



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Drogen- und Suchtbericht

Juli 2017



Drogen- und Suchtbericht

Juli 2017

www.drogenbeauftragte.de

Inhaltsverzeichnis

1 Jahreskommentar der Drogenbeauftragten	04	5 Jahresschwerpunkt: Kinder aus suchtblasteten Familien	83
2 Einblicke: Die Arbeit der Drogenbeauftragten	07	1 Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage.....	83
3 Fakten, Trends und Politik	17	2 Kinder stärken – Resilienz fördern.....	97
1 Rahmenbedingungen und Politik.....	17	3 Frühzeitig helfen – Angebote für Schwangere und Eltern mit Kleinkindern.....	105
1.1 Nationale Strategie – Die vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik.....	17	4 Kooperation gestalten – familien- und fallorientierte Zusammenarbeit.....	108
1.2 Teilhabe.....	20	5 Mehr erfahren – Informationen, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit.....	117
2 Suchstoffe, Suchtformen, Regulierung.....	24	6 Projekte, Studien, Initiativen	121
2.1 Tabak.....	24	1.1 Suchtstoff- bzw. suchtfarmbezogene Projekte.....	121
2.2 Alkohol.....	35	1.2 Suchtstoff- bzw. suchtfarmübergreifende Projekte.....	149
2.3 Medikamente.....	43	2 Weitere Projekte.....	162
2.4 Illegale Drogen.....	45	2.1 Suchtstoff- bzw. suchtfarmbezogene Projekte.....	162
Überblick.....	45	2.2 Suchtstoff- bzw. suchtfarmübergreifende Projekte.....	167
Cannabis.....	51	Stichwortverzeichnis	176
Crystal Meth.....	54	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	178
Opiate.....	55	Danksagung	179
Neue psychoaktive Stoffe.....	59	Hinweise/Impressum	180
2.5 Computerspiel- und Internetabhängigkeit.....	61		
2.6 Pathologisches Glücksspiel.....	67		
4 Internationales	73		
1 Europäische Drogen- und Suchtpolitik.....	73		
2 Drogenpolitik der Vereinten Nationen.....	74		
3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit.....	80		

1 | Jahreskommentar der Drogenbeauftragten

© Elaine Schmidt



Liebe Leserinnen und Leser,

ein gutes Jahr ist seit der Veröffentlichung des letzten Drogen- und Suchtberichts vergangen. Hinter uns liegt eine ereignisreiche Zeit in der Drogen- und Suchtpolitik: Im Herbst 2016 hat der Deutsche Bundestag dem Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz zugestimmt, Anfang dieses Jahres folgte das sogenannte „Cannabis als Medizin“-Gesetz. Seit März dieses Jahres können schwerkranke Menschen nach ärztlicher Verschreibung in der Apotheke qualitätsgeprüftes und standardisiertes Cannabis erhalten, mit Kostenerstattung der Krankenkassen. Besonders erfreulich für mich: Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit einstimmig beschlossen – das gibt es selten. Im Mai 2017 wurde mit der Zustimmung des Bundesrats auch eine grund-

legende Überarbeitung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung abgeschlossen, die mir seit Jahren sehr am Herzen lag. Ich habe die große Hoffnung, dass es mit dem neuen Substitutionsrecht gelingen wird, mehr Ärzte für diese Behandlungsform zu gewinnen und – das ist das Ziel – mehr Opiatkonsumenten eine neue Perspektive zu geben.

Als Drogenbeauftragte ist es mir wichtig, neue Herausforderungen zu erkennen und sie beherzt anzugehen. Im Dezember 2016 konnte ich gemeinsam mit der Bundesärztekammer die S3-Leitlinie zur Behandlung der Crystal Meth-Abhängigkeit vorstellen, auf deren Grundlage Metamphetamin-Abhängige nun in ganz Deutschland auf der Basis allen verfügbaren Wissens behandelt werden können. Nachdem es 2015 gelungen ist, mehr Mittel für die Crystal Meth-Prävention in den Bundeshaushalt einzustellen, sind mittlerweile auch die Projekte so richtig in Gang gekommen. Zwei mit meinem tschechischen Amtskollegen initiierte Treffen der führenden Experten beider Länder zu Prävention und Behandlung der Crystal Meth-Abhängigkeit haben gezeigt: Durch unser frühzeitiges Handeln sind wir bei Prävention und Behandlung heute ausgezeichnet aufgestellt.

Auch beim Thema Fetales Alkoholsyndrom (FAS/FASD) ist es gelungen, Fachkräften im medizinischen und sozialen Versorgungssystem sowie Betroffenen und ihren Familien mehr Orientierung zu geben. Die S3-Leitlinie zur Diagnose von FAS/FASD wurde fertiggestellt, ebenso unser europaweit einzigartiges Handbuch für Betroffene.

Im Mittelpunkt meiner Arbeit standen 2016 die Herausforderungen, die sich für die Drogen- und Suchtpolitik aus der Allgegenwart der digitalen Medien ergeben: Smartphone, PC und Tablet sind aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken. Sie prägen unseren Alltag wie kaum etwas anderes. Unbestritten sind auch die Chancen, die mit der Digitalisierung einhergehen.

Dabei dürfen wir aber die Risiken dieses Prozesses für die Gesundheit nicht unter den Tisch fallen lassen, sondern müssen ihnen offensiv begegnen. Es ist wissenschaftlich erwiesen: Wenn es an Medienkompetenz mangelt, können digitale Anwendungen eine Vielzahl gesundheitlicher Beeinträchtigungen hervorrufen, Online-Spiele genauso wie soziale Netzwerke. Nach Zahlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weisen etwa 6 Prozent aller Jugendlichen eine behandlungsbedürftige internetbezogene Störung auf, die auch als Internetabhängigkeit bezeichnet wird. Hier ist der Internetkonsum völlig außer Kontrolle geraten, wenig anderes im Leben hat noch Bedeutung – nicht die Schule, nicht die Arbeit, häufig nicht einmal die eigene Familie. Ich habe deshalb den Drogen- und Suchtrat unter Beteiligung der führenden Expertinnen und Experten in diesem Feld gebeten, Empfehlungen für die Politik zu erarbeiten. Das ist geschehen – sie wurden bei meiner Jahrestagung im November 2016 vorgestellt. Seither arbeite ich daran, den Worten Taten folgen zu lassen: Mehr Prävention, ein wirkungsvollerer Jugendschutz im Netz und klare Orientierung für die Eltern in Sachen Medienkonsum – das sind unsere zentralen Maßnahmen für einen sinnvollen und gesunden Umgang mit digitalen Medien.

Anders als in den Vorjahren finden Sie in diesem Band auch ein Sonderkapitel zum diesjährigen Jahresschwerpunkt: Kinder aus suchtblasteten Familien. Drei Millionen Kinder und Jugendliche haben allein in Deutschland mindestens einen suchtkranken Elternteil. Die Auswirkungen auf ihr eigenes Leben, ihre Startbedingungen und ihre Zukunftsperspektiven sind weitreichend. Stigmatisierung, Verunsicherung und die Notwendigkeit, viel zu früh in die Rolle eines Erwachsenen zu schlüpfen, sind nur einige davon. Wir wissen, dass ein erheblicher Teil der betroffenen Kinder aus diesen Gründen später selbst eine Suchterkrankung oder eine andere psychische Störung entwickelt.

Diese Kinder aus dem Schatten holen – das war das Motto meiner Jahrestagung am 19. Juni dieses Jahres. In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Hilfsangebote entstanden, die diese Kinder in den Blick nehmen. Doch noch immer erreichen wir viele Kinder und ihre Eltern nicht. Pädagogische Fachkräfte, die täglich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, brauchen mehr Informationen, um den Hilfebedarf zu erkennen. Der Umgang mit den Kindern und ihren Eltern benötigt besondere Handlungskompetenz. Außerdem müssen die bestehenden Angebote besser ineinandergreifen. Zu viele Kinder fallen noch durch das Hilfenetz. Das darf nicht so bleiben! Kinder aus suchtblasteten Familien brauchen unsere Unterstützung – weil sie die gleichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen haben sollen wie alle anderen Kinder!

Meine Arbeit als Drogenbeauftragte in dieser Legislaturperiode war und ist von vielen berührenden Begegnungen mit Menschen geprägt: mit Betroffenen, ihren Angehörigen und den überaus engagierten Fachkräften in der Prävention, Suchthilfe, Behandlung und Nachsorge. Dafür danke ich herzlich und wünsche mir, dass wir den Menschen und seine Gesundheit in unserer Arbeit weiter in den Mittelpunkt stellen!

Es grüßt Sie herzlich



Marlene Mortler

2 | Einblicke: Die Arbeit der Drogenbeauftragten

Die Arbeit einer Drogenbeauftragten ist vielfältig: Marlene Mortler koordiniert die Drogenpolitik der Bundesregierung, gibt Anstöße, nimmt Empfehlungen der Fachwelt auf und vertritt die Drogenpolitik des Bundes gegenüber Politik, Presse und Öffentlichkeit. Außerdem leitet sie die deutsche UN-Delegation in der Drogenpolitik und nimmt den deutschen Sitz in verschiedenen Gremien und Koordinierungsrunden der Europäischen Union wahr. Als Beratungsgremium steht ihr der Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung zur Seite.

Von Cannabis als Medizin bis zu Schockbildern auf Zigarettenschachteln – viel Neues in der Gesetzgebung

Forderungen zu erheben und neue Regelungen vorzuschlagen – das ist nur eine Seite der Arbeit einer Drogenbeauftragten. Sie muss auch versuchen, dafür Mehrheiten in der Bundesregierung, den Ländern und im Deutschen Bundestag zu erzielen. Hierbei kommt ihr ihre Doppelrolle als Beauftragte der Bundesregierung und Mitglied des Bundestages zugute. Schwerpunkte der politischen Arbeit Marlene Mortlers in den vergangenen Monaten waren die Bereiche Tabak, Cannabis und neue psychoaktive Stoffe (NPS). 2016 und 2017 hat der Bundestag gleich mehrere Gesetzesentwürfe der Bundesregierung in der Tabakpolitik beschlossen, für die sich die Drogenbeauftragte eingehend engagiert hat:

- Seit dem 1. April 2016 dürfen in Deutschland durch eine Änderung des Jugendschutzgesetzes keine elektronischen Zigaretten und E-Shishas mehr an Kinder und Jugendliche verkauft werden.
- Am 20. Mai 2016 ist das Tabakerzeugnisgesetz in Kraft getreten, mit dem unter anderem verpflichtende Bildwarnhinweise auf Zigarettenschachteln eingeführt, eine Vielzahl gesundheitsschädlicher Inhaltsstoffe verboten und nach dem Jugendschutz auch die bestehenden Verbraucherschutzregelungen auf E-Zigaretten ausgedehnt wurden.

- Am 2. Februar 2017 hat die Bundesregierung den Gesetzentwurf zur Ratifikation des Tabaksmuggelprotokolls beschlossen und dem Deutschen Bundestag zur Beschlussfassung übermittelt.

Am 20. Mai 2016 hat das Kabinett auch einen Gesetzentwurf zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes beschlossen, der unter anderem eine weitgehende Beschränkung der Tabakaußenwerbung vorsieht. Hierfür hatte sich die Drogenbeauftragte seit Langem nachdrücklich eingesetzt. Die Zustimmung des Deutschen Bundestages steht bislang noch aus.

Anders ist die Lage beim Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, das am 26. November 2016 in Kraft getreten ist. Mit diesem Regelwerk hat der Gesetzgeber ein neues, wirkungsvolles Instrument zur Bekämpfung des Handels mit neuen synthetischen Drogen geschaffen: Die meisten der Stoffe, die bisher verharmlosend als „Legal Highs“ beworben wurden, sind heute nicht mehr legal. Der Handel kann von Polizei und Zoll unterbunden werden.

Am 10. März 2017 ist das Cannabis-als-Medizin-Gesetz in Kraft getreten, für das sich Marlene Mortler von Beginn der Legislaturperiode an stark engagiert hat: Ärzte können schwerkranken Patienten, wenn es medizinisch indiziert ist, Cannabis in Arzneimittelqualität verschreiben, und das mit Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Mit dem Beschluss des Deutschen Bundestages am 19. Januar 2017 fand eine intensive und überaus sachliche Diskussion im Parlament ihren Abschluss. Das Erfreuliche: Am Ende erhielt der Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit die Zustimmung aller Mitglieder des Parlaments.

Noch in dieser Legislaturperiode soll die 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) in Kraft treten. Das Bundeskabinett hat am 15. März 2017 eine entsprechende Vorlage beschlossen, der Bundesrat am 12. Mai 2017 zugestimmt.



