphetaminderivate mit strukturellen Eigenschaften der Phenethylamine, denen eine halluzinogene und stimulierende Wirkung zugesprochen wird) der Betäubungsmittelkontrolle zu unterstellen. In Deutschland sind alle vier genannten synthetischen Drogen schon seit dem Jahr 2000 dem Betäubungsmittelgesetz endgültig unterstellt.

Im Oktober 2003 hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für eine Entscheidung des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen Suchtstoffen und neuen synthetischen Drogen vorgelegt, mit dem die Gemeinsame Maßnahme vom 16. Juni 1997 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen (ABl. L 167 vom 25.06.1997, S. 1–3) geändert werden soll. Insbesondere soll der Anwendungsbereich der Maßnahme auf alle neuen synthetischen Drogen und neuen Suchtstoffe ausgeweitet werden. Die Bundesregierung begrüßt den Vorschlag der Kommission, denn im ganzen EU-Gebiet nehmen Handel und Konsum von synthetischen Drogen zu. Deshalb müssen die Instrumente zur Bekämpfung von Handel und Produktion und zur Kontrolle von synthetischen Drogen verbessert werden. Die Entscheidung soll Mitte 2004 vom Rat verabschiedet werden.

Rahmenbeschluss Drogenhandel:

Der Rat der Europäischen Union hat sich am 27. November 2003 in Brüssel auf Mindeststandards für Strafrahmen bei Drogendelikten politisch geeinigt. Der Beschluss legt fest, in welchem Rahmen sich die gesetzlich vorzusehenden Höchststrafen bei Drogenhandelsdelikten und beim unerlaubten Umgang mit so genannten Grundstoffen, die zur illegalen Drogenherstellung verwendet werden sollen, mindestens bewegen müssen:

- Der „einfache“ Drogenhandel, der sich weder auf eine große Menge noch auf besonders gefährliche („harte“) Drogen bezieht, soll im Höchstmaß mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem bis drei Jahren belegt werden.
- Der Handel mit einer großen Menge, der Handel mit besonders gefährlichen („harten“) Drogen oder der Handel mit Drogen, die bei mehreren Personen zu schweren gesundheitlichen Schäden führen könnten, sollen im Höchstmaß mindestens mit einer Freiheitsstrafe von fünf bis zehn Jahren bedroht werden.
- Werden solche Taten von einer kriminellen Bande begangen, soll die Freiheitsstrafe im Höchstmaß mindestens zehn Jahre betragen.
- Ein Höchststrafe von mindestens fünf bis zehn Jahren Freiheitsstrafe soll bei näher umschriebenen schweren Fällen des illegalen Umgangs mit Grundstoffen, die zur Herstellung von Drogen verwendet werden sollen, gelten.
- Außerdem enthält der Rahmenbeschluss Vorgaben für die Definition der einzelnen Drogendelikte, die Möglichkeit der Strafmilderung, wenn der Täter den Strafverfolgungsbehörden sachdienliche Hinweise gibt, Regeln zur Verantwortlichkeit juristischer Personen, zu deren Gunsten die Tat geschieht, und schließlich Bestimmungen zur Gerichtsbarkeit der Mitgliedstaaten.

Diesen EU-Vorgaben entspricht die deutsche Rechtslage im Betäubungsmittelgesetz bereits. Die Höchststrafe für den „einfachen“ Drogenhandel beläuft sich auf fünf Jahre Freiheitsstrafe, beim Handel mit einer großen Menge, bei der Gefährdung mehrerer Menschen oder beim Drogenhandel als Mitglied einer Bande beträgt die Höchststrafe 15 Jahre Freiheitsstrafe. Verlauf und Ergebnis der Verhandlungen haben verdeutlicht, dass Deutschland schon heute ein ausgewogenes Strafrahmenniveau aufweist, das sich gut in den europäischen Kontext einfügt.

Ein Beitrag über die EU-Grundstoffverordnung findet sich im 6. Kapitel – „Repression und Angebotsreduzierung“.

7.1.2. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Ein wichtiges Instrument der EU-Drogenpolitik ist die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Sie wurde im Jahr 1993 als unabhängige Agentur der Europäischen Union mit dem Ziel gegründet, die Europäische Kommission, das Europäische Parlament sowie die Mitgliedstaaten „auf europäischem Niveau mit objektiven, verlässlichen und vergleichbaren Informationen zu Drogen, Drogenabhängigkeit und ihren Folgen“ zu versorgen.

In vielen Bereichen zeichnen sich übereinstimmende Trends in den europäischen Mitgliedstaaten ab, so der leichte Rückgang beim Heroinkonsum sowie die Ausbreitung des Ecstasykonsums über die spezifischen (Tanz-)Szenen hinaus. Auch nehmen überall der Cannabiskonsum und der polyvalente Gebrauch von psychoaktiven Substanzen zu. Ebenfalls weisen die Antworten der jeweiligen Gesellschaften in Europa auf diese Phänomene ähnliche Strukturen auf. So sind Maßnahmen der Prävention und Behandlung differenzierter und selektiver als zehn Jahre zuvor. Auch sind „harm-reduction“-Maßnahmen integraler Bestandteil der Antworten geworden. Es gibt zunehmend zwischen Prävention, Behandlung und Repression ausgewogene nationale Maßnahmen, und die abgestimmte Koordinierung der nationalen Maßnahmen ist zentrales Element geworden.

Eine genaue Analyse der Drogensituation, die auch die geopolitischen Dimensionen einbezieht, ist für eine effektive Strategie Voraussetzung. Dazu ist die Aufarbeitung objektiver, wirklichkeitsnaher und vergleichbarer Informationen durch die EBDD notwendig. Die Entwicklung eines Datensammlungssystems und entsprechender Methodologie ist in den letzten Jahren vorangeschritten. Die EBDD hat in jüngster Zeit ihre Anstrengungen im Hinblick auf eine weitere Harmonisierung durch die Definition von fünf Schlüsselindikatoren ausgeweitet, um damit eine „gemeinsame“ Sprache zu sprechen (Drogenkonsum in der Gesamtbevölkerung; Prävalenz des problematischen Drogenkonsums; drogenbezogene Mortalität; Prävalenz von Infektionskrankheiten; Nachfrage nach Behandlung). Diese Schlüsselindikatoren sind in der Berichterstattung der Mitgliedstaaten zu integrieren. Auch neue Entwicklungen (z. B. die Substitutionsbehandlung) und neue Trends (z. B. die Verbreitung synthetischer Drogen) können auf diesem Wege besser vermittelt werden.

Die EBDD baut eine „Brücke“ zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik. Die Ausweitung der EU und die damit verbundenen Probleme bei finanziellen und personenbezogenen Ressourcen stellen eine Herausforderung für die EBDD dar. Ein Schlüsselement des neuen Arbeitsplans ist die Konsolidierung des Monitoringsystems im Rahmen der neuen Berichterstattung der nationalen Beobachtungszentren.

Es wird zur Zeit eine neue Verordnung des Rates und der EU-Kommission zur Überarbeitung des Statuts der EBDD diskutiert und zur Entscheidung vorbereitet. Der Entwurf enthält

einerseits im wesentlichen die Anpassung des Statuts an bereits durchgeführte Veränderungen in der Praxis und einige neue Regelungen, wie u. a. die Einbeziehung von Konsummustern legaler psychoaktiver Substanzen im Kontext mit dem Konsum illegaler im Rahmen der Datenerhebung.

7.1.3. Deutsche Referenzstelle der EBDD

Der EBDD arbeitet ein Netzwerk (REITOX) von nationalen Partnern, den so genannten Knotenpunkten (National Focal Points), zu. Diese fungieren als Schnittstellen zum jeweiligen Partnerland. Sie stellen sicher, dass die notwendigen Informationen geprüft und entsprechend bestimmter 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, zentral sind hier die so genannten Schlüsselindikatoren. Ein Entwurf zu einer neuen Verordnung über die EBDD, der von der Europäischen Kommission vorgelegt wurde, schreibt den nationalen Knotenpunkten eine wichtige Rolle als Schnittstelle zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten und der EBDD zu, welche den Informationsaustausch zum Thema Drogen zwischen nationaler und europäischer Ebene gewährleistet. Für die Arbeiten der Knotenpunkte stellt die EU 110.000 Euro pro Jahr und Land zur Verfügung, soweit vom Land ebenfalls dieser Mindestbetrag getragen wird.

In Deutschland hat das damalige Bundesministerium für Gesundheit bereits kurz nach Gründung der EBDD die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (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 den Bereich Primärprävention, die DHS den Bereich Behandlung und das IFT die Bereiche 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 den Jahresplänen 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 2003 in folgenden Bereichen:

Jahresbericht:

Auch in diesem Jahr wurde wieder ein nationaler Jahresbericht zur Drogensituation erstellt, der einer einheitlichen europäischen Struktur folgt. Referenzzeitraum ist 2002. 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 die Evaluation nationaler Drogenstrategien, die Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Cannabisklienten und die Komorbidität zwischen drogenbezogenen und anderen – vor allem psychiatrischen – Störungen. Der aktuelle Bericht wurde im Oktober 2003 fertiggestellt und kann in elektronischer Form unter www.dbdd.de bezogen werden.