Die Drogenbeauftragte spricht anlässlich der UNGASS-Tagung 2016 vor den Vereinten Nationen | © Loey Felipe

Damit werden die Vorschriften zur Substitution von heroinabhängigen Patienten an den Stand der Forschung und den Bedarf der Praxis angepasst. Ziel ist es unter anderem, die bestehenden Versorgungslücken, etwa im ländlichen Raum, zu schließen. Auch bei dieser Reform ist es gelungen, einen breiten Konsens zwischen Bund, Ländern und Fachwelt herzustellen.

Vereinte Nationen UNGASS – ein neuer Rahmen für die globale Drogenpolitik

„Der Mensch und seine Gesundheit müssen im Mittelpunkt der Drogenpolitik stehen – überall!“ Dies forderte Marlene Mortler als Leiterin der deutschen Delegation bei der UN-Sondergeneralversammlung zum Weltdrogenproblem UNGASS im April 2016. Während viele afrikanische und asiatische Staaten am traditionellen Dreiklang von Angebotsreduzierung, Nachfragereduzierung und internationaler Zusammenarbeit festhalten wollten, konnten sich Deutschland und seine EU-Partner mit der Forderung nach einer Öffnung des Abschlussdokumentes, das zu einer Leitschnur der globalen Drogenpolitik werden soll, durchsetzen. Es enthält jetzt Kapitel zu Menschenrechten, zu neuen Herausforderungen wie NPS und Internethandel und zur alternativen Entwicklung. Marlene Mortler trat insbesondere für eine Stärkung des Gesundheitsschutzes in der Drogenpolitik ein – Sucht ist eine Krankheit und muss entsprechend behandelt werden. Sie forderte zudem Verhältnismäßigkeit bei der Bestrafung, die Abschaffung der Todesstrafe und die Stärkung der alternativen Entwicklung.

Mehr zum Thema internationale Drogenpolitik lesen Sie im Kapitel Internationales.

Jahresschwerpunkt 2016: Internetabhängigkeit

Seit Beginn ihrer Amtszeit setzt Marlene Mortler Jahresschwerpunkte. Es geht darum, mehr Aufmerksamkeit für ein Thema zu schaffen und die Kräfte von Politik und Fachwelt zu bündeln. Nach FAS/FASD und Crystal Meth in den Vorjahren lautete der Jahresschwerpunkt 2016 Internetabhängigkeit.

Die Digitalisierung ist der vielleicht prägendste gesellschaftliche Trend dieses Jahrhunderts. Sie verändert unsere Arbeit, das Miteinander, selbst die Sprache grundlegend. Vieles davon ist faszinierend. Was aber geschieht, wenn die Kontrolle über den Umgang mit digitalen Medien verloren geht? Wie viele Menschen sind davon betroffen? Und was ist zu tun, um einen kontrollierten und selbstbestimmten Umgang mit digitalen Angeboten sicherzustellen? Ohne Frage: Der Jahresschwerpunkt 2016 hat eine gesellschaftliche Debatte ausgelöst – nie zuvor beschäftigten sich auch die Medien so intensiv mit den gesundheitlichen Herausforderungen der Digitalisierung.

Im Rahmen der Jahrestagung am 9. November 2016 – sie stand unter dem Motto www.webholic-suchthilfe.de – Generation internetsüchtig? – wurde der aktuelle Stand des Wissens zusammengetragen:

- Die Drogenaffinitätsstudie 2015 der BZgA, deren Ergebnisse pünktlich zum Termin vorlagen, zeigt, dass fast 6 Prozent der Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren eine behandlungsbedürftige Internetabhängigkeit aufweisen – ein klarer Trend nach oben: Bei der PINTA-Studie im Jahr 2011 waren es noch 2,4 Prozent.



Podiumsdiskussion bei der Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2016 | © Drogenbeauftragte/Grabowsky

- Gleichzeitig konnten Zwischenergebnisse der BLIKK-Studie (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz, Kommunikation) der FH Köln und des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendmediziner vorgestellt werden, nach denen 75 Prozent der Kinder im Alter von 2 bis 4 Jahren bereits bis zu 30 Minuten am Tag mit Smartphones spielen und es erkennbare Zusammenhänge zwischen einer fehlenden Mediennutzungskompetenz und dem Vorliegen von einer Aufmerksamkeitschwäche, Aggressivität sowie Schlafstörungen gibt. Ein weiteres Zwischenergebnis: Die Mehrzahl der Eltern ist bei der Frage, welcher Umgang mit digitalen Medien für ihre Kinder der richtige ist, verunsichert und wünscht sich Unterstützung. Außerdem wurden auf der Jahrestagung Empfehlungen einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Herrn PD Dr. Rumpf (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Integrative Psychiatrie der Universität Lübeck) vorgestellt, die der Drogen- und Suchtrat im September 2016 in ein Maßnahmenpapier zur Prävention von internetbezogenen Störungen überführt hat. Die Drogenbeauftragte hatte die Experten um eine umfassende Analyse des Sachstandes und eine Zusammenstellung wissenschaftsbasierter Politikempfehlungen zu internetbasierten Störungen gebeten.
 - Es ist erforderlich, den Jugendschutz an die Herausforderungen der Digitalisierung anzupassen.
 - Deshalb sollte bei der Alterseinstufung von Onlinemedien künftig nicht mehr nur die Darstellung von Gewalt und Sexualität einbezogen werden. Wichtig ist es auch, suchtfördernde Merkmale zu berücksichtigen.
 - Das gegenwärtige System der Alterseinstufung erweckt bei vielen Eltern den Eindruck, Spiele und andere Anwendungen, die mit der Altersfreigabe „Ab 0 Jahren“ gekennzeichnet sind, seien automatisch auch für Kleinkinder geeignet. Das ist nicht der Fall. Wichtig ist eine Lösung, die Hinweise gibt, inwieweit ein Medium für Kinder in ihrer Entwicklung geeignet ist.
 - Die aktuelle Unterteilung der Altersstufen ist zu grob und orientiert sich zu wenig an den Entwicklungsfortschritten von Kindern und Jugendlichen. Was für eine Elfjährige geeignet ist, muss für einen Sechsjährigen noch lange nicht entwicklungs-gerecht sein. Deswegen brauchen wir feinere Abstufungen.
 - Die Spielewirtschaft muss ihrer Verantwortung bei diesem Thema gerecht werden und Computerspiele suchtmindernd gestalten (zum Beispiel durch die transparente Ausweisung von Geldausgaben in Euro anstatt in fiktiven Spielwährungen oder den Verzicht auf den Verlust von Spielitems oder dem Spielstatus bei längerer Abwesenheit). Fazit: Jugendschutz per Design muss zum Standard werden.
 - Erforderlich sind der bundesweite Ausbau von Informationsangeboten zum Thema Medienkompetenz und Internetabhängigkeit in Schulen, Kindergärten und Erziehungsberatungsstellen und eine bessere finanzielle Ausstattung für Angebote zur
- Auf dieser Grundlage hat Marlene Mortler im Rahmen der Jahrestagung eine Reihe politischer Forderungen formuliert:
- Wir brauchen eine Forschungsstrategie des Bundes zu den individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Digitalisierung. Hierzu gehört auch das Themenfeld Internetabhängigkeit.

Frühintervention und zur Behandlung bei Internetabhängigkeit.

Der Beschluss des Drogen- und Suchtrates zur „Prävention internetbezogener Störungen“ ist abrufbar unter:

http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2016/2016_3/Reinschr.Beschlussfassg.-AG-Online-sucht.pdf



Die Drogenbeauftragte im Gespräch bei der Jahrestagung 2016, bei der Projekte aus dem ganzen Bundesgebiet über ihre Beratungs- und Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern informierten | © Drogenbeauftragte/Grabowsky

Die Drogenbeauftragte hat eine Übersichtsseite mit Links zu Beratungs- und Hilfsangeboten für Eltern und Betroffene geschaltet:

<http://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-abhaengigkeiten/computerspiele-sucht-und-internetsucht/webholic-themenseite.html>

Mehr zum Thema Internetabhängigkeit lesen Sie im Kapitel Suchtstoffe, Suchtformen und Regulierung.

FASD: Diagnose und Unterstützung

Im ersten Jahr ihrer Amtszeit rückte Marlene Mortler die Folgen des Alkoholkonsums in den Mittelpunkt ihrer Arbeit: Jedes Jahr kommen Schätzungen zufolge in Deutschland etwa 10.000 Babys mit alkoholbedingten Schädigungen (sogenannte fetale Alkoholspektrum-Störungen – FASD) auf die Welt, mehr als 2.000 von ihnen mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS). Ein Ergebnis des Jahresschwerpunktes 2014 war die Feststellung, dass ein großer Teil der jungen Patientinnen und Patienten nicht richtig diagnostiziert wird. Eine frühe, korrekte Diagnose ist jedoch wichtig, um die betroffenen Kinder und Jugendlichen adäquat zu fördern und ihnen ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen. Aus diesem Grund hat sich die Drogenbeauftragte sehr für

Sommerreise der Drogenbeauftragten zum Jahresschwerpunkt Internetabhängigkeit

Auch die Sommerreise der Drogenbeauftragten stand im Zeichen des Jahresschwerpunktes zur Internetabhängigkeit. Marlene Mortler besuchte unter anderem die Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, in der sie mit jungen Männern ins Gespräch kam, die von Internetspiel- und Internetaufsucht betroffen sind. Außerdem wurde ihr der Stand der Forschung zu den neurobiologischen Hintergründen der Abhängigkeit von digitalen Angeboten erläutert: Was ist im Gehirn eines Menschen eigentlich geschehen, der es nicht mehr schafft, die Welt eines Rollenspiels zu verlassen? Es folgten Besuche bei der Drogenhilfe Köln, die über langjährige Erfahrungen in der Prävention von exzessiver Mediennutzung verfügt und umfassende ambulante Beratungsangebote bietet. Bei Auxilium Reloaded in Dortmund informierte sich Marlene Mortler über die

Erfahrungen des bundesweit ersten Wohngruppenangebotes für internetabhängige Jugendliche. Dabei betonten die Experten, dass das Therapieziel im Bereich der Internetabhängigkeit nicht Abstinenz lauten könne, sondern Medienkompetenz.



Die Drogenbeauftragte beim Besuch der Medizinischen Hochschule Hannover | © Drogenbeauftragte/Pietsch

die Entwicklung einer medizinischen Leitlinie zur FASD-Diagnostik eingesetzt, welche dann durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert worden ist. 2016 konnte die S3-Leitlinie fertiggestellt und der Fachwelt präsentiert werden. Anhand der entwickelten standardisierten Kriterien können betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland besser diagnostiziert und gefördert werden. Fehldiagnosen der Kinder und Komplikationen von FASD können vermieden und Pflege-, Adoptiv- und leibliche Eltern in geeigneter Form unterstützt werden. Die Leitlinie kann in einer Kurz- sowie in einer Langfassung abgerufen werden: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>

Außerdem konnte Marlene Mortler 2016 gemeinsam mit dem Evangelischen Sonnenhof e. V. in Berlin ein von der Drogenbeauftragten unterstütztes und am Sonnenhof entwickeltes Handbuch vorstellen – das erste in Deutschland, das sich direkt an von FASD betroffene Menschen richtet. Bisher fehlte es an konkreten Unterstützungsangeboten, die den Betroffenen helfen, ihren Alltag besser zu bewältigen. Diese Lücke wurde mit dem Handbuch geschlossen. Es informiert nicht nur über die Erkrankung, sondern gibt auch praktische Tipps für das Zusammenleben mit anderen Menschen. An der Erarbeitung des Handbuchs haben Erwachsene mit FASD ebenso mitgewirkt wie ihre Betreuerinnen und Betreuer.

Mehr zum Thema FASD lesen Sie im Kapitel Suchtstoffe, Suchtformen und Regulierung.

Crystal Meth: Prävention und Behandlung

Auch der Jahresschwerpunkt 2015 zu Crystal Meth wird fortgeführt. Eine Kernaussage der Drogenbeauftragten im Rahmen der damaligen Jahrestagung war: Methamphetamin-Abhängigkeit ist behandelbar. Klar wurde aber auch, dass vielerorts erhebliche Unsicherheiten über die richtige Art der Behandlung bestehen. Am 2. Dezember 2016 konnte Marlene Mortler gemeinsam mit der Bundesärztekammer und führenden Suchtmedizinern die weltweit erste S3-Leitlinie zur Behandlung von Methamphetamin-Abhängigkeit vorstellen. Diese soll den Berufsgruppen im Gesundheitswesen mehr Handlungssicherheit im Umgang mit akut intoxikierten oder abhängigen Patienten geben. Die Leitlinie – das Bundesministerium für Gesundheit

hatte ihre Erstellung finanziell ermöglicht – unterstützt die behandelnden Ärzte und Therapeuten dabei, die richtige Behandlung für Abhängige zu finden.



Pressekonferenz zur Vorstellung der S3-Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen |
© Drogenbeauftragte/Altenburg

Die Leitlinie kann in einer Kurz- sowie in einer Langfassung abgerufen werden:
www.crystal-meth.aeqz.de

Die Präsentation war eingebettet in ein deutsch-tschechisches Symposium zur Prävention und Behandlung der Methamphetamin-Abhängigkeit, das auf gemeinsame Initiative der Drogenbeauftragten und ihres tschechischen Amtskollegen Jindřich Vobořil durch die Frankfurt University of Applied Sciences ausgerichtet wurde. Für zwei Tage trafen sich in Berlin führende Suchtexperten beider Länder, um ihre Erfahrungen zum Thema Crystal Meth auszutauschen. Für die meisten von ihnen war es die erste Gelegenheit dieser Art. Wie verbreitet ist der Konsum von Crystal Meth auf der anderen Seite der Grenze? Welche Konsumentengruppen sind jeweils bekannt? Welche Maßnahmen zur Prävention und Behandlung haben sich als sinnvoll erwiesen? Anders als in Deutschland ist die Substanz in Tschechien seit über 40 Jahren unter dem Namen Pervitin als Rauschmittel verbreitet – die Erfahrungen sind umfassend. Im Rahmen einer Abendveranstaltung informierten die Experten auf Einladung der Drogenbeauftragten auch interessierte Mitglieder des Deutschen Bundestages über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Die Kooperation zwischen Deutschland und Tschechien wurde auch 2017 fortgesetzt. Am 9. und 10. Mai trafen sich die beteiligten Fachleute

erneut, diesmal in Prag. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei Prävention und Behandlung der Methamphetamin-Abhängigkeit zu stärken – auch das war ein Ergebnis der Jahrestagung 2015.

Mehr zum Thema Crystal Meth können Sie im Kapitel Suchtstoffe, Suchtformen und Regulierung lesen.

Impulse für eine bessere Teilhabe suchtkranker Menschen

Von Beginn an hat Marlene Mortler das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel, ein modernes Teilhaberecht für Menschen mit Behinderungen in Form eines Bundesteilhabegesetzes zu entwickeln, sehr begrüßt. Ihr zentrales Anliegen als Drogenbeauftragte war die Einbeziehung von suchtkranken Menschen. Diese sollen genauso wie Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen unterstützt werden.

Auf ausdrücklichen Wunsch der Drogenbeauftragten beschäftigte sich seit 2014 eine eigens gegründete Arbeitsgruppe des Drogen- und Suchtrats unter Leitung des Geschäftsführers der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) Dr. Raphael Gaßmann mit dem Thema „Teilhabe am Arbeitsleben“. Die Arbeitsgruppe verabschiedete zentrale Empfehlungen für Maßnahmen zur Unterstützung von Suchtkranken im Arbeitsleben, die durch die Drogenbeauftragte, wo immer möglich, aufgegriffen wurden. Diese umfassen unter anderem:

- passgenaue Leistungen zur Förderung der beruflichen Integration in Arbeit und gezielte Vermittlungsaktivitäten für arbeitslose suchtkranke Menschen, die potenziell in den ersten Arbeitsmarkt integrierbar sind, dazu aber eine gezielte Unterstützung und Förderung benötigen,
- eine Vernetzung arbeitsmarktpolitischer Instrumente mit sozial integrativen und kommunalen Angeboten im Rahmen einer ganzheitlich ausgerichteten Integrationsstrategie für arbeitslose suchtkranke Menschen,
- die Öffnung von Inklusionsbetrieben (vormals Integrationsbetriebe) für Suchtkranke.

Die letzte dieser Forderungen konnte mit Unterstützung der Drogenbeauftragten umgesetzt werden: So hat der Bundestag 2016 beschlossen, die Förderung von Inklusionsfirmen um zusätzlich 150 Millionen Euro für

die nächsten drei Jahre aufzustocken und diese Betriebe für mehr Menschen zu öffnen. Damit erhalten auch mehr Menschen mit Suchterkrankungen die Chance, den Weg zurück ins Arbeitsleben zu finden. Einrichtungen der Suchthilfe sind aufgefordert, verstärkt den Kontakt zu Inklusionsbetrieben aufzunehmen und mit diesen zu kooperieren.

Mehr zum Thema Teilhabe lesen Sie im Kapitel Rahmenbedingungen und Politik.

Nichtraucherschutz „Rauchfrei unterwegs – Du und Dein Kind“



Jedes Jahr sterben über 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, knapp 3.000 davon durch die Folgen des Passivrauchens. Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche – sie atmen schneller, bauen Schadstoffe aber zugleich langsamer ab als Erwachsene. Rauchen ist insbesondere im Auto und in geschlossenen Räumen ein gesundheitliches Risiko für Kinder, weil sie dem gefährlichen Dunst dort nicht entgehen können und die Konzentration der giftigen Schadstoffe schon nach einer Zigarette erheblich ist. Eine Untersuchung im Jahr 2015 ergab, dass noch immer etwa 1 Million Kinder in Deutschland in Autos den Folgen des Passivrauchens ausgesetzt sind.

Aus diesem Grund startete die Drogenbeauftragte im Sommer 2016 gemeinsam mit vielen Partnern aus Medizin, Kinderschutz und Mobilität die bundesweite Informationskampagne „Rauchfrei unterwegs – Du und Dein Kind“. Mittlerweile unterstützen die Kampagne:

- ACE Auto Club Europa
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
- Bundesärztekammer



- Bundeselternrat
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
- Deutscher Städte- und Gemeindebund
- Deutsches Kinderhilfswerk
- Deutsches Krebsforschungszentrum
- Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e. V.
- Rolf Zuckowski

Alle Partner haben über ihre Social-Media-Kanäle und ihre Pressestellen auf die Aktion hingewiesen, es wurden eine Million Infolyer gedruckt und es können umfangreiche Informationsmaterialien (zum Beispiel Plakat, Faktensammlung, Aufkleber) über den Publikationsversand der Bundesregierung bestellt werden. Viele weitere Akteure wie der Deutsche Hebammenverband und der Deutsche Landkreistag befürworten die Kampagne ebenfalls und unterstützen die Drogenbeauftragte bei der Ansprache der Eltern.

Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage der GfK im Frühjahr 2017 ergab, dass bislang etwa 20 Prozent aller Deutschen von der Kampagne erreicht worden sind.

Drogenkonsum in den Medien

Seit 2015 häufen sich im Arbeitsstab der Drogenbeauftragten die Beschwerden von Bürgerinnen und Bürgern über die offensive Darstellung von legalen und illegalen Drogen im Fernsehen, und zwar sowohl in privaten als auch in öffentlich-rechtlichen Formaten, häufig weit über die sogenannten „milieutypischen Darstellungen“ hinaus. Auch in Filmen, teilweise sogar mit Altersfreigabe ab 12, wird gekifft, geraucht, getrunken. Weltweit belegen Studien den Einfluss von Filmen und Serien auf die Meinungsbildung gerade bei jungen Zuschauern. In einer aktuellen Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Thema Tabak geben 37 Prozent der jungen Raucherinnen und Raucher in den USA an, nur zu rauchen, weil ihnen dies in Film und Fernsehen vorgelebt werde. Aus anderen Studien wissen wir: Je häufiger Jugendliche in Film und Fernsehen Menschen rauchen sehen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie selber zur Zigarette greifen.

Ob das Fernsehen das Suchtverhalten junger Menschen durch die Platzierung von Suchtstoffen in Unterhaltungsproduktionen oder die Aufnahme entsprechender Werbebeiträge fördert oder nicht – dies liegt nicht in der Hand der Politik. Hier sind die Entscheidungsträger der öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten und der privaten Fernsehsender gefragt. Aus diesem Grund hat sich die Drogenbeauftragte im Herbst 2016 mit führenden Vertretern der deutschen Film- und Fernsehlandschaft zum Dialog getroffen und nachdrücklich mehr Zurückhaltung und Sensibilität beim Drogenkonsum in Film und Fernsehen eingefordert.

Suchtprävention – vom Kommunalen Wettbewerb bis Alkoholfrei Sport genießen

Die Präventionsarbeit ist in den letzten Jahren zu einem der erfolgreichsten Pfeiler der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland geworden. Der Drogenbeauftragten ist es ein zentrales Anliegen, die bestehenden Maßnahmen sichtbar zu machen und zu stärken.

Entscheidenden Anteil an der Suchtprävention haben unsere Städte, Gemeinden und Landkreise. Auf Anregung der Drogenbeauftragten hat die Bundeszentrale



Das Patenschaftsprojekt „Vergiss mich nicht“ aus Berlin ist einer der Preisträger des Wettbewerbs Kommunale Suchtprävention 2015/2016 | © BZgA

für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den 7. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ ausgeschrieben. Ziel war es, vorbildliche innovative Ansätze und Projekte der Suchtvorbeugung herauszustellen und andere Kommunen zur Nachahmung zu motivieren. Mit dem Motto „Innovative Suchtprävention vor Ort“ sind beispielsweise Aktivitäten gemeint, die bislang wenig im Fokus stehende Suchtstoffe in den Blick nehmen, neue Zielgruppen ansprechen, andere Zugangswege, wie zum Beispiel soziale Medien, nutzen oder bisher wenig eingebundene Kooperationspartner beteiligen. Insgesamt haben 68 Städte, Gemeinden und Kreise aus dem gesamten Bundesgebiet Wettbewerbsbeiträge eingereicht. Es konnte ein Preisgeld in Höhe von insgesamt 60.000 Euro ausgelobt werden. Zudem gab es einen Sonderpreis in Höhe von 10.000 Euro der gesetzlichen Krankenkassen.

Informationen zum „Bundeswettbewerb Kommunale Suchtprävention“ finden sich unter:

www.kommunale-suchtpraevention.de

Eine Vielzahl weiterer Projekte versucht Marlene Mortler durch die Übernahme von Schirmherrschaften zu würdigen und zu stärken. Dabei werden die fachliche Qualität, die bundespolitische Bedeutung oder auch ein besonderer Modellcharakter des betreffenden Vorhabens berücksichtigt. Einige Beispiele:

- Kampagne „bunt statt blau“ (seit 2014)
- „Klasse 2000“ (seit 2014)
- Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e. V. (seit 2014)
- „Hackedicht – Schultour der Knappschaft“ (seit 2015)
- Deutscher Reha-Tag (2016)
- Aktionswoche Sucht „Gib 8 auf Dich“ (2016)
- Aktionsbündnis „Alkoholfrei Sport genießen“ (2016)



Preisträger des Plakatwettbewerbs „bunt statt blau“ 2016 |
© BMG/Schinkel



Die Partner des Aktionsbündnisses „Alkoholfrei Sport genießen“ |
© BMG/Hans-Joachim Zylla



3 | Fakten, Trends und Politik

1 Rahmenbedingungen und Politik

1.1 Nationale Strategie – Die vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik

Sucht und Abhängigkeitserkrankungen sind gesamtgesellschaftliche Herausforderungen, die im Interesse der betroffenen Menschen ein Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte erfordern.

In der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik aus dem Jahr 2012 werden die Grundlagen der übergreifenden nationalen Ausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik beschrieben.

„Die Strategie von 2012 ist auch heute noch unser Kompass für die Drogen- und Suchtpolitik. Mittlerweile ist es auch international gelungen, den breiten Ansatz aus Prävention, Schadensminderung, Behandlung und Strafverfolgung zum Maßstab zu machen.“
Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung

In unserem föderalen System ist eine Vielzahl von Akteuren im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe engagiert. Das Spektrum reicht von den Kommunen über die Länder bis zum Bund und den Sozialversicherungen (gesetzliche und private Krankenversicherung, Rentenversicherung, aber auch Unfallversicherung). Hinzu kommen die Leistungserbringer auf vielen verschiedenen Ebenen: Ärzte, Apotheker, Psychologen oder Psychotherapeuten, die Suchthilfeeinrichtungen und Sozialverbände, die Erziehungs- und Familienberatung, die Selbsthilfe und nicht zuletzt eine Vielzahl von Menschen der Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Psychiatrie, in den Schulen, den Betrieben, der Wirtschaft etc. Diese Vielfalt der Akteure erfordert eine umfassende Koordinierung und Vernetzung. Gleichzeitig ist aber auch jeder Einzelne gefordert, Verantwortung für das eigene Verhalten und die eigene Gesundheit zu übernehmen. Eltern und alle Erwachsenen haben eine wichtige Vorbildfunktion für Kinder und Jugendliche.