EDDRA-Datenbank:

Die EDDRA-Datenbank sammelt Informationen über Aktivitäten zur Reduzierung der Drogennachfrage. Es wurden aus allen Bundesländern Präventionsprojekte gesucht, die wichtige Qualitätskriterien erfüllen. Insbesondere sollen ihre Ergebnisse evaluiert worden sein und innovative Ansätze vermitteln. Eine Auswahl der neuesten Einträge aus Deutschland wird demnächst im Newsletter der DBDD veröffentlicht, der elektronisch über huber@ift.de abonniert werden kann.

Euro-Trend:

Euro-Trend ist ein System zur frühzeitigen Erfassung von neuen synthetischen Drogen. Die Beteiligung an dem Projekt, das mit europäischer Förderung vom französischen Knotenpunkt durchgeführt wurde, trug zur Weiterentwicklung entsprechender Konzeptionen bei.

Harmonisierung der fünf Schlüsselindikatoren:

Die Indikatoren beziehen sich auf die Dokumentation von Suchtbehandlung, Umfragen, drogenbezogene Todesfälle, Infektionskrankheiten unter Drogenabhängigen und Prävalenzschätzungen. Die Arbeitsgruppen sind einerseits an der Entwicklung der europäischen Standards beteiligt, andererseits bemühen sie sich darum, diese Standards sodann national zu implementieren. Nationale Experten zum jeweiligen Thema arbeiten für die DBDD in den jeweiligen europäischen Gremien mit.

Mitarbeiter der DBDD waren neben ihrer eigentlichen Knotenpunktarbeit im letzten Jahr auch aktiv an der Beratung und dem Training von Mitarbeitern der Knotenpunkten in den neuen Mitgliedsländern beteiligt. Der Leiter der DBDD ist der gewählte Sprecher der Knotenpunkte, deren Belange er auch gegenüber der EBDD vertritt.

Die DBDD arbeitet bei der Erfüllung ihres Auftrags mit einer Vielzahl von Personen und Institutionen in Deutschland zusammen. Die Weitergabe von Informationen der EBDD erfolgt an

einen umfassenden Personenkreis. Über den Versand der regelmäßigen Informationsdienste der EBDD (drugnet Europe) und der DBDD (DBDD Newsletter) werden Interessenten regelmäßig über aktuelle Entwicklungen Bereich unterrichtet. Daneben wird eine begrenzte Zahl von Exemplaren von allen wichtigen Neuerscheinungen aus der EBDD auf Anfrage kostenlos abgegeben. Die Website der DBDD dient ebenfalls der Information ihrer Partner in Deutschland (www.dbdd.de).

7.1.4. Pompidou-Gruppe beim Europarat

Die Pompidou-Gruppe („Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs“) wurde 1971 auf Initiative des damaligen französischen Präsidenten Georges Pompidou durch ein „Partial Agreement“ im Rahmen des Europarats gegründet. Ihr gehören 34 Staaten (von den derzeit 45 Mitgliedern des Europarats) an. Sie ist die erste – und damit älteste – europäische Institution im Bereich der internationalen Drogenpolitik. Die für Drogenfragen zuständigen Minister der Pompidou-Gruppe (PG) treffen sich regelmäßig alle drei Jahre, um die politischen Richtlinien für die gemeinsame Zusammenarbeit festzulegen und das Arbeitsprogramm für die nächsten drei Jahre zu beschließen.

Am 16. und 17. Oktober 2003 fand in Dublin eine Ministertagung der PG statt, bei der vor allem die Frage erörtert wurde, welche Rolle der Europarat bzw. die PG künftig in der Drogenpolitik spielen soll.

Die Ministerkonferenz in Dublin hat beschlossen, die Arbeitsfelder der PG neu zu definieren, um Überschneidungen mit anderen Institutionen (z. B. der EBDD) zu vermeiden und den spezifischen Beitrag des Europarats zur internationalen Drogenpolitik zu optimieren. Gleichzeitig sollen die Arbeitsmethoden der PG effizienter gestaltet werden: Sie soll stärker noch als bisher ein Forum der multilateralen europaweiten Zusammenarbeit in Drogenfragen für Politik, Praxis und Wissenschaft bilden.

Künftig will sich die PG auf die folgenden fünf Arbeitsbereiche konzentrieren:

- Prevention
- Treatment
- Criminal Justice, Regulatory Aspects
- Research
- Ethics and Human Rights

Die Arbeitsgruppe „Airports“ wird unverändert fortgeführt.

Für jeden dieser Arbeitsbereiche soll eine so genannte „platform“ gebildet werden. Diese „platforms“ sollen ein- bis zweimal jährlich zusammen kommen, um Erfahrungen und Kenntnisse auf dem jeweiligen Gebiet auszutauschen, aktuelle Entwicklungen zu beobach-

ten, Probleme und Handlungsbedarf zu identifizieren, Stellungnahmen, Überlegungen und Empfehlungen zu konkreten Fragen zu formulieren.

7.2. Vereinte Nationen

Deutschland ist Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (Commission on Narcotic Drugs – CND), dem zentralen internationalen Organ zur Bekämpfung von Drogenproduktion und -handel. Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Drug Control Programme – UNDCP) wird von Deutschland seit vielen Jahren finanziell unterstützt. Deutschland gehört dem Kreis der Hauptgeberstaaten an und beteiligt sich an mehreren UNDCP-Projekten.

Die 46. Sitzung der CND fand vom 8. bis 17. April 2003 in Wien statt. Die deutsche Delegation stand unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Ziel der Sitzung war es, die Umsetzung der Beschlüsse der 20. Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zur Drogenpolitik aus dem Jahre 1998 (UNGASS-98) zu evaluieren und die politischen Richtlinien für die internationale Drogenpolitik bis zum Jahre 2008 festzulegen. Die Tagung bestand aus zwei Teilen: der regulären CND-Sitzung, an der 116 Delegationen teilnahmen, und dem abschließenden zweitägigen „Ministerial Segment“.

Die CND verabschiedete 19 Resolutionen zu den Bereichen Angebotsreduzierung, Grundstoffüberwachung, alternative Entwicklung, illegaler Drogenhandel, Informationsaustausch, HIV/AIDS, Reisende mit Betäubungsmitteln, Management bei UNDCP und Finanzierung von UNDCP. Deutschland beteiligte sich aktiv an der Erarbeitung der Entwürfe und unterstützte eine große Anzahl der Resolutionen.

An dem zweitägigen Ministerial Segment nahmen ca. 70 Minister und zahlreiche hochrangige Regierungsvertreter teil. Für Deutschland führte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung aus:

- Deutschland unterstützt die Ziele der Beschlüsse der UNGASS-98, die eine Grundlage der deutschen Drogenpolitik darstellen und die im neuen Aktionsplan Drogen und Sucht aufgegriffen und konkretisiert werden.
- Es besteht keine Notwendigkeit für neue Ziele und eine völlig neue internationale Drogenpolitik. Stattdessen muss die bisherige Politik beharrlich und mit noch mehr Nachdruck fortgesetzt werden.
- Die Drogen-Konventionen der Vereinten Nationen enthalten genügend Flexibilität, um eine differenzierte und moderne Drogenpolitik zu ermöglichen. Sie bedürfen deshalb keiner Revision, allenfalls einer Klarstellung im Hinblick auf die Punkte, die heute umstritten sind. Dazu gehören auch „Harm Reduction“-Maßnahmen, also schadensminimierende

Maßnahmen, wie Spritzen- und Nadeltausch, Substitution oder Drogenkonsumräume. Deutschland ist der Auffassung, dass diese Maßnahmen von den Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen gedeckt sind und wird den Dialog über diese Fragen mit den UN-Gremien fortsetzen.

7.3. Entwicklungszusammenarbeit

7.3.1. Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle

Drogenprobleme sind ein Phänomen mit globalen Wirkungen und hängen eng mit Entwicklungsproblemen zusammen. Entwicklungs- und Transformationsländer sind stärker von Drogenproblemen betroffen als die Länder des Nordens, denn Drogen- und Entwicklungsprobleme bedingen und fördern sich gegenseitig in einem Teufelskreis, aus dem diese Länder schwer herausfinden.

Die noch vor wenigen Jahren übliche Betrachtung, nach der in den Industrieländern Drogen konsumiert werden, die wiederum in den Entwicklungsländern produziert wurden, entspricht heute nicht mehr der Realität. Entwicklungsländer und besonders Drogenproduktions- und Transitländer sind in viel höherem Ausmaß von Drogenmissbrauch und Suchtproblemen betroffen als die Industrienationen. So lebt beispielsweise rund die Hälfte der weltweit 15 Millionen Opium- und Heroinkonsumenten in Asien, insbesondere im Iran, in Pakistan, Thailand und Laos. Die Nachfrage nach Suchtstoffen ist in diesen und anderen Regionen in den letzten Jahren stark gestiegen. Intravenöser Heroinkonsum führt zu drastisch steigender HIV/AIDS-Prävalenz, wie z. B. in Myanmar, Vietnam, aber auch in Russland und anderen Transformationsländern.

Für die meisten Bauern, die illegal Schlafmohn oder Koka in Asien bzw. Lateinamerika anbauen, hat sich die eigene wirtschaftliche und soziale Situation durch die Drogenproduktion nicht verbessert. Sie geraten in zusätzliche Abhängigkeiten und bleiben arm. Gleichzeitig sind sie gesellschaftlich marginalisiert und häufig repressiven Drogenkontrollmaßnahmen ausgesetzt. Hinzu kommt, dass Drogenproduktion und Drogenhandel eine wichtige Rolle bei der Finanzierung von Krisen, Konflikten und Terrorismus spielen, wie es besonders in Kolumbien und Afghanistan deutlich wird, sowie den politischen und wirtschaftlichen Strukturen und Institutionen Schaden zufügen.