Sucht ist kein Randproblem der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland. Abhängigkeit von Suchtmitteln und Suchtverhalten sind häufig mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden und betreffen den Abhängigen ebenso wie Familienangehörige, Freunde oder Kollegen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können. Der Sucht liegt meist ein komplexes Geflecht aus individuellen Vorbelastungen, bestimmten Lebensumständen, Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen, Störungen im emotionalen Gleichgewicht, dem Einfluss wichtiger Bezugspersonen und der Verfügbarkeit von Suchtstoffen zugrunde.

Die Wirkung psychoaktiver Stoffe kann zu dauerhaften Veränderungen im Gehirn führen, wodurch Verhaltensänderungen deutlich erschwert werden. Ein Ausstieg aus der Sucht eröffnet aber neue Lebensperspektiven und die Möglichkeit, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Lebenszufriedenheit zu verbessern. Von daher muss es das Ziel sein, jedem Einzelnen bei der Überwindung seiner Abhängigkeit zu helfen.

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik verfolgt einen integrativen Ansatz der Suchtpolitik. Anders als in vielen anderen europäischen Ländern werden legale wie illegale Suchtstoffe gemeinsam in den Blick genommen; die Suchtpolitik orientiert sich nicht an einzelnen Suchtstoffen, sondern an den Bedürfnissen des einzelnen Menschen. Die Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland umfasst vier Ebenen: Prävention, Beratung und Behandlung sowie Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung und Repression bzw. Regulierung.

Prävention: Präventionsmaßnahmen dienen dazu, durch Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittels oder Drogenkonsums dafür zu sorgen, dass es gar nicht erst zu einem gesundheitsschädlichen Konsum oder einer Sucht kommt. Besonders wichtig ist Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Je früher es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Maßnahmen der Präventi-

on und Gesundheitsförderung zu erreichen, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein problematisches Konsumverhalten verhindert werden kann.

Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg: Beratungs- und Behandlungsangebote sind notwendig, um Suchtkranken beim Ausstieg aus dem Kreislauf der Sucht zu helfen. Vielfältige Angebote ambulanter und stationärer Hilfen existieren bereits in Deutschland. Diese gilt es zu erhalten und zu stärken, damit jeder Suchtkranke das Angebot zur Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen kann, das er benötigt.

Maßnahmen zur Schadensreduzierung: Überlebenshilfen oder Maßnahmen zur Schadensminimierung wie zum Beispiel Drogenkonsumräume mit Angeboten zum Spritzentausch stabilisieren die gesundheitliche und soziale Situation des Suchtkranken. Sie können eine wichtige Voraussetzung für einen späteren Ausstieg aus der Sucht sein.

Repression und Regulierung: Ein weiteres Element der Drogen- und Suchtpolitik sind gesetzliche Regulierungen zur Angebotsreduzierung und allgemeine Verbote. Dazu gehören beispielsweise Nichtraucherschutzgesetze, das Jugendschutzgesetz und das Betäubungsmittelrecht. Von großer, auch internationaler Bedeutung ist die Bekämpfung der Drogenkriminalität.

Suchtprävention

Jährlich sterben in Deutschland 120.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums, weitere 40.000 Menschen sterben an den Auswirkungen schädlichen Alkoholkonsums und etwa 1.300 Todesfälle sind direkt auf den Konsum illegaler Drogen zurückzuführen. Neben Suchttherapie und Repression ist daher Suchtprävention zentraler Bestandteil einer umfassenden Sucht- und Drogenpolitik, denn zielgerichtete und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützte Suchtprävention leistet einen bedeutsamen Beitrag dazu, die Gesundheit der Bevölkerung zu steigern, die gesellschaftlichen Kosten zu senken und die Lebensqualität zu erhöhen. Der Stellenwert der Suchtprävention zeigt sich unter anderem darin, dass die Nationale Strategie

zur Drogen- und Suchtpolitik mit ihren konkreten Maßnahmen und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention in eine übergreifende nationale Präventionsstrategie eingebettet werden soll. Vorrangiges Ziel von Suchtprävention ist es, die Gesundheit jedes Einzelnen zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch und Abhängigkeit entgegenzuwirken. Der Fokus der nationalen Suchtprävention liegt dabei entsprechend den beiden Nationalen Gesundheitszielen „Tabakkonsum reduzieren“ und „Alkoholkonsum reduzieren“ auf den legalen und weitverbreiteten Substanzen Tabak und Alkohol.

Neben der Vermeidung bzw. Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Drogen sind die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten und die Reduzierung von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit wichtige Ziele der Suchtprävention. Verschiedene repräsentative Bevölkerungsbefragungen (Drogenaffinitätsstudie, Epidemiologischer Suchtsurvey, GEDA etc.), die deutschlandweit in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden, zeigen, inwieweit sich der Suchtmittelkonsum verändert und die Ziele der Suchtprävention erreicht werden.

Moderne Suchtprävention erreicht Zielgruppen systematisch in ihren Lebenswelten und ist bestrebt, eine gesundheitsförderliche Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen zu bewirken. Dabei wird vorrangig ein salutogenetischer Ansatz im Sinne einer Ressourcenstärkung, also Lebenskompetenz- und Risikokompetenzstärkung, verfolgt.

Maßnahmen der Suchtprävention fallen in die Zuständigkeit der Ministerien auf Bundes- und Landesebene und werden insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Länder, die kommunale Ebene und die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger umgesetzt.

Bundesweite Maßnahmen der Suchtprävention sind zum Beispiel die entsprechend dem Public Health Action Cycle und den Maßgaben des Social Marketings

entwickelten, wissenschaftlich fundierten Mehr-Ebenen-Kampagnen der BZgA. Vor dem Hintergrund der Entwicklung des Kommunikationsverhaltens stellt dabei in jüngster Zeit gerade die Internetkommunikation – neben der Massen- und Personalkommunikation – sicher, dass große Bevölkerungsteile erreicht werden können. Ergänzend wird der Settingansatz verfolgt, um Menschen in ihren Lebenswelten – wie Kindergarten, Schule und Betrieb – direkt und persönlich zu erreichen.

Zur Koordinierung von bundes- und landesweiten Maßnahmen der Suchtprävention ist im Jahr 1992 der „BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention“ eingerichtet worden. Aufgabe des zweimal jährlich tagenden Gremiums ist die Optimierung der Vernetzung der Akteurinnen und Akteure auf Bundes- und Landesebene. Der Kooperationskreis organisiert regelmäßig bundesweite Fachtagungen zum Thema Qualitätssicherung in der Suchtprävention, um den Austausch von Forschungs- und Praxiswissen zu fördern und moderne Instrumente der Qualitätssicherung in der Suchtprävention noch bekannter zu machen und zu implementieren. Das Netzwerk PrevNet ist wie das bundesweite Dokumentationssystem Dot.sys ein weiteres Kooperationsprojekt des Bundes und der Länder. Im PrevNet-Portal werden Maßnahmen zur Suchtvorbeugung von Bund und Ländern präsentiert und Fachkräfte bundesweit miteinander vernetzt. Verfügbare Informationen über Einrichtungen, Aktivitäten, Akteure, Studien und Materialien der Suchtprävention werden somit gebündelt zur Verfügung gestellt. Mit Dot.sys dokumentieren Fachkräfte der Suchtprävention jährlich ihre suchtpreventiven Aktivitäten vor Ort. Dot.sys ermöglicht damit eine Übersicht über die bundesweit durchgeführten Maßnahmen der Suchtprävention, wobei die Fachkräfte in den Kategorien universelle, selektive und indizierte Prävention, Substanzen, Ziele und Settings dokumentieren. Alkohol ist dabei die mit Abstand am häufigsten thematisierte Substanz, gefolgt von Tabak und Cannabis.

www.prevnet.de

www.dotsys-online.de

Präventionsgesetz

Die Prävention von Suchterkrankungen ist ein Querschnittsthema im Präventionsgesetz. Präventionsmaßnahmen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und dazu beitragen, Risikofaktoren zu vermeiden sowie individuelle gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Mit folgenden Regelungen im Präventionsgesetz wird der Suchtprävention Rechnung getragen:

- Die Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung werden vom GKV-Spitzenverband im sogenannten „Leitfaden Prävention“ für alle Krankenkassen verbindlich festgelegt. Dabei wird auch wissenschaftlicher Sachverstand aus der Suchtforschung einbezogen. Bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien berücksichtigt der GKV-Spitzenverband auch die bislang vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entwickelten Ziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Zwei der insgesamt neun Gesundheitsziele dienen der Suchtprävention: Tabakkonsum reduzieren und Alkoholkonsum reduzieren. Dazu gehören zum Beispiel Kurse zur Förderung des Nichtrauchens im privaten Bereich oder im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Suchtprävention ist aber auch übergreifendes Thema in nicht betrieblichen Lebenswelten, etwa indem das Selbstbewusstsein von Kindern in der Kita gestärkt wird, um späteren Gefährdungen widerstehen zu können.
- Um gezielt Interventionen in den Lebenswelten der Menschen, also in Kitas, Schulen, Städten und Gemeinden ebenso wie in Betrieben und Pflegeeinrichtungen, zu unterstützen, sieht das Präventionsgesetz eine Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung, von Bund und Ländern und weiterer relevanter Akteure unter dem Dach der Nationalen Präventionskonferenz vor. Diese Nationale Präventionskonferenz hat im Februar 2016 die ersten trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mit den drei Zielen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ verabschiedet, die

für alle Leistungsträger und Verantwortlichen in den Lebenswelten wegweisend sind. Die Prävention von Suchterkrankungen ist bei allen drei Zielen integraler Bestandteil.

- Auch die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene können zukünftig gezielt die Prävention von Suchterkrankungen unterstützen, indem der untersuchende Arzt verstärkt ein Augenmerk auf die gesundheitlichen Belastungen und Risiken des Einzelnen hat wie beispielsweise einen riskanten Alkoholkonsum oder das Rauchen. Die Ärztin oder der Arzt kann dann entsprechend beraten und eine Präventionsempfehlung geben, etwa für einen Kurs zur Förderung des Nichtrauchens.

Behandlung, Schadensminimierung und Strafverfolgung

Neben der Prävention zählen Behandlung, Schadensminimierung und Strafverfolgung zu den vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland.

Menschen mit Suchterkrankungen steht ein flächendeckendes Hilfesystem zur Verfügung. Dazu gehören niedrigschwellige Beratung, Akutbehandlung und Rehabilitation. Etwa 1.400 Beratungsstellen, 300 psychiatrische Kliniken und Institutsambulanzen, ca. 320 Rehabilitationseinrichtungen sowie rund 8.700 Selbsthilfegruppen bilden zusammen mit den niedergelassenen Ärzten sowie Wohn- und Sozialtherapieeinrichtungen ein differenziertes Suchthilfesystem (DHS, 2017).

Zur Schadensminimierung zählen Maßnahmen, die die mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken mindern sollen. Damit wird insbesondere die Vermeidung von Infektionskrankheiten etwa durch Spritzentausch und Drogenkonsumräume angestrebt.

Weiterlesen

Mehr zu den Themen Behandlung, Schadensminimierung und Strafverfolgung lesen Sie im Kapitel „Suchtstoffe, Suchtformen, Regulierungen“.

1.2 Teilhabe

Arbeit und Beschäftigung sind zentrale Lebens- und Teilhabebereiche in unserer Gesellschaft. Somit spielt der Erhalt des Arbeitsplatzes bei berufstätigen wie auch die berufliche Wiedereingliederung bei arbeitslosen, suchtkranken Menschen eine bedeutsame Rolle. Studien zufolge wirkt sich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Ausbildung oder Qualifizierung stabilisierend auf den Erfolg einer Suchthilfemaßnahme aus (DHS, 2017).

Der Anteil erwerbsloser Menschen in der stationären Suchtkrankenhilfe liegt unter Alkoholabhängigen bei 43 %, unter Opiatabhängigen sogar bei 63 % (Deutsche Suchthilfestatistik). Der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben wird erschwert, wenn neben der Suchterkrankung zusätzliche Hemmnisse wie weitere körperliche oder psychische Erkrankungen (Komorbidität) oder eine fehlende Ausbildung vorliegen. Eine von der Drogenbeauftragten eingesetzte Arbeitsgruppe des Drogen- und Suchtrats hat Empfehlungen zur besseren Teilhabe von Menschen mit Suchterkrankungen erarbeitet, die passgenaue Angebote zur Förderung der beruflichen Integration und eine Vernetzung arbeitsmarktpolitischer Instrumente mit sozial integrativen und kommunalen Angeboten vorsehen. Ein Teil der Empfehlungen konnte bereits umgesetzt werden, indem die Belange suchtkranker Menschen in arbeits- und sozialpolitische Gesetzesvorhaben auf Bundesebene integriert wurden.

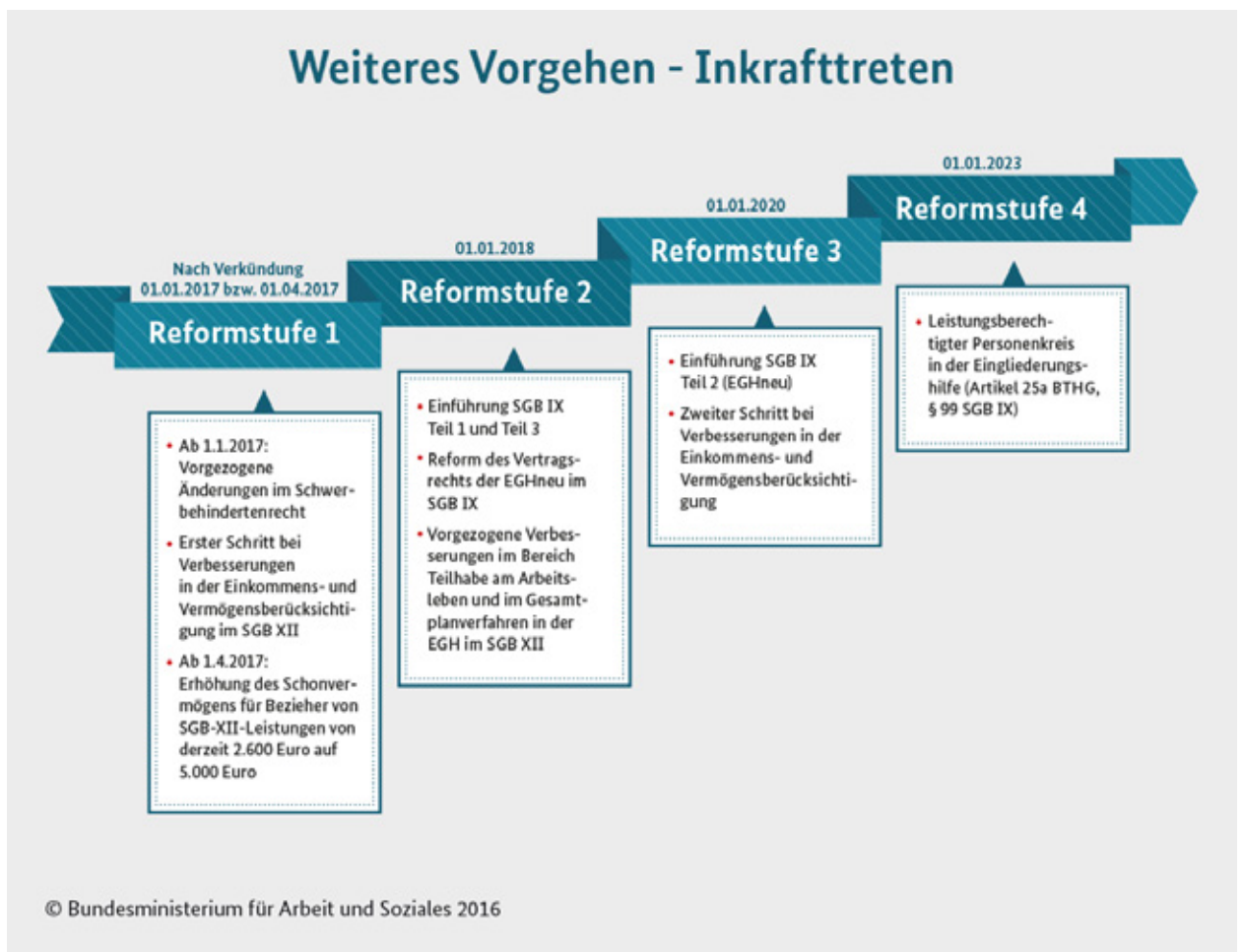
Bundesteilhabegesetz

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird eine der großen sozialpolitischen Reformen dieser Legislaturperiode umgesetzt. Das BTHG verpflichtet die Träger von Reha-Maßnahmen (wie zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung), frühzeitig drohende Behinderungen zu erkennen und gezielt Maßnahmen zu ergreifen. Ziel ist es, dem Eintritt einer chronischen Erkrankung oder Behinderung durch geeignete präventive Maßnahmen entgegenzuwirken und die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu sichern.

Zur Unterstützung dieser gesetzlichen Pflicht sieht das BTHG ab 2018 die Förderung von auf fünf Jahre befristeten Modellvorhaben mit einem Finanzvolumen von insgesamt einer Milliarde Euro bei den Jobcentern (im Rechtskreis SGB II) und der gesetzlichen Rentenversicherung (im Rechtskreis SGB VI) vor.

Die Jobcenter und Rentenversicherungsträger sollen Aktivitäten entwickeln, um den Eintritt einer Behinderung oder chronischen Krankheit zu vermeiden. Im Rahmen der Modellvorhaben soll das Augenmerk auf komplexe Krankheitsbilder gerichtet werden. Damit soll insbesondere auch den psychischen Beeinträchtigungen einschließlich Suchterkrankungen Rechnung getragen werden. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage

aufgrund psychischer Erkrankungen ist in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen. Für einen bedeutenden Anteil an Fehltagen sind Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit verantwortlich. So standen im Jahr 2014 beispielsweise Alkoholerkrankungen bei Männern mit knapp sieben Prozent an dritter Stelle der häufigsten Ursachen für psychisch bedingte Krankenschreibungen. Nicht nur erwerbstätige, sondern auch arbeitslose Menschen leiden unter psychischen Störungen und Suchtmittelkonsum. So ist bei mehr als einem Drittel der SGB-II-Leistungsbezieher innerhalb eines Jahres mindestens eine psychische Beeinträchtigung festgestellt worden. Alkoholerkrankungen sind nach Depressionen bei Männern der zweithäufigste Grund für eine psychisch bedingte Frührente.



Die Modellvorhaben sollen vor dem Eintritt von Rehabilitationsbedarfen, von Erwerbsminderungsrenten oder Übergängen in Werkstätten für behinderte Menschen ansetzen und neue Wege entwickeln und erproben. Die beiden sozialrechtlichen Grundprinzipien „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ zur frühzeitigen Vermeidung von Zugängen in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungshilfe erfahren damit eine wesentliche Stärkung. Davon sollen auch Menschen mit Suchterkrankungen bzw. -gefährdungen profitieren.

Teilhabeberatung

Das Ziel einer besseren Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger wird mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) konsequent weiterverfolgt. Insbesondere das trägerübergreifende und partizipative Teilhabeplanverfahren sowie die Einführung eines ergänzenden, von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängigen Teilhabeberatungsangebotes sollen künftig deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten, die Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihren Angehörigen als niedrigschwellige Angebote bundesweit zur Verfügung stehen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erarbeitet derzeit die notwendigen Voraussetzungen und Details für die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, damit die Förderung mit Inkrafttreten der Regelung des neuen § 32 SGB IX zum 1. Januar 2018 beginnen kann.

Grundsätzlich gefördert werden von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige regionale Beratungsangebote, die bestehende Beratungsangebote ergänzen. Die Beratungsmethode des „Peer Counseling“, die Ratsuchende ermächtigt, mehr Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung wahrzunehmen, ist ein besonderes Förderkriterium und wird Menschen mit Behinderungen künftig eine deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung soll insbesondere im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen den Ratsuchenden die notwendige Orientierung zur Erkennung von Teilhabemöglichkeiten geben.

Die Förderung in Höhe von jährlich 58 Millionen Euro erfolgt aus Bundesmitteln und ist zunächst bis zum 31. Dezember 2022 befristet.

Gleichwohl sind die Rehabilitationsträger, wie alle Leistungsträger nach § 14 SGB I, auch weiterhin zur umfassenden Beratung der Leistungsberechtigten verpflichtet und nach § 12 SGB IX nunmehr aufgefordert, hierzu untereinander vernetzte Ansprechstellen einzurichten. Diese Verpflichtung tritt an die Stelle der bisherigen Gemeinsamen Servicestellen und ist aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung der einzelnen Rehabilitationsträger verbindlicher als die bisherige Regelung. Die Verpflichtung nach § 12 SGB IX umfasst zukünftig auch die Jobcenter, obwohl sie keine Rehabilitationsträger sind, um Lücken in der Beratung und Vernetzung zu schließen.

Nach § 12 SGB IX müssen die Rehabilitationsträger innerhalb ihrer Organisationen entscheiden, welche Stelle im Sinne einer Auskunft- oder Kontaktstelle für die Vermittlung der Informationsangebote verantwortlich ist. Hiervon wird auch die Kommunikation mit anderen Rehabilitationsträgern und mit Arbeitgebern umfasst. Durch die konkrete Benennung von organisationsinternen Ansprechpartnern wird anstelle der bisherigen Gemeinsamen Servicestellen ein wirksamer und effizienterer Informationsaustausch sichergestellt. Weiter gehende Maßnahmen, wie zum Beispiel die Einrichtung von Beratungsteams oder internetbasierten Informationsangeboten, liegen im Ermessen der Rehabilitationsträger und sollen auf die Bedürfnisse der Leistungsberechtigten ausgerichtet werden. Die Regelung besonderer Ansprechstellen der Rehabilitationsträger ist erforderlich, da die allgemeine Auskunftspflicht nach § 15 SGB I nur ausgewählte Leistungsträger betrifft. Durch die Bezugnahme auf § 15 Absatz 3 SGB I werden die Ansprechstellen der Rehabilitationsträger zudem verpflichtet, wirksam zusammenzuarbeiten, um eine umfassende Information durch eine Stelle und die gegenseitige Information sicherzustellen.

Weiterentwicklung der Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe (vormals Integrationsbetriebe) sind für die berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen von besonderer arbeitsmarktpolitischer Bedeutung. Sie bieten solchen schwerbehinderten Menschen sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, denen es trotz Ausschöpfens aller Möglichkeiten nicht gelingt, in anderen Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts eine Beschäftigung zu finden.

Mit dem Neunten Gesetz zur Änderung des SGB II – Rechtsvereinfachung (9. SGB II-ÄndG) wurde der Personenkreis der in Inklusionsbetrieben beschäftigten Menschen erweitert. Neben langzeitarbeitslosen schwerbehinderten Menschen kann die geförderte Beschäftigung in Inklusionsbetrieben nunmehr auch psychisch kranken Menschen ermöglicht werden, die behindert oder von Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt. Psychische Erkrankungen führen oft zu Beeinträchtigungen, die den Verlust des Arbeitsplatzes nach sich ziehen. Es bestehen oft erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen, aufgrund derer eine Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit besonderen Anstrengungen erreicht werden kann. Mit der erfolgten Neuregelung kann auch diese Personengruppe, die Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen einschließt, von den besonderen Förder- und Unterstützungsangeboten der Inklusionsbetriebe profitieren und leichter Zugang zu einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt finden. Außerdem können die Integrationsämter der Länder seit Inkrafttreten dieses Gesetzes im August 2016 die begleitende Hilfe im Arbeitsleben in Inklusionsbetrieben nun bereits ab einer wöchentlichen Arbeitszeit von 12 Stunden erbringen.

Flankiert werden diese Weiterentwicklungen mit dem von der Bundesregierung aufgelegten Programm „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb“. Im Rahmen

dieses Programms werden insgesamt 150 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zusätzlich zur Verfügung gestellt, damit in Inklusionsbetrieben mehr neue Ausbildungs- und Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen geschaffen werden können.

Budget für Arbeit

Anstelle von Leistungen für die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sind gemäß § 61 SGB IX künftig auch Lohnkostenzuschüsse und Unterstützung für sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts möglich. Dies ist insbesondere für Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen aus dem Berufsleben ausgeschieden und voll erwerbsgemindert sind, von besonderer Bedeutung. Mit dem „Budget für Arbeit“ erhalten Arbeitgeber bei der Einstellung von Menschen mit wesentlichen Behinderungen einen Lohnkostenzuschuss bis zu 75 % des gezahlten Arbeitsentgeltes. Außerdem werden die Kosten für die erforderliche Anleitung und Begleitung an der Arbeitsstelle übernommen.

Förderung schwer zu erreichender junger Menschen

Mit dem 9. Gesetz zur Änderung des SGB II wurde die „Förderung schwer zu erreichender junger Menschen“ als neues gesetzliches Förderinstrument eingeführt (§ 16h SGB II). Mit der Änderung können seit August 2016 in allen Jobcentern zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden, die mit dem Pilotprogramm RESPEKT angestoßen wurden. Die Regelungen wenden sich an junge Menschen in einer schwierigen Lebenslage, die von den Angeboten der Sozialleistungssysteme zumindest zeitweise nicht erreicht werden. Damit werden gezielt zusätzliche Hilfen ermöglicht, um jungen Menschen die Eingliederung in Bildungsprozesse, Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, Ausbildung oder Arbeit zu erleichtern. Gesundheitliche und psychische Probleme einschließlich Sucht führen in vielen Fällen zu Handlungsbedarf, der aufgegriffen wird, um weitere Entwicklungsprozesse zu ermöglichen.