Die Bundesregierung hat es sich zur Aufgabe gemacht, diesen Problemen mit Maßnahmen der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle entgegenzutreten, und unterstützt dazu Projekte der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit. Sie hat dabei den doppelten Anspruch einerseits gegen die Drogenproblematik vorzugehen als auch gleichzeitig nach-

haltige Entwicklungsprozesse zu fördern. Dabei stehen Armutsminderung, partizipative Einbeziehung der Betroffenen in Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie die Verbesserung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen im Vordergrund.

Ein Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle liegt in der bilateralen Förderung der Partnerländer durch die Unterstützung verschiedener Maßnahmen in den Bereichen „Alternative Entwicklung“ und Suchtprävention in Ländern Asiens und Lateinamerikas. Darüber hinaus ist jedoch die Zusammenarbeit mit den Partnerländern auf multilateraler Ebene besonders wichtig. Viele Entwicklungsprobleme haben weltweite Ursachen und Auswirkungen, die Drogenproblematik ist ein anschauliches Beispiel dafür. Um diese Probleme wirksam anzugehen, sind oftmals gemeinsame Anstrengungen einer Vielzahl von Ländern hilfreich. Dieses multilaterale Vorgehen bietet auch die Möglichkeit, Projekte zu verwirklichen, die die Leistungsfähigkeit einzelner Geber übersteigt, und führt durch die Abstimmung untereinander zu einer kohärenten Gesamtpolitik gegenüber den Partnerländern.

Für die deutsche Entwicklungspolitik ist das Drogenkontrollprogramm des Büros für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung der Vereinten Nationen (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) daher ein wichtiger Partner bei der Umsetzung entwicklungsorientierter Drogenkontrollvorhaben. Im Jahr 2003 wurden ein Vorhaben zur Prävention synthetischer Drogen in Thailand und auf den Philippinen sowie zwei Projekte der Alternativen Entwicklung in Vietnam und Afghanistan unterstützt.

Neben der Unterstützung des UNODC bei der Konzeption und Durchführung von Projekten beteiligt sich Deutschland im Rahmen seiner Mitarbeit bei der Suchtstoffkommission (CND) aktiv an der politischen Ausrichtung dieser Organisation. Dies geschieht im entwicklungspolitischen Bereich vor allem mit dem Ziel, eine Politik des ausgewogenen Ansatzes entwicklungsorientierter und repressiver Maßnahmen zu erreichen. Deutschland ist bei der Überwachung des Globalen Aktionsplans und bei der Mitgestaltung von Richtlinien sowie der Kontrolle der Tätigkeiten des Drogenkontrollprogramms aktiv.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) hatte bereits 1990 das von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (gtz) durchgeführte „Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung“ (ADE) ins Leben gerufen, das wichtige Beiträge zur Umsetzung der Drogenkontrolle im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit leistete. Seit Oktober 2003 führt die gtz im Auftrag des BMZ das überregionale „Programm zur Förderung der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle in Entwicklungsländern“ (EOD) durch.

Das EOD wird das Thema der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle systematisch und überregional in der deutschen und internationalen Entwicklungszusammenarbeit bearbei-

ten und zur Verankerung an wesentlichen Schnittstellen beitragen. International soll es die Verbreitung des ausgewogenen und entwicklungsorientierten Ansatzes der Bundesregierung fördern und die Ziele und Prinzipien auch in den Strategien der Partnerländer zu verankern helfen. Neben Maßnahmen in den Bereichen Suchtprävention und Drogentherapie in Transformations- und Entwicklungsländern räumt das EOD auch weiterhin der Alternativen Entwicklung einen besonderen Stellenwert ein.

Das Programm setzt dafür verstärkt an den thematischen Schnittstellen zu anderen entwicklungsorientierten Ansätzen an, nämlich dort, wo sich Problemfelder überschneiden. Besondere Berücksichtigung findet dabei die Drogenproblematik im Kontext von Krisenprävention und Konfliktbearbeitung, HIV/AIDS-Prävention, Armutsminderung und Jugendförderung. Mit gemeinsamen Ansätzen können hier effektivere Lösungsansätze erarbeitet werden. Dies kann sowohl durch Projekte der Alternativen Entwicklung oder der Reduzierung des Drogenkonsums geschehen als auch durch die Integration der Drogenthematik in andere Programme und Projekte, denn eine intensivere Berücksichtigung der Drogenproblematik beinhaltet erhebliche Potenziale für eine nachhaltige Entwicklung.

7.3.2. Alternative Entwicklung

Armut und mangelnde Alternativen zur Sicherung des Lebensunterhalts veranlassen bäuerliche Familien dazu, Drogenpflanzen anzubauen. Viele Anbaugelände sind abgelegen und haben eine unzureichende soziale und wirtschaftliche Infrastruktur. Alternative Entwicklung verfolgt daher zwei Zielsetzungen: die Verbesserung der Lebensbedingungen der von Drogen- und Entwicklungsproblemen betroffenen Bevölkerung und die Reduzierung des Anbaus von Drogenpflanzen, vor allem von Schlafmohn und Koka.

Mit einem breiten Spektrum an Aktivitäten, wie der Schaffung alternativer Einkommensmöglichkeiten im landwirtschaftlichen und außerlandwirtschaftlichen Bereich, werden bäuerliche Familien und andere ländliche Bevölkerungsgruppen dabei unterstützt, statt Drogenpflanzen (Koka, Schlafmohn), Nahrungskulturen und andere legale Produkte für den eigenen Bedarf und den Markt zu produzieren. In diese Programme sind soziale Grunddienste insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Bildung einbezogen. Dazu gehört auch die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der institutionellen Voraussetzungen, damit nachhaltige Entwicklung möglich ist. Alternative Entwicklung leistet so auch Beiträge zum Abbau von Gewalt, der Stabilisierung des ökologischen Gleichgewichts und zur gesellschaftlichen Integration der Betroffenen.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass nachhaltige alternative Entwicklung ein Prozess ist, der in langfristiger Perspektive Erfolg zeigt. Ein klarer politischer Wille zur Drogenkontrolle mit einem ausgewogenem Ansatz ist ebenso notwendig wie die Akzeptanz und die aktive

Mitwirkung und Mitgestaltung der Bevölkerung bei der Planung und Durchführung der Vorhaben.

7.3.3. Suchtprävention

In Entwicklungsländern gibt es viele suchtgefährdete Bevölkerungsgruppen. Bei den Maßnahmen der Suchtprävention werden besonders Kinder und junge Erwachsene in Risikolebenslagen berücksichtigt, die z. B. auf der Straße leben oder arbeiten, mit HIV infiziert sind oder sexuell missbraucht wurden. Oft wurden sie aus ihrer Heimatregion vertrieben, stehen im Konflikt mit dem Rechtssystem oder sind in Jugendbanden organisiert. Besonders unter Frauen und Mädchen ist der Anstieg des Drogenkonsums besorgniserregend.

Die Entwicklungszusammenarbeit setzt bei diesen Gruppen mit einem systemischen Ansatz aus Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Maßnahmen der Schadensreduzierung (Harm Reduction) an. Prävention von Drogenmissbrauch und Sucht betrifft unterschiedliche Bereiche und Sektoren, insbesondere das Gesundheitswesen, das Bildungswesen, die Sozial- und Jugendhilfe und die Beschäftigungsförderung, aber auch Polizei und Sicherheitskräfte und erfordert ein koordiniertes Vorgehen. Mit niedrigschwelligen Angeboten und pragmatischen Lösungswegen (u. a. integrierte kommunale Drogenpolitik) können schwer erreichbare Zielgruppen neue Lebensperspektiven entwickeln. In der Arbeit mit integrierten Suchthilfe-Konzepten hat sich gezeigt, dass sie dazu beitragen, die Spiralen von Entwicklungsproblemen und Drogenproblemen nachhaltig zu durchbrechen.

7.3.4. Afghanistan

Drogenproblematik:

Die Bundesregierung setzt sich sehr für den wirtschaftlichen, politischen und sozialen Wiederaufbau in Afghanistan ein. Dies gilt auch für den Bereich der Drogenkontrolle. Drogenproduktion und Drogenhandel stellen in Afghanistan ein großes Hindernis für eine nachhaltige Entwicklung dar und erschweren erheblich die Bemühungen des Wiederaufbaus. Eine schwache Regierungsstruktur und die in weiten Teilen des Landes fehlende Rechtsstaatlichkeit bieten gute Bedingungen für Opiumproduktion, -handel und -missbrauch. Die Bauern haben derzeit auf Grund einer unzureichenden Infrastruktur und mangelnder Vermarktungsmöglichkeiten, aber auch wegen Abhängigkeiten von Drogenhändlern kaum Alternativen zum Schlafmohnanbau, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. „Warlords“ finanzieren mit den Einnahmen aus dem Drogengeschäft ihre Waffen und sichern damit ihre Vormachtstellungen in den Provinzen. Die Zentralregierung in Kabul wird dadurch geschwächt und das Land weiter destabilisiert, denn die Einkünfte aus der Drogenwirtschaft werden von den „Provinzfürsten“ auch für den Widerstand gegen die Zentralregierung und terroristische

Ziele eingesetzt. Auch die Taliban finanzieren ihren Kampf mit Geldern aus der illegalen Drogenwirtschaft. Andererseits sind aber auch ranghohe Regierungsmitglieder, Provinzverwalter und Militärangehörige in das Drogengeschäft verstrickt und höhlen so die drogenkontrollpolitischen Bekenntnisse und Maßnahmen der Zentralregierung in Kabul aus.