2 Suchtstoffe, Suchtformen, Regulierung

2.1 Tabak

Substanz und Wirkung

Der Hauptwirkstoff der Tabakpflanze ist das Nikotin. Wird Nikotin im Zigarettenrauch eingeatmet, gelangt es binnen Sekunden ins Gehirn, wo es sowohl anregende als auch beruhigende Effekte hat. Darüber hinaus enthält Tabakrauch etwa 4.800 Substanzen, von denen über 90 als krebserregend oder erbgutverändernd gelten. Häufig werden dem Tabak Zusatzstoffe beigegeben, um den Geschmack, das Abbrennen oder die Feuchtigkeit des Tabaks zu beeinflussen. Beim Tabakrauchen wird eine Vielzahl von Giftstoffen über die Lunge aufgenommen und durch den Blutkreislauf im gesamten Körper verteilt. Auf diesem Weg werden nicht nur die Atemwege durch das Rauchen geschädigt – fast jedes Organ ist betroffen. Am stärksten ist die Belastung aber für die Atemwege und das Herz-Kreislauf-System. Die durch das Rauchen verursachten Gesundheitsschäden treten in der Regel erst nach Jahren, viele erst nach Jahrzehnten auf. Aus diesem Grund gelingt es vielen Raucherinnen und Rauchern, das Gesundheitsrisiko für lange Zeit zu verdrängen.

Auch Kohlenmonoxid entsteht beim Verbrennen von Tabak. Dass dieses Kohlenmonoxid eingeatmet wird, verhindert selbst ein Zigarettenfilter nicht. Die Folge: Kohlenmonoxid verbindet sich mit den roten Blutkörperchen und hemmt dort die Sauerstoffaufnahme. Dadurch nimmt der Sauerstoffgehalt im Blut ab und die Organe werden schlechter mit Sauerstoff versorgt. Um dieses Defizit auszugleichen, steigen Blutdruck und Pulsfrequenz. Die allgemeine Leistungsfähigkeit sinkt. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt zu.

Wird Tabak in Zigaretten verbrannt, entstehen zwei Arten von Rauch: Beim Zug an der Zigarette bildet sich

der Hauptstromrauch. Glimmt die Zigarette anschließend weiter, entsteht der Nebstromrauch. Während der Hauptstromrauch direkt inhaliert wird, gelangt der Nebstromrauch in die Umgebungsluft – dies ist der Rauch, den auch Nichtraucher einatmen (Passivrauchen). Viele Schadstoffe entstehen bei der Verbrennung in der Glutzone von Zigaretten. Die Glutzone wird bis zu 1.000 Grad Celsius heiß. Zwischen den Zügen verbrennt der Tabak nur bei bis zu 600 Grad Celsius. Durch die niedrigeren Temperaturen beim Nebstromrauch erfolgt die Verbrennung weniger vollständig als beim Hauptstromrauch. Dadurch ist gerade hier die Konzentration von Schadstoffen wie Kohlenmonoxid oder Benzol besonders hoch.

Trends

Trends zum Tabakkonsum lassen sich aus verschiedenen Studien ableiten. Sie zeigen im Wesentlichen das gleiche Bild. Unterschiede sind Folge einer abweichenden Methodik, anderer befragter Altersgruppen und eines anderen Umfragezeitpunktes:

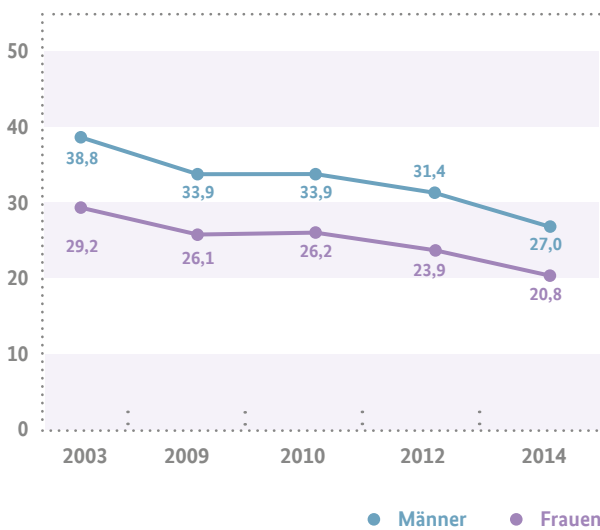
- Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey stehen Trenddaten für 18- bis 59-jährige Erwachsene seit 1995 zur Verfügung: Demnach nahm die besonders relevante Prävalenz des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen deutlich ab: von 33,9 % im Jahr 2003 auf 25,8 % in 2015. Bei Männern (von 37,1 % auf 28,1 %) fällt die Abnahme in diesem Zeitraum stärker aus als bei Frauen (von 30,5 % auf 23,4 %).

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag. Die Konsummenge zeigt nach einem stabilen Verlauf bis Anfang der 2000er-Jahre ab dem Jahr 2003 eine signifikante Abnahme von 14,4 auf 9,7 Zigaretten pro Tag. Der Rückgang fiel bei Männern von 15,7 auf 10,3 Zigaretten pro Tag stärker aus als bei Frauen, bei denen der Konsum im Durchschnitt von 12,8 auf 9,0 Zigaretten pro Tag zurückging.

- Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt die Studie GEDA 2014/2015-EHIS (Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-European Health Interview Survey), eine bundesweite Befragung der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wird. Zwischen 2003 und dem letzten Erhebungszeitraum 2014/2015 ist die Raucherquote demnach von 33,8 % auf 23,8 % gesunken. Bei Männern betrug der Rückgang fast 12, bei Frauen gut 8 Prozentpunkte.

- Die Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigen, dass sich der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die rauchen, seit dem Jahr 2001 deutlich reduziert hat. Er ist von 27,5 % im Jahr 2001 auf unter 10 % im Jahr 2015 gesunken. Auch unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren wird weniger geraucht. Während 2001 mit 44,5 % noch fast jeder Zweite dieser Altersgruppe rauchte, trifft das im Jahr 2015 auf weniger als jeden Dritten zu. Sowohl bei den Jugendlichen als auch den jungen Erwachsenen ist diese Entwicklung in beiden Geschlechtergruppen erkennbar.

ABBILDUNG 01:
ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER RAUCHQUOTE BEI ERWACHSENEN MÄNNERN UND FRAUEN (18+) (IN PROZENT)



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

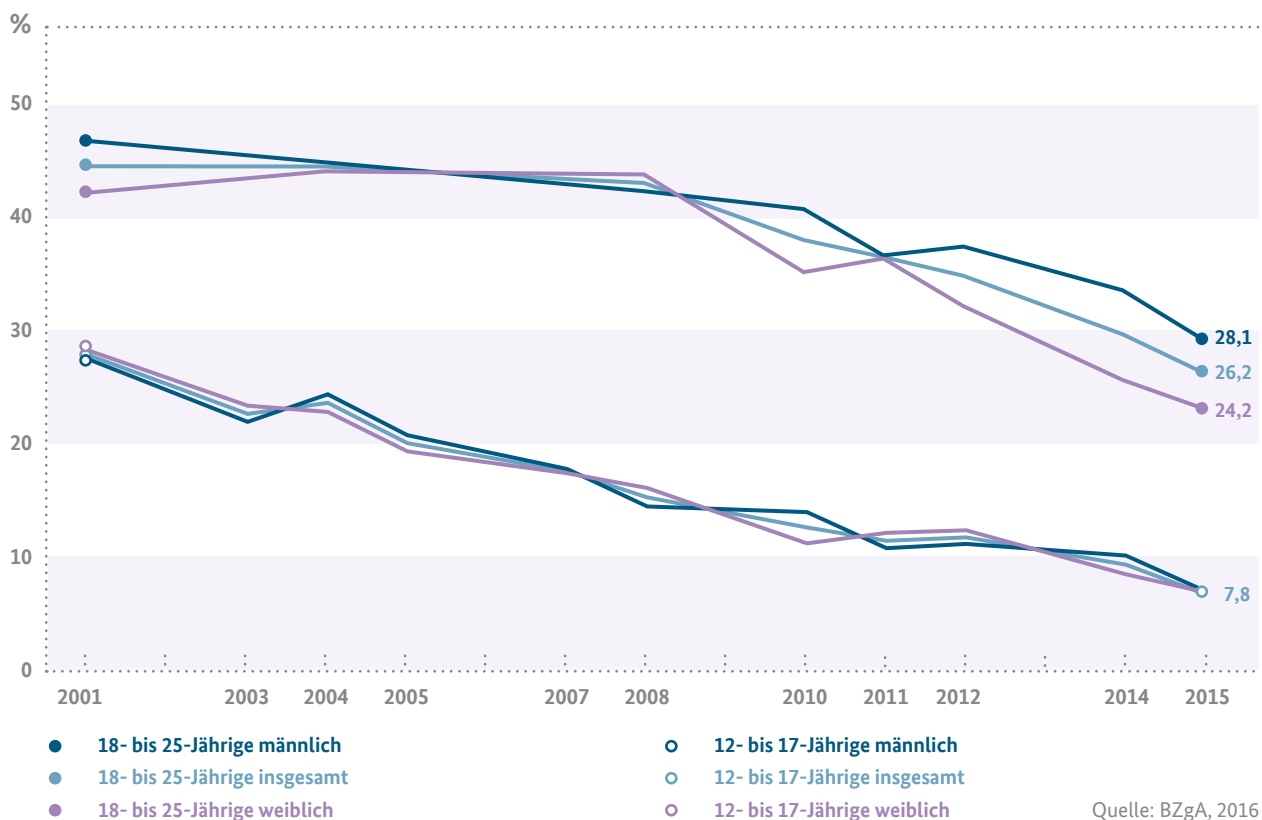
Bei einer Aufschlüsselung der Entwicklung nach Altersgruppen zeigt sich, dass vor allem in den jüngeren Altersgruppen ein deutlicher Rückgang der Raucherquote zu verzeichnen ist. Die aktuellen Daten zeigen nun auch für die Gruppe der über 65-Jährigen einen Rückgang des Anteils der Raucher im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen.

Der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher ist im Zeitraum von 2001 bis 2015 deutlich gestiegen. Bei der Befragung der BZgA im Jahr 2001 gaben 40,5 % der 12- bis 17-Jährigen an, noch nie geraucht zu haben – 2015 sind es fast doppelt so viele. Auch unter den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren hat sich der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher statistisch signifikant erhöht. Diese positiven Entwicklungen zeigen sich sowohl bei den männlichen als auch den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im letzten Jahrzehnt sind neben den herkömmlichen Tabakerzeugnissen weitere nikotinhaltige Produkte entwickelt und auf den Markt gebracht worden. Um die Verbreitung des Konsums dieser Produkte zu untersuchen, erhebt die BZgA seit 2007 Daten zum Konsum von Wasserpfeifen, seit 2012 zum Konsum von E-Zigaretten und seit 2014 außerdem zum Konsum von E-Shishas. Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die schon einmal eine Wasserpfeife probiert haben, ist in den letzten Jahren rückläufig.

ABBILDUNG 02:

VERBREITUNG DES RAUCHENS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2015



Konsum und Prävalenzen

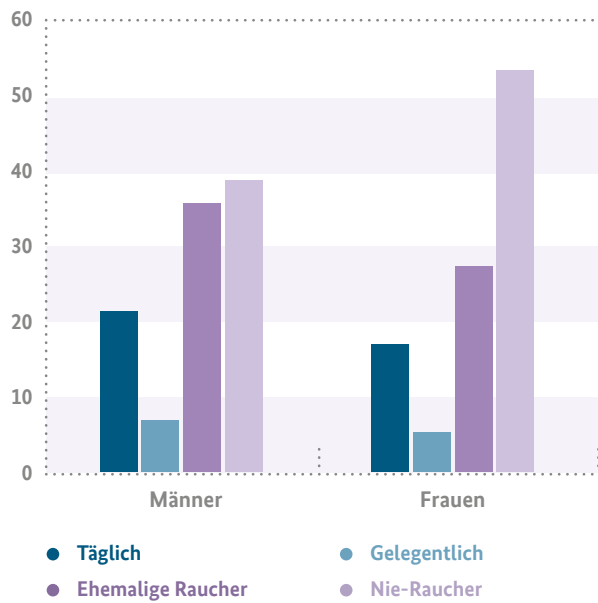
– bei Erwachsenen

- In der aktuellen Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahr 2015 gaben 28,7 % der Befragten (Altersgruppe 18–64 Jahre) an, in den letzten 30 Tagen Tabakwaren konsumiert zu haben (31,2 % der Männer, 26,1 % der Frauen). Dies waren zum überwiegenden Teil Zigarettenraucher. Die Prävalenzen des Zigarettenrauchens waren mit 29,3 % (Männer) bzw. 25,8 % (Frauen) sehr ähnlich. Von den Konsumenten gaben insgesamt 21,4 % einen starken Konsum von täglich mehr als 20 Zigaretten an, was hochgerechnet auf die Bevölkerung 2,93 Millionen Personen entspricht (4,5 % der Gesamtbe-

völkerung). Starker Konsum war bei männlichen Rauchern weiter verbreitet als bei weiblichen.

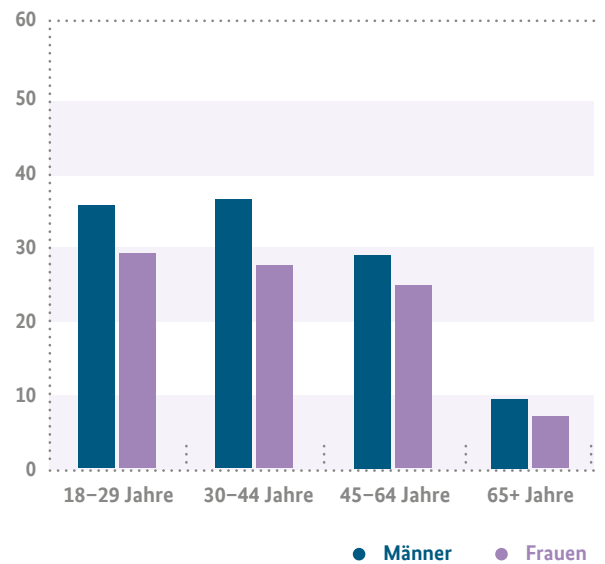
- Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen die Daten des RKI (GEDA). Demnach rauchten 2014/2015 23,8 % aller Befragten. Bei den Männern betrug der Anteil der täglichen Raucher 20,7 %, 6,3 % gaben an, gelegentlich zu rauchen, 35,0 % sind ehemalige Raucher, 38,0 % Nieraucher. Bei den Frauen betrug der Anteil täglicher Raucherinnen 16,2 %, 4,6 % gaben an, gelegentlich zu rauchen. Als ehemalige Raucherinnen bezeichnen sich 26,6 % der Frauen, als Nieraucherinnen 52,6 %.

ABBILDUNG 03:
 RAUCHSTATUS VON MÄNNERN UND FRAUEN IN DEUTSCHLAND (18+) (IN PROZENT)



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

ABBILDUNG 04:
 ANTEIL DER RAUCHER UND RAUCHERINNEN IN VERSCHIEDENEN ALTERSGRUPPEN (IN PROZENT)



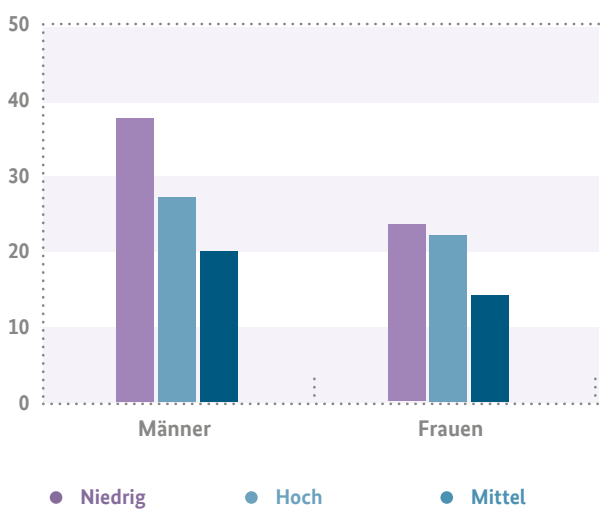
Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

Mit Blick auf das Alter (siehe Abbildung 04) zeigt sich, dass die Rauchquote bei Männern im Alter zwischen 30 und 44 Jahren und bei Frauen in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen am höchsten ist. Die niedrigsten Rauchquoten finden sich bei den über 65-Jährigen.

Außerdem wird deutlich, dass Männer und Frauen mit niedrigem sozialem Status zu höheren Anteilen rauchen als diejenigen mit hohem Sozialstatus. Diese Unterschiede zeigen sich bei Männern ausgeprägter als bei Frauen.

11,3 % der befragten Nichtraucherinnen und Nichtraucher gaben im Rahmen der GEDA-Studie darüber hinaus an, Passivrauch in geschlossenen Räumen ausgesetzt gewesen zu sein. Der Anteil derjenigen, die eine Stunde und mehr am Tag Passivrauch ausgesetzt waren, betrug bei den Nichtrauchern 3,8 %, bei den Nichtraucherinnen 3,1 %. Ein Vergleich dieser Angaben zu vorherigen Erhebungswellen ist nicht möglich, da sich die Fragestellung geändert hat. Die Raucherrate liegt in Deutschland unter dem gesamteuropäischen Wert (Eurostat, 2017).

ABBILDUNG 05:
 ANTEIL DER RAUCHER UND RAUCHERINNEN NACH SOZIALSTATUS (IN PROZENT)



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

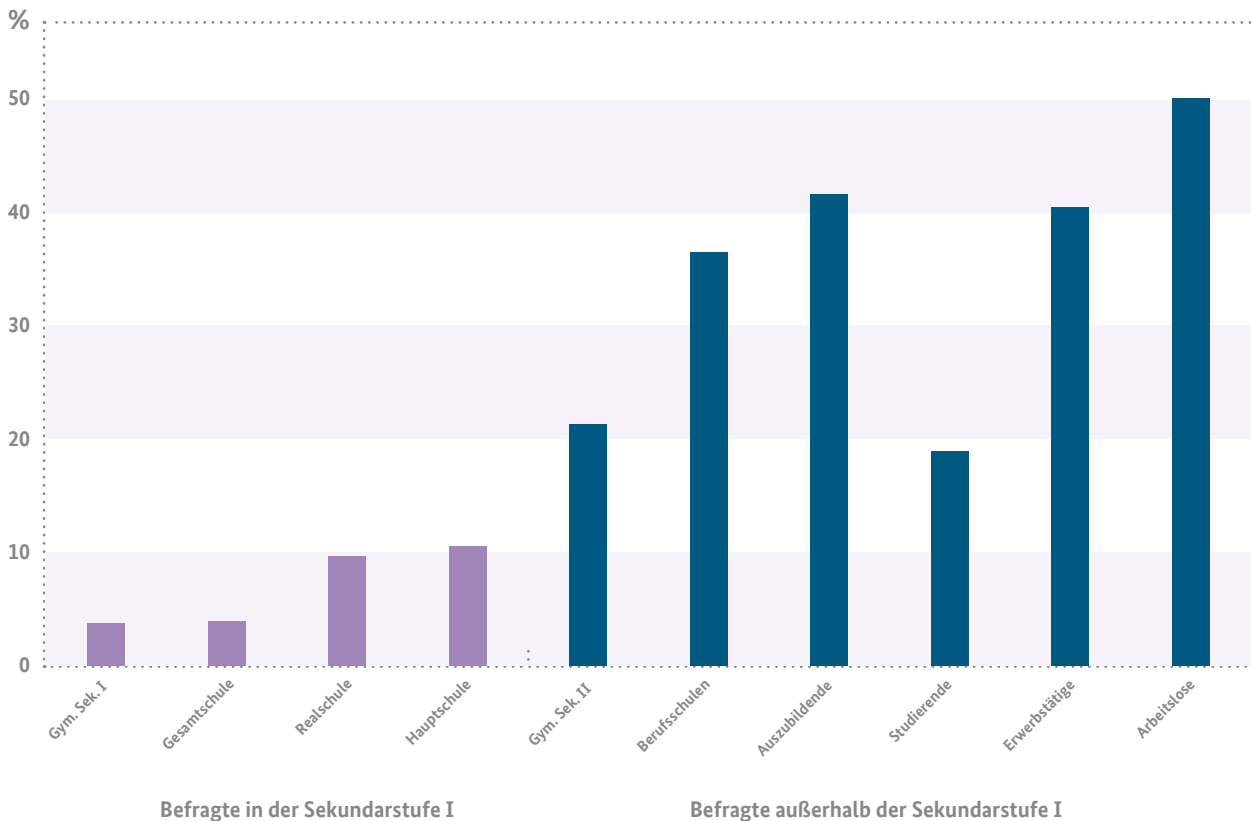
– bei Jugendlichen

Nach den aktuellen Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie für das Jahr 2015 rauchen insgesamt 9,6 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen. Jungen (9,3 %) und Mädchen (10,0 %) unterscheiden sich in diesem Alter in ihrem Rauchverhalten wenig. Bei den 18- bis 25-jährigen Erwachsenen ist das Rauchen mit insgesamt 29,7 % weiter verbreitet. In dieser Altersgruppe rauchen Männer mit 32,9 % mehr als Frauen mit 26,4 %. In der Studie des Jahres 2015 wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Telefoninterviews befragt. Gegenüber der letzten Drogenaffinitätsstudie wurden in der aktuellen Studie zwei methodische Neuerungen vorgenommen. Zum einen wurde bei der Gewichtung der Daten auch die Bildung der Befragten berücksichtigt. Zum anderen wurde die Stichprobe nicht mehr ausschließlich über Festnetztelefonnummern, sondern auch über Mobil-

telefonnummern gewonnen und über Festnetz- und Mobiltelefone befragt (Dual-Frame-Ansatz). In die Darstellung des Trends (Abbildung 02) wurden aufgrund der Vergleichbarkeit mit früheren Stichproben nur die Daten der Festnetzbefragten einbezogen. Dadurch ergeben sich leichte Abweichungen bei der Quote der jugendlichen Raucher 2015.

Deutliche Unterschiede beim Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen in Abhängigkeit von Bildungs- und sozialen Merkmalen. Innerhalb der Sekundarstufe I sind unter Gymnasialtinnen und Gymnasiasten die wenigsten (3,2 %) und unter Hauptschülern und Hauptschülerinnen die meisten Raucher zu finden (9,3 %). Unter den Befragten im Alter bis zu 25 Jahren, die nicht in der Sekundarstufe I sind, ist das Rauchen bei Studierenden vergleichsweise gering ausgeprägt (16,5 %) und bei Arbeitslosen vergleichsweise weitverbreitet (43,9 %).

ABBILDUNG 06:
VERBREITUNG DES RAUCHENS NACH BILDUNGS- UND SOZIALEN MERKMALEN BEI 12- BIS 25-JÄHRIGEN IM JAHR 2015



Quelle: BZgA, 2016

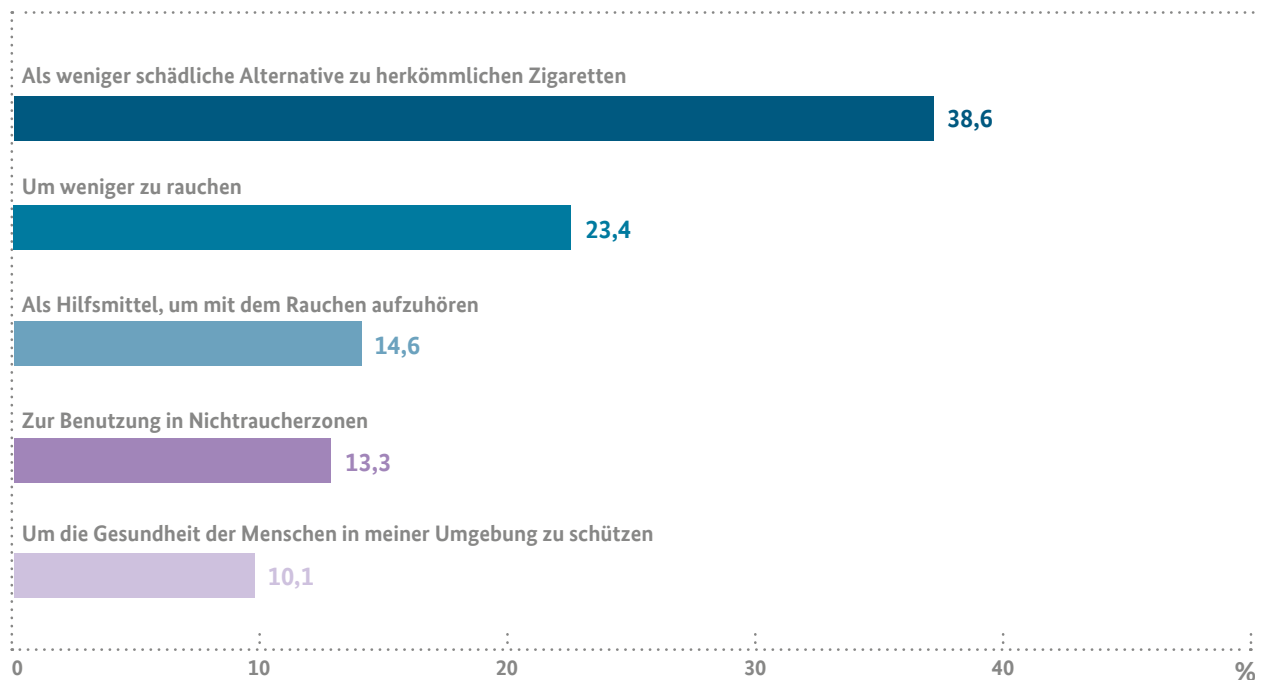
Die Drogenaffinitätsstudie 2015 zeigt außerdem, dass jeder vierte (27,3 %) 12- bis 17-jährige Jugendliche Wasserpfeifen, jeder siebte (13,5 %) E-Shishas und jeder zehnte (12,1 %) E-Zigaretten ausprobiert hat. Das Ausprobieren von E-Shishas ist bei den Jugendlichen weiter verbreitet als bei 18- bis 25-jährigen Erwachsenen (10,1 %). Mit dem Konsum von Wasserpfeifen (68,4 %) und E-Zigaretten (20,7 %) haben die jungen Erwachsenen die größere Erfahrung.