Der Schlafmohnanbau nimmt wieder stark zu (2003: 8% Zunahme gegenüber 2002). Afghanistan ist der weltweit größte Schlafmohnproduzent und stellt 75% der weltweiten Opiumproduktion her. Das Einkommen aus der Opiumproduktion und dem Opiumhandel entspricht mit ca. 2,3 Mrd. US-Dollar über 50% des geschätzten afghanischen Bruttoinlandsprodukts. Etwa 1,7 Millionen Menschen leben vom Schlafmohnanbau. Das entspricht etwa 7% der Gesamtbevölkerung von 24 Millionen.

Die Bekämpfung des Drogenhandels aus Afghanistan ist nicht nur von zentraler Bedeutung, um die Zufuhr von illegalen Betäubungsmitteln nach Europa und Deutschland zu reduzieren. Der Kampf gegen den Drogenanbau- und Drogenhandel ist auch in erheblichem Maße im außenpolitischen Interesse der Bundesrepublik Deutschland. Gegenwärtig besteht die reale Gefahr, dass Afghanistan sich zu einem von der Drogenwirtschaft unterhöhlten Staatswesen fortentwickelt.

Großbritannien hat im Rahmen der Sicherheitssektorreform in Afghanistan die Führungsrolle bei der Drogenbekämpfung übernommen. Im Mai 2003 wurde von der Regierung Karzai mit britischer Hilfe eine umfassende Drogenbekämpfungsstrategie verabschiedet. Im Februar 2004 fand unter aktiver Beteiligung Deutschlands eine internationale Drogenkonferenz zur Koordinierung der Aktivitäten der internationalen Gemeinschaft in Kabul statt. Deutschland unterstützt die afghanische Übergangsregierung bei der Umsetzung der Drogenbekämpfungsstrategie insbesondere im Bereich des Polizeiaufbaus durch den Aufbau der Drogenpolizei.

Im Rahmen des deutschen Polizeiprojekts widmen sich zwei Rauschgiftexperten des Bundeskriminalamtes speziell dem Aufbau der afghanischen Drogenpolizei. Bisher sind 150 Drogenpolizisten ausgebildet worden, deren Zahl bis Ende 2004 verdreifacht werden soll. Neben der bereits erfolgten Instandsetzung und Ausstattung des Hauptquartiers der Drogenpolizei in Kabul und der ebenfalls schon erfolgten Aufstellung der Auswertungs- und Informationsbeschaffungseinheiten ist für das Jahr 2004 der Aufbau von mobilen Zugriffseinheiten (Interdiction Forces) vorgesehen. Außerdem wurden polizeiliche Einheiten aufgebaut, die an den zentralen Einfahrtsstraßen Fernverkehrskontrollen durchführen. Eine Ausdehnung dieser Maßnahmen auf Kandahar und andere afghanische Städte ist geplant.

Deutschland unterstützt auch den Aufbau der Grenzpolizei in Afghanistan, der eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung des grenzüberschreitenden Drogenschmuggels zukommt. Zuerst wurde die Flughafenpolizei in Kabul mit deutscher Hilfe aufgebaut und ausgebildet.

Die Bundesrepublik Deutschland fördert außerdem Projekte alternativer Entwicklung, um der Landbevölkerung alternative Einkommensmöglichkeiten zu verschaffen.

Aber nicht nur die Opiumproduktion bereitet große Sorgen, sondern auch der Missbrauch von Opium in Afghanistan, der in den letzten Jahren rasant zugenommen hat. Die Zahl der injizierenden Heroinabhängigen in Afghanistan sowie in den Nachbarländern Pakistan und Iran ist hoch. Heroin und andere Drogen sind leicht und kostengünstig zu beschaffen. Opium wird unkontrolliert als Schmerzmittel gebraucht. Traumatische Kriegserlebnisse, Perspektivlosigkeit und soziale Desintegration großer Teile der Bevölkerung begünstigen den Substanzmissbrauch.

Beispielprojekt Alternative Entwicklung in Badakshan:

Mit dem Vorhaben „Alternative Livelihood Development in Badakshan“ des UNODC werden Maßnahmen des Straßenbaus, der Bewässerung, der Trinkwasserversorgung, der Förderung von Gesundheitseinrichtungen und Schulen sowie von landwirtschaftlichen und außerlandwirtschaftlichen Einkommensmöglichkeiten in fünf Distrikten (Jorm, Khash, Argo, Baharak, Ishkashim) der Region Badakshan in Afghanistan gefördert. Profitieren wird davon die ländliche Bevölkerung dieser Distrikte, die aktiv an der Planung und Durchführung der Maßnahmen beteiligt ist.

Das Projekt wird durchgeführt vom Counter Narcotic Departement (CND) – einer von der afghanischen Interimsregierung ins Leben gerufenen staatlichen Institution zur Koordination und Überwachung nationaler Drogenkontrollmaßnahmen – in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Ministerien und internationalen Organisationen (z. B. Aga-Khan-Stiftung, Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO).

Die Förderung des Vorhabens erfolgt komplementär zu anderen Maßnahmen im Bereich der Drogenkontrolle in Afghanistan. Das Projektgebiet liegt in räumlicher Nähe zu dem von Deutschland unterstütztem Vorhaben „Förderung von Ernährungssicherheit, regionaler Kooperation und Stabilität in Afghan-Badakshan“, das von der gtz gemeinsam mit anderen Partnern durchgeführt wird, und soll dieses Vorhaben in sinnvoller Weise ergänzen. Durch seinen entwicklungsorientierten Ansatz trägt es zu einer nachhaltigen Reduzierung der Opiumproduktion und zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen der betroffenen Bevölkerung bei.

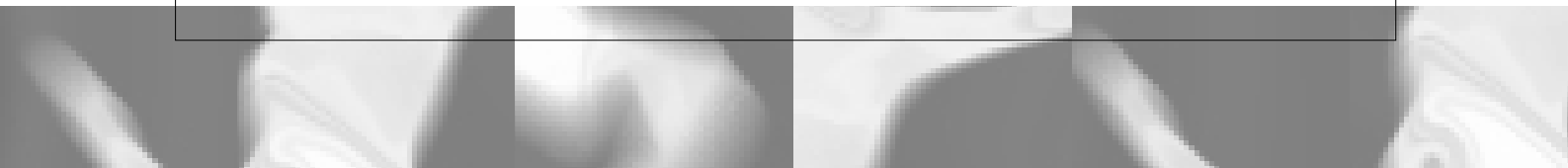
Beispielprojekt Suchtprävention in Kabul:

In der Hauptstadt Afghanistans wird ein Projekt zur Förderung der „Kommunalen Suchtprävention und Suchtbehandlung in Kabul“ von der gtz in Zusammenarbeit mit lokalen Nichtregierungsorganisationen (NRO) ausgeführt. Das Projekt trägt dazu bei, die Angebote im Bereich Drogenprävention und -therapie in Afghanistan zu erweitern. Es fördert zudem die Vernetzung und Zusammenarbeit von NRO und staatlichen Stellen, so dass Suchtgefährdete und Abhängige besseren Zugang zu Informationen und Therapie haben.

Die Präventions- und Therapiearbeit ist besonders auf die sozial und wirtschaftlich marginalisierten Bevölkerungsgruppen ausgerichtet. Dazu gehören vor allem zurückkehrende Flüchtlinge sowie Frauen und Mädchen, bei denen steigende Prävalenzraten zu verzeichnen sind.

Das Projekt hat in Kabul eine Fachstelle für Suchtprävention, Suchtbehandlung und Rehabilitation eingerichtet. Hier werden Fortbildungen für die Mitarbeiter von NRO und staatlichen Stellen aus den entsprechenden Bereichen angeboten und Maßnahmen, die von lokalen NRO durchgeführt werden, begleitet und gefördert.

8. Forschung



8. Forschung

8.1. Laufende Studien (vom BMGS gefördert)

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

Alkoholwerbung im Deutschen Fernsehen:

Über die Verbreitung von Werbeformen, die bei Kindern und Jugendlichen besonders beliebt sind, soll eine Inhalts- und Zielgruppenanalyse von Alkoholwerbung im Deutschen Fernsehen Aufschluss geben, mit der das Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) in Bochum beauftragt worden ist. Es soll festgestellt werden, in welchem Ausmaß die als problematisch eingeschätzte Image-Werbung im Vergleich zu produktorientierter Alkoholwerbung gezeigt wird. Vorgesehen ist auch eine Befragung von Kindern und Jugendlichen sowie von Erwachsenen, um feststellen zu können, ob Alkoholwerbung gesendet wird, die Kinder und Jugendliche eher anspricht als die eigentliche Zielgruppe der Erwachsenen. Das Vorhaben, das 2004 abgeschlossen werden soll, ist ein Anschlussprojekt zu der bereits vorliegenden Literaturanalyse „Alkohol und Werbung“.

Akupunkturgestützte Behandlung bei Alkoholabhängigen:

Im Rahmen einer Studie, die unter der Leitung von Professor Koch, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, durchgeführt wird, wird die Ohrakupunktur 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 sogar überlegen ist. Zusätzlich soll der zur Behandlungsdurchführung notwendige Ressourcenbedarf untersucht werden. Das Projekt endet 2004.

Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe:

Das Projekt soll dem Ziel dienen, die „Rauchersprechstunde“, ein Kurzzeit-Beratungsangebot für Raucher, das vom Deutschen Krebsforschungszentrum (dkfz) entwickelt wurde, in Betrieben zu implementieren. Für die Durchführung des Projektes wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen dem BKK-Bundesverband und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte geschlossen. Die Fortbildungsmaßnahmen, die zur Durchführung der Beratung qualifizieren, werden vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte organisiert. Überprüft wird die Inanspruchnahme und Umsetzung der standardisierten Raucherberatung im Hinblick auf die Zielgruppenenerreichung und den organisatorischen Ablauf sowie das Kooperationsverhalten der Werks- und Betriebsärzte. Gleichzeitig wird das Konzept auch auf Effektivität und Wirksamkeit hin bewertet.

Umfang und Analyse von problematischem Cannabiskonsum in Deutschland:

Im Rahmen des Projektes werden verschiedene Themenstellungen bearbeitet. Es erfolgt die Auswertung der neuesten internationalen Literatur zu den gesundheitsschädlichen Folgen des Cannabiskonsums. Daneben werden Patienten befragt, die wegen des schädlichen Konsums von Cannabis und Cannabisabhängigkeit eine Beratungsstelle aufgesucht haben und dort behandelt wurden. Eine Nachbefragung dieser Patienten zielt darauf ab zu erfahren, ob das Beratungs- und Behandlungsangebot angemessen und hilfreich war. Der Bericht wird 2004 vorgelegt.

Kokainkonsum in der Bundesrepublik:

Im Rahmen einer Reanalyse vorhandenen Datenmaterials und einer Metaanalyse soll der internationale Stand des Wissens zur Epidemiologie, den psychosozialen Folgen des Kokainkonsums und der Wirksamkeit primär- und sekundärpräventiver Strategien zusammengetragen und nutzbar gemacht werden. Dazu soll die vorliegende nationale und internationale Forschungsliteratur gesichtet und mit Hilfe von Metaanalyseverfahren aufgearbeitet werden. Ziel ist es, neben der systematischen Auswertung der Forschungsliteratur auch Beurteilungen z. B. der Wirksamkeit von Interventionen oder Präventionsmaßnahmen auf empirisch gesicherter Basis vornehmen zu können.

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

Das Projekt zielt darauf ab, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie anhand der Daten des Kinder- und Jugendsurveys valide Daten zum Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) abgeleitet werden können. Die bereits verfügbaren Daten aus einer Vorstudie, dem so genannten Pretest des Kinder- und Jugendsurveys, werden mit einer parallel erhobenen Klinikstichprobe verglichen. Auf der Grundlage dieses Vergleichs sollen Vorschläge unterbreitet werden, das Design des Hauptteils des Kinder- und Jugendsurveys im Hinblick auf ADHS zu optimieren. Darüber hinaus soll auf der Grundlage der bereits im Survey verankerten Instrumente ein Diagnose-Algorithmus entwickelt werden, mit dem bestimmt werden kann, ob ein ADHS vorliegt oder nicht. Zudem sollen Mitarbeiter, die mit der Durchführung des Surveys beauftragt sind, eine spezifische, auf die korrekte Erkennung des ADHS ausgerichtete Fortbildung erhalten.

Anschlussvorhaben Verbrauchsanalyse zu Methylphenidat: „Analyse von Behandlungsverläufen anhand von Rezeptdaten der Gmündner Ersatzkasse und Bestimmung von Untersuchungszielen für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen anhand festzulegender Kriterien“:

Die bereits vorliegenden Auswertungen sollen um die Angaben der regionalen Verteilung von Kinder und Jugendpsychiatern wie Kinder- und Jugendärzten ergänzt werden. Es soll festgestellt werden, inwieweit es Auswirkungen oder Erklärungen auf die regional sehr

unterschiedlichen Behandlungsprävalenzen gibt. Ferner sollen Regionen ermittelt werden, in denen Elterngruppen aktiv sind, die sich für eine Methylphenidat-Behandlung engagieren oder auch umgekehrt kritisch dazu stellen. Eventuell können auch solche Erklärungsmuster für die regionalen Unterschiede in der Behandlungsprävalenz herangezogen werden.

Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis:

Durch die Studie „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ soll die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des §31 a BtMG im Kontext anderer Einstellungsvorschriften evaluiert werden. Die Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften und somit die Frage nach einer im wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung bei eigenkonsumbezogenen Drogenverfahren steht damit im Zentrum dieses Forschungsprojekts. Die auf die Jahre 1995/1996 bezogenen Erkenntnisse einer früheren Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle zur „Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten“ aus dem Jahre 1997 bedürfen aufgrund des Zeitablaufs der Überprüfung. Ziel ist es, herauszufinden, ob §31 a BtMG in den Bundesländern – wie seinerzeit in der genannten Studie für Cannabis festgestellt – zu einer im wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung führt oder ob aufgrund einer ungleichen Rechtsanwendung gegebenenfalls Maßnahmen zur Sicherstellung der Bundeseinheitlichkeit erforderlich sind. Gleichzeitig sollen die Auswirkungen unterschiedlicher justizieller Sanktionen auf das Drogenkonsumverhalten untersucht werden.

8.2. Forschungsverbände für Suchtforschung (vom BMBF gefördert)

Ziele der vier Forschungsverbände für Suchtforschung sind neben der Prävention und Früherkennung von Suchterkrankungen eine Verbesserung der Behandlung von Abhängigen und nicht zuletzt die Vermeidung von Rückfällen. In den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Verbänden kooperieren Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen (u. a. Psychiater, Psychologen, Sozialmediziner und Naturwissenschaftler), die in einem regionalen Umfeld gemeinsam mit Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Drogenberatungs- und anderen Einrichtungen der Suchthilfe anwendungsorientierte Forschungsprojekte durchführen. Eine verbesserte Information der Abhängigen und deren Angehörigen gehören ebenso wie suchtspezifische Aus- und Fortbildung von Ärzten und Therapeuten zum Arbeitsprogramm der Verbände.

Forschungsverbund Nord-Ost:

Im Forschungsverbund „Research Collaboration in Early Substance Use Intervention“ (EARLINT) werden in den Allgemeinkrankenhäusern einer Region Vorpommerns Patienten bezüglich gesundheitsriskantem Alkoholkonsums gescreent, diagnostiziert und beraten. Daneben werden z. Zt. Publikationen zur Prävalenz riskanten Alkoholkonsums erstellt.

In allen am Projekt beteiligten Krankenhäusern wurden Ärzte im Umgang mit Patienten, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, geschult. Als Konsequenz ergab sich ein spürbarer Zuwachs an Aufgeschlossenheit gegenüber den Problemen dieser Patientengruppe. Durch die hier gesammelten Erfahrungen hat sich eine Forschungs Kooperation mit US-amerikanischen Wissenschaftlern angebahnt.

In einem weiteren Projekt werden Patienten mit riskantem Alkoholkonsum in schleswig-holsteinischen Arztpraxen in einem gestuften Verfahren beraten. Dieses Projekt hat bereits auf Landesebene dazu beigetragen, Ärzten zu mehr Aufgeschlossenheit gegenüber den Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zu verhelfen.

In zwei weiteren Projekten zur Tabak-Rückfallprophylaxe bei Müttern kurz nach der Entbindung und zur Raucherberatung in hausärztlichen Praxen sind bereits die Grunddatensätze der Studien erhoben worden. Außerdem wurden Kontakte zum Hebammenverband hergestellt und ein Hausärzte-Netz etabliert, um die Verbreitung der erforschten Intervention sicherzustellen. In einem weiteren Projekt zur Intervention beim Tabakrauchen kommt ein EDV-Expertensystem bei einer Zufallsstichprobe der Bevölkerung zum Einsatz. Auch hier sind die Erhebungen schon weit gediehen.

Forschungsverbund Bayern/Dresden:

Im Forschungsverbund Bayern/Dresden „Allocating Substance Abuse Treatment to Patient Heterogeneity“ (ASAT) konnte in einem epidemiologischen Projekt in Zusammenarbeit mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Stadt München eine Datenbank aller regionalen Einrichtungen und Dienste sowie deren Träger erstellt und die Befunde zu Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktoren und Verläufen des Substanzgebrauchs den lokalen Verantwortlichen (z. B. Stadt München, Caritas, Condrobs, DO-Suchthilfe, Prop, etc.) vorgestellt werden. Außerdem wurden bislang über 1.000 Konsumenten legaler und illegaler Drogen zur Kenntnis und Nutzung von Angeboten der suchtbezogenen Versorgung in der Region befragt, alle Dienste und übergeordnete Einrichtungen kontaktiert und mit einem neu erstellten, standardisierten Interview zu verschiedenen Versorgungsmerkmalen (Behandlungsprävalenz, Merkmale der Klienten/Patienten, Versorgungs- und Allokationsprozesse) befragt. In einem dritten Schritt soll die individuelle Zuordnung von Bedarfs- und Angebotsmodellen untersucht werden.

In einem anderen Projekt zur problem- und störungsorientierten Frühintervention bei Alkohol-, Cannabis- und „Partydrogen“-Konsumenten wurden ein von der WHO entwickeltes Screening und eine Intervention vorgenommen, deren Ergebnisse auf der WHO-Webseite publiziert werden.

In einer Studie zur Raucherentwöhnung in der allgemeinärztlichen Versorgung wurden bundesweit 224 Studienmonitore geschult, eine Servicehotline eingerichtet und in 889 Arztpraxen von 33.241 Patienten ein standardisiertes klinisches Arzturteil erhoben.

Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen:

Im Suchtforschungsverbund „FIND AND COPE“ ist die Einrichtung einer BMBF-Stiftungsprofessur für klinische Suchtforschung geplant. Die Medizinische Fakultät in Essen verabschiedete im Dezember 2003 die Berufungsliste für diese C3-Professur.

In dem Forschungsprojekt „Erkennen und Beeinflussen von problematischem Substanzgebrauch (Alkohol, Tabak, Drogen) durch Allgemeinärzte in Hausarztpraxen“ haben bislang mehr als 8.000 Patienten an der Studie teilgenommen. Die Untersuchung wird voraussichtlich im Juni 2004 abgeschlossen. Dem Transfer in eine breitere Versorgungswirklichkeit dienen eine Website für Patienten (www.alkoweb.de) sowie eine DVD für Therapeuten zur Motivierenden Gesprächsführung.

In einem weiteren Projekt wird in Versorgungskliniken die Machbarkeit der Implementierung einer Nikotinentwöhnung in qualifizierten Entzugsstationen für Alkohol- bzw. Opiatabhängige sowie die Wirksamkeit eines motivierenden Gespräches zur Erhöhung der Teilnahme der genannten Patienten an einer Nikotinentwöhnung untersucht. Anhand von Transkripten erfolgt zudem eine Prozessevaluation der motivierenden Gespräche. Die zur Bewertung der Wirksamkeit notwendige Patientenzahl wurde bei den Alkoholabhängigen bereits erreicht (mehr als 2 x 50 Patienten), bei den Opiatabhängigen etwa zu 60%.

In der Untersuchung „Hirnplastizität, kognitive Funktionen und die Beziehung zum Behandlungserfolg bei Patienten mit Nikotin- oder Alkoholabhängigkeit“ wird geprüft, ob die Indikatoren einer neuronalen Plastizität (Magnet-Resonanz-Spektroskopie) mit klinischen Verlaufsparemtern (neuropsychologischen Variablen) bei Alkohol- oder Nikotinabhängigkeit im Verlauf von Entwöhnungsbehandlung und Nachuntersuchung korrelieren, und ob solche biologischen Parameter einen Rückfall vorauszusagen helfen. Für diese Untersuchung wurde an der Bonner Klinik eine neue Raucherambulanz etabliert, die (auf Selbstkostenbasis) auch über die Studie hinaus Bestand haben soll. Circa 80 von geplanten 180 Probanden wurden bisher in die Studie eingeschlossen.

Bei der Studie „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ wird in einer dreiarmligen Studie in fünf Studienzentren geprüft, ob eine Kombinationstherapie aus Acamprosat und Verhaltenstherapie den jeweiligen Einzelbehandlungen in der ambulanten abstinentenorientierten Therapie Alkoholabhängiger überlegen ist. Nach umfangreichen Vorarbeiten, v. a. Schulung der Therapeuten und Implementierung eines remote data entry (RDE), wurde Mitte des Jahres 2003 mit der Patientenrekrutierung begonnen. Mit einer Rekrutierung von 60 der insgesamt 369 Patienten wurde die geplante Rekrutierungsrate der beiden ersten Quartale der Durchführungsphase erreicht.

Forschungsverbund Baden-Württemberg:

Im Bereich „Öffentliche Gesundheitsförderung“ des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg sind drei Projekte angesiedelt. Im Projekt „Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis“ sind die Vorstudien sowie die Rekrutierungsphase der Hauptstudie inzwischen abgeschlossen. Bisher vorliegende Ergebnisse aus den Vorstudien deuten darauf hin, dass eine wesentliche Determinante für den Erfolg einer Raucherentwöhnung der Eintritt eines Krankheitsereignisses ist. Im Projekt „Entwicklungswege in den Tabakmissbrauch“, das im Rahmen einer seit ca. 15 Jahren etablierten Längsschnittuntersuchung (Mannheimer Risikokinder-Studie) durchgeführt wird, ist die Datenerhebung abgeschlossen. Erste Analysen bezüglich des Zusammenhangs intrapersoneller sowie sozialer Faktoren und dem Rauchverhalten Jugendlicher wurden bereits durchgeführt. Das Projekt „Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der Hausarztpraxis“ ist nach der Planungs- und Etablierungsphase inzwischen in die Evaluationsphase des Qualitätsmanagements eingetreten. Erste Ergebnisse zeigen, dass eine effektive Diagnostik und Behandlung insbesondere nur dann erschwert möglich sind, wenn Patienten die Diagnose nicht akzeptieren und Überweisungen ablehnen. Dies deutet auf die Relevanz motivationssteigernder Maßnahmen hin.

Der Bereich „Therapieforschung“ wird in erster Linie durch das Project „PREDICT“ geprägt. Dabei wird eine individuell adaptierte Therapie der Alkoholabhängigkeit auf den Ebenen vorklinischer Untersuchungen, einer klinischen Studie zum gleichen Thema und einer zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlung bei Alkoholkranken untersucht. Die beiden Studien sind inzwischen voll implementiert und befinden sich in der Rekrutierungsphase. In der klinischen Studie sollen bis Oktober 2004 ca. 60% der Gesamtstichprobe rekrutiert sein. Für das psychotherapeutische Projekt sind insbesondere die bislang erfolgten Transferleistungen in die Praxis zu erwähnen (Schulung und Supervision niedergelassener Therapeuten).

Im Projekt „Biologische Prädiktoren der Abstinenz bei Tabakabhängigen“ ist das Rekrutierungsziel inzwischen erreicht. Bis Ende 2003 wurden die letzten Behandlungen abgeschlossen. Die Datenaufarbeitung ist noch nicht abgeschlossen.

Die Support- und Querschnittsprojekte sind an den oben genannten Projekten intensiv beteiligt. Beispiele hierfür sind die begleitenden genetischen oder gesundheitsökonomischen Fragestellungen, deren Bearbeitung sich auf dem Stand der jeweiligen inhaltlichen Projekte befindet. Ein neues, assoziiertes Projekt, welches vom Koordinationszentrum des Verbundes betreut wird, (IAK – Integratives ambulantes Kurzzeitbehandlungsprogramm, Psychosoziale Beratungsstelle der Diakonie in Bietigheim) wurde im Oktober 2003 mit einer Anerkennung im Rahmen des „Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg“ geehrt. Dies zeigt, dass der Verbund zwischenzeitlich in der Versorgungspraxis angekommen ist und dort als Kompetenzzentrum in Fragen suchtmmedizinischer Forschung wahrgenommen wird.

8.3. Forschungsprojekte zu Suchtmitteln und Verkehrsicherheit (vom BMVBW gefördert)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (BMVBW) führt die Bundesanstalt für Straßenwesen zahlreiche Forschungsprojekte zur Thematik der verkehrssicherheitsrelevanten Einflüsse von Alkohol, Drogen und Arzneimitteln durch.

So wurden die Auswirkungen der zum 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Regelung der Fahrerlaubnis-Verordnung hinsichtlich der Klärung von Eignungszweifeln bei Betäubungsmitteln und Arzneimitteln untersucht, um einen Überblick über die Anzahl der Eignungsüberprüfungen wegen Fahrens unter Drogeneinfluss, wegen Drogenbesitzes und die Anzahl der daraus resultierenden Fahrerlaubnisentziehungen zu erhalten.

Die Ergebnisse des Projektes „Cannabis und Verkehrssicherheit“ zu den verkehrssicherheitsrelevanten Folgen des Cannabisgebrauchs werden wichtige Hinweise für die Entwicklung angemessener eignungsdiagnostischer Kriterien für die Begutachtungspraxis geben.

In einem 2003 veröffentlichten Forschungsbericht wurde die wichtige verkehrssicherheitsrelevante Arzneimittelgruppe der Benzodiazepine umfassend hinsichtlich der Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit bewertet.

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurden die verkehrssicherheitsrelevanten Effekte von Kokain in der akuten und postakuten Konsumphase untersucht.

Darüber hinaus werden im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen seitens der Bundesanstalt für Straßenwesen im interdisziplinären Dialog mit Medizinern, Toxikologen, Psychologen und Juristen weitere zukünftige Projektvorhaben konzipiert, um die Anzahl von Verkehrsunfällen durch den Einfluss psychoaktiver Substanzen kontinuierlich weiter zu reduzieren.

Anhang

Anhang

Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland

Bericht des Bundeskriminalamtes

Grundlagen der folgenden Darstellung der Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland bilden die Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei. Die statistischen Angaben zur Rauschgiftkriminalität spiegeln den Erfassungsstand der Falldatei Rauschgift (FDR) zum Stichtag wider. Es ist mit der Nach Erfassung weiterer Daten zu rechnen.

Unter anderem aufgrund technischer Probleme bei der Erfassung in INPOL-FDR bestehen in einigen Ländern nicht unerhebliche Erfassungsrückstände. Daher ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass die Aussagekraft der FDR zur Rauschgiftsituation im Jahr 2003 und die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren teilweise in erheblichem Maße beeinflusst wird.

Der Darstellung der Rauschgiftsituation werden folgende Indikatoren zugrunde gelegt:

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

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

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN:

- Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle, die Anzahl der EKhD und der Rauschgift-toten ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken.
- Bei Heroin sinkt die Anzahl der Sicherstellungsfälle weiter. Opium ist trotz eines deutlichen Anstieges der Sicherstellungsmenge nach wie vor für den deutschen Rauschgiftmarkt von untergeordneter Bedeutung.
- Die Sicherstellungsmenge von Kokain entwickelt sich gegenüber dem Vorjahr deutlich rückläufig¹⁾. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist ebenfalls rückläufig. Hingegen steigt die Anzahl der Sicherstellungsfälle im Zusammenhang mit Crack gegenüber dem Vorjahr erneut an; die beschlagnahmte Menge ist allerdings deutlich gesunken.
- Bei den synthetischen Drogen sind die Anzahl der Sicherstellungsfälle und die Sicherstellungsmenge von Ecstasy rückläufig. Bei Amphetamin sinken die Fallzahlen bei einer gestiegenen Sicherstellungsmenge.

ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)

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.

Dieser Indikator ist maßgeblich von der Intensität und Zielrichtung der Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden geprägt. Die Anzahl der EKhD ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 11 % auf **17.937** registrierte Personen zurückgegangen. Während sich die Zahlen der EKhD bei Amphetamin (-1 %) nahezu auf dem Niveau des Vorjahres bewegen, ist bei Heroin (-15 %) und Ecstasy (-29 %) ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die Anzahl der EKhD von Kokain (-12 %) ist zwar ebenfalls gesunken, jedoch ist zu berücksichtigen, dass aufgrund einer Änderung der Erfassungsmodalitäten ein erheblicher Anteil als EKhD von Crack erfasst wurde. Eine Aussage zur Entwicklung der EKhD von Crack kann nicht getroffen werden, da noch kein Vergleich zum Vorjahr möglich ist.

¹⁾ Zu berücksichtigen ist, dass die hohe Sicherstellungsmenge im Jahr 2002 auf einer Großsicherungsstelle von 1,2 t Kokain beruht.

Bei Heroin setzt sich eine Verringerung der registrierten EKHD seit 1997 tendenziell fort. Auch bei Ecstasy ist weiterhin eine signifikante Abnahme festzustellen. Ergebnisse von Prävalenzschätzungen zum Konsumverhalten in der Bevölkerung deuten auf einen rückläufigen Konsum und eine sinkende Akzeptanz von Opiaten hin. In dem Zusammenhang erfährt Ecstasy jedoch einen steigenden Zuspruch.

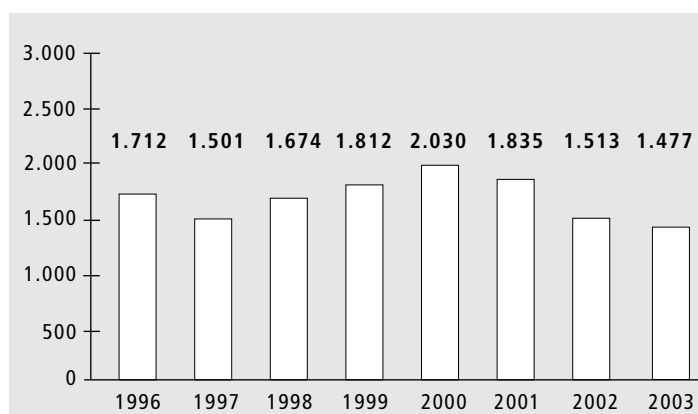
RAUSCHGIFTTODESFÄLLE

Im Jahr 2003 verstarben in Deutschland **1.477** Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums. Damit ist die Zahl der Rauschgifttoten nach einem deutlichen Rückgang im Vorjahr erneut um 2,4% gesunken und befindet sich auf dem niedrigsten Stand seit 1989.

Entgegen dem Vorjahrestrend erfolgte in den Bundesländern eine uneinheitliche Entwicklung der Rauschgifttodesfälle. In den neuen Bundesländern bewegt sich die Anzahl der Rauschgifttoten nach wie vor auf einem niedrigen Niveau. In den alten Bundesländern verlaufen die Entwicklungen bei den Rauschgifttodesfällen uneinheitlich. Sie bewegen sich zwischen einem deutlichen Rückgang in Schleswig-Holstein (-39%) und einem Anstieg in Niedersachsen (+15%).

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 Entzugerscheinungen sowie infolge von Unfällen unter Drogeneinfluss stehender Personen.

RAUSCHGIFTTOTE, ENTWICKLUNG VON 1996–2003



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

Mit 145 Personen beträgt der Anteil der **AUSSIEDLER** an den infolge von Rauschgiftkonsum verstorbenen Personen rund 10%. Aussiedler sind häufig bereits bei der Migration nach Deutschland alkohol- oder opiatabhängig. Insbesondere jugendliche Aussiedler weisen dann in Deutschland gefährdungssteigernde Konsummuster auf. Innerhalb kurzer Zeit sind solche Konsumenten oft hochgradig heroinabhängig. Eine mangelnde Wahrnehmung von Therapieangeboten und die Unerfahrenheit im Umgang mit Heroin, wie beispielsweise hohe Dosierungen unter gleichzeitigem Konsum von Alkohol, dürften als wesentliche Ursachen für die große Anzahl von Drogentoten unter Aussiedlern in Betracht kommen.

HEROIN

Rückgang der Anzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin.

In 6.138 Fällen wurden im Jahr 2003 insgesamt 626 kg Heroin beschlagnahmt. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist gegenüber dem Vorjahr rückläufig (-8%). Hinsichtlich der Sicherstellungsmenge ist ein Anstieg (+21%) zu verzeichnen, allerdings sind wie im Vorjahr Grobsicherstellungen mit einer Menge von mehr als 10 kg nur selten erfolgt.

In der Türkei werden vorwiegend größere Heroinmengen beschafft.

Die Niederlande waren mit 475 Sicherstellungsfällen häufig Beschaffungsstaat für kleinere Heroinmengen. In diesem Zusammenhang wurden 117 kg Heroin sichergestellt. Die Türkei wurde im Jahr 2003 in 12 Sicherstellungsfällen mit insgesamt 199 kg Heroin als Herkunfts- bzw. Transitstaat größerer Mengen festgestellt.

Der Heroingroßhandel wird von türkischen Staatsangehörigen dominiert. Im Straßenhandel sind überwiegend deutsche Tatverdächtige aktiv.

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

Im Jahr 2003 wurden insgesamt 322 kg **OPIUM** sichergestellt. Die deutliche Zunahme der beschlagnahmten Menge geht insbesondere auf eine Sicherstellung von 271 kg in Düsseldorf zurück. In lediglich 61 Fällen wurde Opium beschlagnahmt. Opium ist trotz eines deutlichen Anstiegs der Sicherstellungsmenge nach wie vor für den deutschen Rauschgiftmarkt von untergeordneter Bedeutung.

Rekordsicherstellung von 271 kg Opium in Düsseldorf.

KOKAIN

Im Jahr 2003 wurden in Deutschland 1.009 kg Kokain sichergestellt; das sind 53% weniger als im Vorjahr. Die hohe Sicherstellungsmenge im Jahr 2002 beruht auf der Großsicherstellung von 1,2 t Kokain in Kassel. Die mit 255 kg größte Menge im Berichtsjahr wurde im Oktober 2003 in Hamburg in einem aus Brasilien kommenden Container, der nach Kroatien weitertransportiert werden sollte, beschlagnahmt. Die Fallzahl ging gegenüber dem Vorjahr zurück (-8%).

Rückgang der Fallzahlen von Kokain.

Insbesondere aufgrund der oben genannten Großsicherstellung ist Brasilien (408 kg/93 Fälle) hinsichtlich der beschlagnahmten Menge der bedeutendste südamerikanische Herkunftsstaat. Nach Fallzahlen bei bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande (257 kg/481 Fälle) am häufigsten registriert; in der Mehrzahl dieser Fälle wurden vergleichsweise geringe Mengen sichergestellt. Kolumbien wurde mit 27 kg in sechs Fällen relativ selten als Ursprungsstaat von Kokain ermittelt.

Brasilien ist der bedeutendste südamerikanische Herkunftsstaat.

Deutschland ist im Zusammenhang mit Kokain weiterhin Konsum- und Transitstaat. Im Berichtsjahr war fast die Hälfte des in Deutschland sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt. Am häufigsten wurde Italien (126 kg/50 Fälle) als Bestimmungsstaat ermittelt, gefolgt von den Niederlanden, der Schweiz und Spanien. Im Zusammenhang mit Italien ist bemerkenswert, dass auch im Jahr 2003 zahlreiche Kuriere festgenommen wurden, die in erster Linie Kokain aus den Niederlanden über Deutschland nach Italien schmuggeln wollten.

Fast 50% der Kokainsicherstellungsmenge in Deutschland waren für das Ausland bestimmt.

Bei Sicherstellungen von Kokain dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen, sierraleonischen und italienischen Staatsangehörigen.

Deutlicher Anstieg der Crack-Sicherstellungsfälle.

Im Jahr 2003 wurden in 2.516 Fällen 5 kg **CRACK** sichergestellt. Einem deutlichen Anstieg der Sicherstellungsfälle (+55%) steht ein Rückgang der beschlagnahmten Menge (-31%) gegenüber, der in erster Linie aus dem Ausbleiben von Sicherstellungen im Kilogramm Bereich resultiert.

In Hamburg wurden etwa 88% (2.215 Fälle), in Hessen 9% (206 Fälle, davon 185 in Frankfurt/Main) sowie in Niedersachsen 3% (78 Fälle, ausnahmslos in Hannover) aller Sicherstellungsfälle registriert. Die übrigen Länder sind in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung. Bei den Tatverdächtigen dominieren Deutsche vor türkischen Staatsangehörigen, an den Brennpunkten wird der Handel mit Crack jedoch überwiegend von Schwarzafrikanern und Marokkanern dominiert.

Produktionsstätten von Crack werden seit dem 01.04.2003 bundesweit einheitlich als Crackküchen in der FDR erfasst.

Im Berichtsjahr wurden insgesamt sechs so genannte „Crackküchen“ sichergestellt.

LABORE

Im Jahr 2003 wurden 14 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt. Die Sicherstellung von Großlaboren blieb im Jahr 2003 aus.

Im Jahr 2003 wurden überwiegend Labore zur Herstellung von Gamma-Hydroxy-Buttersäure (GHB) sichergestellt.

Bemerkenswert ist die Anzahl von neun GHB-Produktionsstätten, wobei in einem dieser Labore zudem Amphetamin hergestellt wurde. Damit wurden in Deutschland im Berichtsjahr erstmals GHB-Labore sichergestellt. Ferner wurden drei Ecstasy- und ein Methamphetaminlabor sowie eine Produktionsstätte von Designerdrogen beschlagnahmt.

AMPHETAMIN / METHAMPHETAMIN

Im Jahr 2003 wurden in Deutschland in 3.841 Fällen insgesamt 484 kg Amphetamin/Methamphetamin beschlagnahmt. Während die Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr gesunken sind (-5%), stieg die Sicherstellungsmenge (+34%) deutlich an.

Ein großer Teil des sichergestellten Amphetamins und Methamphetamins mit bekannter Herkunft stammte aus den Niederlanden, ferner wurden größere Mengen aus Polen nach Deutschland eingeschmuggelt.

In 23 % der Fälle sollte das sichergestellte Amphetamin/Methamphetamin nach Skandinavien verbracht werden.

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

Im Berichtszeitraum wurden 164 Sicherstellungsfälle mit einer Sicherstellungsmenge von 8,3 kg **CRYSTAL** beschlagnahmt. Mit 79% der Sicherstellungsfälle sind primär die Bundesländer Bayern und Sachsen betroffen. Die übrigen Fälle verteilen sich ausschließlich auf ostdeutsche Bundesländer.

ECSTASY

Entsprechend dem Trend des Vorjahres wurden, parallel zur rückläufigen Entwicklung der EKHD von Ecstasy, erneut deutliche Rückgänge hinsichtlich der Sicherstellungen (-25%) sowie der beschlagnahmten Gesamtmenge (-61%) registriert. Grobsicherstellungen wie in den Vorjahren blieben im Jahr 2003 aus.

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

Hinsichtlich der Menge war Italien im Berichtsjahr mit 26 % am häufigsten Bestimmungsstaat für in Deutsch-

Anstieg der Sicherstellungsmenge von Amphetamin/Methamphetamin.

Der Handel von Amphetamin/Methamphetamin wird durch deutsche Staatsangehörige dominiert.

Crystal ist ein regionales Phänomen in Bayern und in den ostdeutschen Bundesländern.

Weiterhin deutlich rückläufige statistische Daten im Zusammenhang mit Ecstasy.

land sichergestellte Ecstasytabletten. Gegenüber den Vorjahren ist der Anteil der für den Schmuggel nach Nordamerika und Australien bestimmten Ecstasytabletten auf 7% der Gesamtsicherstellungsmenge gesunken. Dieser betrug im Jahr 2002 noch 78%.

Beim Handel mit Ecstasy wurden weit überwiegend Deutsche festgestellt.

In Verbindung mit Sicherstellungen von Ecstasy wurden in erster Linie deutsche Staatsangehörige registriert. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen traten primär türkische Tatverdächtige sowie Italiener und Niederländer in Erscheinung.

GHB

GHB ist eine relativ neue synthetische Droge; sie ist dem BtMG seit 01.03.2002 unterstellt.

Ein verhältnismäßig neues Phänomen im Bereich synthetischer Drogen stellt GHB (Gamma-Hydroxy-Buttersäure) dar. Die Anzahl der in der FDR erfassten Sicherstellungsfälle in Verbindung mit GHB ist zwar relativ gering, die Anzahl von neun in Deutschland beschlagnahmten GHB-Laboren stellt allerdings einen Indikator dar, der eine zunehmende Bedeutung dieser Droge vermuten lässt.

LSD

Die Bedeutung von LSD ist gering.

In 149 Fällen wurden im Jahr 2003 insgesamt 34.806 LSD-Trips sichergestellt. Einem erneuten Rückgang der Fälle (-6%) steht ein Anstieg der Sicherstellungsmenge (+16%) gegenüber, der insbesondere aus einer Großsicherstellung von 22.000 Trips in Düsseldorf resultiert. 91% der Sicherstellungsmenge wurde nachweislich aus den Niederlanden eingeführt.

CANNABISPRODUKTE

Deutlicher Rückgang der Anzahl der Sicherstellungsfälle von Haschisch.

Im Jahr 2003 wurden 8.303 kg **CANNABISHARZ** (Haschisch) sichergestellt. Der deutliche Anstieg der Sicherstellungsmenge geht insbesondere auf eine Sicherstellung von 2,7 t Haschisch in Hamburg zurück, bei der das Rauschgift in einem Wohnmobil aus dem Senegal

über Mauretanien und Marokko nach Deutschland eingeschmuggelt wurde. Das Rauschgift war für die Niederlande bestimmt. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist auf 10.267 zurückgegangen (-26 %).

Im Jahr 2003 wurden 2.582 kg **CANNABISKRAUT** (Marihuana) beschlagnahmt. Der Rückgang (-58 %) ist auf das Ausbleiben von Grobsicherstellungen gegenüber dem Vorjahreszeitraum zurückzuführen. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle ist auf 12.374 zurückgegangen (-8 %).

Die Niederlande sind weiterhin bedeutender Herkunftsstaat für Cannabisprodukte.

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

Bei Cannabisdelikten treten häufig deutsche Tatverdächtige in Erscheinung.

Sicherstellungen im Zusammenhang mit Cannabisöl und Cannabispflanzen waren sowohl hinsichtlich der Menge als auch der Fallzahlen in Deutschland im Jahr 2003 von geringer Bedeutung.

SONSTIGE ILLEGALE DROGEN

Im Jahr 2003 wurden in 396 Fällen (-38%) insgesamt 22 kg (-35%) **PSILOCYBINHALTIGE PILZE** sichergestellt. 5.420 kg (+8%) der Droge **KHAT** wurden im Berichtsjahr in 54 Fällen (-45%) sichergestellt.

Beide Rauschgifte haben im Hinblick auf die Rauschgiftlage in Deutschland keine Bedeutung.

RAUSCHGIFTTODESFÄLLE UND ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)

Zeitraum ▼	RG -Tote	EKhD Gesamt*	EKhD Heroin	EKhD Kokain	EKhD Amphetamin	EKhD Ecstasy	EKhD Crack**	EKhD Sonstige
01.01.–31.12.02	1.513	20.230	6.378	4.933	6.666	4.737	–	218
01.01.–31.12.03	1.477	17.937	5.443	4.346	6.588	3.352	419	177
Veränderungen	–2,4 %	–11,3 %	–14,7 %	–11,9 %	–1,2 %	–29,2 %	–	–18,8 %

* 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.

** Erstauffällige Konsumenten von Crack werden seit dem 01.04.2003 erfasst.

SICHERSTELLUNGEN

Zeitraum	01.01. – 31.12.02		01.01. – 31.12.03		Veränderungen	
RG-Art	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.658	19,6 kg	6.138	626,2 kg	–7,8 %	+20,5 %
Opium	54	62,7 kg	61	322,4 kg	+13,0 %	+414,2 %
Kokain	4.163	2.135,7 kg	3.822	1.009,1 kg	–8,2 %	–52,8 %
Crack	1.628	7,2 kg	2.516	5,0 kg	+54,5 %	–30,6 %
Amphetamin	4.048	361,7 kg	3.841	484,0 kg	–5,1 %	+33,8 %
Ecstasy	3.417	3.207.099 KE	2.571	1.257.676 KE	–24,8 %	–60,8 %
LSD	158	30.144 Tr	149	34.806,5 Tr	–5,7 %	+15,5 %
Haschisch	13.953	5.003,0 kg	10.267	8.303,3 kg	–26,4 %	+66,0 %
Marihuana	13.380	6.130,2 kg	12.374	2.582,3 kg	–7,5 %	–57,9 %

KE=Konsumeinheiten, Tr=Trips

ILLEGALE HERSTELLUNG/LABORE

Zeitraum ►	01.01. – 31.12.02	01.01. – 31.12.03
(Meth-) Amphetamin	2	1**
Ecstasy	2	3
Sonstige	2*	10**
Gesamt	6	14

* Je ein Mescalin-Labor und eine Crackküche (Im Jahr 2002 wurden Crackküchen als Labore erfasst.)

** Acht GHB-Labore, ein Labor, in dem Amphetamin und GHB produziert wurden, sowie ein Labor, in dem Designerdrogen hergestellt wurden

Herausgeber:**Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung**

10117 Berlin

Stand:

April 2004

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: Offsetdruckerei Wende, Berlin

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Hinweis:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben. Sie wird grundsätzlich kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden 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.