Elektronische Zigaretten

Elektronische Zigaretten (E-Zigaretten) vernebeln eine – meist nikotinhaltige – Flüssigkeit (Liquid) und der Konsument inhaliert das dabei entstehende Aerosol ähnlich wie beim Rauchen. Die Hauptbestandteile der E-Zigaretten-Liquids sind Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromen und zumeist Nikotin. Die Produkte werden seit etwa 2006 vor allem im Internet, zunehmend auch in Spezialläden, Tabakwarenläden und in Supermärkten angeboten.

Vor allem Raucher probieren E-Zigaretten aus, wobei ein regelmäßiger Konsum selten ist. Raucher verwenden die Produkte meist als weniger schädliche Alternative zu Tabakzigaretten, um weniger zu rauchen oder um ganz mit dem Rauchen aufzuhören (DKFZ, 2016) – eine wissenschaftlich fundierte Aussage zum tatsächlichen Nutzen von E-Zigaretten als Hilfsmittel beim Rauchstopp ist derzeit allerdings nicht möglich (Hartmann-Boyce et al., 2016; El Dib et al., 2016). Auch Jugendliche – selbst solche, die noch nie eine Tabakzigarette geraucht haben – interessieren sich für diese Produkte. In Deutschland ist der Jemalskonsum von E-Zigaretten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen höher als bei älteren Menschen (DKFZ, 2016; Yoong et al., 2016). Ein regelmäßiger Konsum ist allerdings auch unter Jugendlichen selten und sie verwenden eher nikotinfreie als nikotinhaltige E-Zigaretten (DKFZ, 2016; Eichler et al., 2016). Seit April 2016 dürfen in Deutschland Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre E-Zigaretten weder kaufen noch in der Öffentlichkeit verwenden.

ABBILDUNG 07:
GRÜNDE VON RAUCHERN FÜR DIE VERWENDUNG VON E-ZIGARETTEN IM JAHR 2016



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum 2016, E-Zigaretten: Konsumverhalten in Deutschland 2014–2016

E-Zigaretten sind im Vergleich zu Tabakzigaretten deutlich weniger schädlich, aber sie sind auch keine harmlosen Lifestyleprodukte. Das Aerosol enthält – in deutlich geringerer Menge als Tabakrauch – gesundheitsschädliche und krebserzeugende Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, flüchtige Kohlenwasserstoffe und Metalle wie Blei, Nickel, Cadmium. Um welche Größenordnung E-Zigaretten weniger schädlich als Tabakzigaretten sind, lässt sich momentan jedoch nicht quantifizieren. Die langfristigen gesundheitlichen Folgen des E-Zigaretten-Konsums sind derzeit unbekannt (Pisinger, 2016).

Die Schadstoffe aus dem Aerosol gelangen auch in die Raumluft und können von Nichtkonsumenten in den Körper aufgenommen werden. Derzeit ist eine Abschätzung der potenziellen Gesundheitsgefährdung für Nichtkonsumenten nicht möglich, eine Gesundheitsgefährdung Dritter kann jedoch nicht ausgeschlossen werden (Fernández, 2016).

Gesundheitliche Folgen des Rauchens

In der Gesamtstichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys wiesen 10,8% der Männer und 8,2% der Frauen Hinweise auf eine Nikotinabhängigkeit nach den Kriterien des FTND (Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit) auf. Dies entspricht insgesamt etwa 4,84 Millionen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren.

Die Gesundheitsschäden durch Rauchen sind erheblich. Schätzungen zufolge sterben in Deutschland jährlich 120.000 Menschen an den Folgen des Tabakrauchens. Im Schnitt verlieren Raucherinnen und Raucher zehn Jahre ihres Lebens. Die häufigsten tabakbedingten Todesfälle resultieren aus Krebserkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. 90 % aller Lungenkrebsfälle werden durch das Rauchen verursacht. Rauchen ist die bedeutendste Ursache für die Entwicklung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Darüber hinaus leiden Raucherinnen und Raucher an einer schlechteren Immunabwehr, weisen vermehrt Erkrankungen an den Zähnen und der Mundhöhle auf, leiden unter beschleunigter Hautalterung und haben ein erhöhtes Risiko für Diabetes. Rauchende Männer sind häufiger impotent. Raucherinnen kommen früher ins Klimakterium, sind besonders osteoporosegefährdet, haben häufiger Zyklusstörungen und eine herabgesetzte Fruchtbarkeit. Das Rauchen in der Schwangerschaft ist zudem mit erheblichen Gesundheitsrisiken für das Ungeborene verbunden.

Volkswirtschaftliche Folgen

Nach aktuellen Schätzungen belaufen sich die direkten Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit dem Rauchen auf 25,4 Milliarden Euro jährlich. Die direkten Kosten unter Einbeziehung von Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfällen wurden auf 53,7 Milliarden Euro jährlich geschätzt, sodass von einem gesamtwirtschaftlichen Schaden von insgesamt 79,1 Milliarden Euro auszugehen ist (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015; Effertz, 2015).

Neue Regelungen

Bundesregierung und Deutscher Bundestag haben im Berichtszeitraum in der Tabakpolitik eine Reihe neuer gesetzgeberischer Maßnahmen ergriffen. Die wichtigsten im Überblick:

– Erweiterung Verbraucherschutz: Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeugnisverordnung

Am 20. Mai 2016 sind in Deutschland das Tabakerzeugnisgesetz und die Tabakerzeugnisverordnung in Kraft getreten. Sie setzen die Tabakprodukt-Richtlinie 2014/40/EU in deutsches Recht um. Die Neuregelungen sehen unter anderem vor:

- Packungen von Zigaretten, Tabak zum Selbstdrehen und Wasserpfeifentabak müssen großflächig in Bild und Text Warnungen vor Gesundheitsgefahren tragen.



IM FOKUS

FOLGEN DES RAUCHENS

ERKRANKUNGEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN INFOLGE DES RAUCHENS BEI MÄNNERN UND FRAUEN

Gehirn

- Abhängigkeit
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)

Atemwege

- Akute Erkrankungen der Atemwege (Lungenentzündung etc.)
- Chronische Erkrankungen der Atemwege (Atemnot etc.)
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Tuberkulose
- Asthma

Herz-Kreislauf-System

- Koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt)
- Atherosklerose
- Periphere arterielle Verschluss-erkrankungen (Raucherbein etc.)

Knochen und Gelenke

- Rheumatische Arthritis
- Verminderte Knochenstärke bei Frauen nach der Menopause
- Hüftfrakturen

Allgemeine Beeinträchtigungen ...

- der Immunfunktion
- der allgemeinen Gesundheit
- von Operationserfolgen

Augen

- Blindheit
- Katarakte (grauer Star)
- Altersbedingte Makuladegeneration

Zähne und Zahnhalteapparat

- Parodontose
- Karies*
- Versagen von Zahnimplantaten*

Stoffwechsel

- Typ-2-Diabetes

Magen und Darm

- Chronische entzündliche Darmerkrankungen*
- Magengeschwüre
- Aneurysmen der Bauchaorta

Fortpflanzung

- Erektionsstörungen
- Verminderte Fruchtbarkeit bei Frauen
- Schwangerschaftskomplikationen
- Schäden für das Ungeborene und Langzeitfolgen

* Kausaler Zusammenhang wahrscheinlich.

Krebs

- Rachen
- Kehlkopf
- Speiseröhre
- Luftröhre
- Lunge
- Akute Myeloische Leukämie
- Brust*
- Magen
- Leber
- Bauchspeicheldrüse
- Nieren und Harnleiter
- Blase
- Dick- und Enddarm
- Gebärmutterhals

Krebspatienten

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Krebspatienten und Überlebenden
- Erhöhtes Risiko für weitere Krebserkrankungen bei Überlebenden

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum 2015, Tabakatlas Deutschland 2015

- Zigaretten und Tabak zum Selbstdrehen sind verboten, wenn sie ein charakteristisches Aroma haben, in ihren Bestandteilen Aromastoffe enthalten oder sonstige technische Merkmale aufweisen, die den Geruch, Geschmack oder die Rauchintensität verändern. Dies gilt ebenso, wenn der Filter, das Papier oder Kapseln Tabak oder Nikotin enthalten.
- Für neuartige Tabakerzeugnisse ist künftig in Deutschland eine Zulassung erforderlich.
- Erstmals werden auch spezielle Anforderungen an die Sicherheit und das Inverkehrbringen nikotinhaltiger elektronischer Zigaretten und Nachfüllbehälter geregelt. Es gelten die gleichen Werbebeschränkungen, wie sie für Tabakerzeugnisse bereits bestehen.

Zudem wurde am 21. Juni 2016 die Erste Verordnung zur Änderung der Tabakerzeugnisverordnung im Bundesgesetzblatt verkündet. Sie passt das nationale Tabakrecht durch Verweise an zwei Durchführungsrechtsakte der EU-Kommission an. Ferner wurden mit der Zweiten Änderungsverordnung der Tabakerzeugnisverordnung vom 19. Mai 2017 die Zusatzstoffverbote nach der Tabakprodukt-Richtlinie in Tabakerzeugnissen und in nikotinhaltigen elektronischen Zigaretten und Nachfüllbehältern durch Einzelstoffe konkretisiert.

– **Jugendschutz bei E-Zigaretten und E-Shishas**

Nach dem Jugendschutzgesetz dürfen in Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit Tabakwaren an Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahren weder abgegeben noch darf diesen das Rauchen gestattet werden. Mit dem Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas, das am 1. April 2016 in Kraft getreten ist, wurden die Abgabe- und Konsumverbote des Jugendschutzgesetzes und des Jugendarbeitsschutzgesetzes für Tabakwaren auf E-Zigaretten und E-Shishas ausgedehnt. In den Anwendungsbereich der gesetzlichen Vorschriften wurden nicht nur nikotinhaltige, sondern auch nikotinfreie E-Zigaretten und E-Shishas einbezogen. Denn nachdem die gesundheitlichen Risiken des Suchtstoffs und Nervengifts Nikotin, darunter

physische Abhängigkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, seit Längerem bekannt sind, hatten Studien des Bundesinstitutes für Risikobewertung und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) auch die gesundheitlichen Risiken des Konsums von nikotinfreien E-Zigaretten und E-Shishas für Kinder und Jugendliche belegt.

Zudem wurde mit der Gesetzesnovellierung sichergestellt, dass die Abgabeverbote von Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas an Kinder und Jugendliche auch im Wege des Versandhandels Anwendung finden.

– **Erhöhung der Tabaksteuer**

Mit der fünften Steuererhöhung des Tabaksteuermodells wurde die Tabaksteuer für Zigaretten und Feinschnitt am 1. Januar 2015 erneut erhöht. Zum 15. Februar 2016 stieg zudem der Mindeststeuersatz für Zigaretten an. § 25 Absatz 2 des Tabaksteuergesetzes vom 15. Juli 2009 wurde zu Beginn des Jahres 2016 gleichfalls neu gefasst. Danach darf die Kleinverkaufspackung für Zigaretten 20 Stück (zuvor 19 Stück) nicht unterschreiten.

– **Bekämpfung Tabaksmuggel**

Das Bundeskabinett hat am 8. Februar 2017 den Entwurf eines Gesetzes zur Ratifikation des Protokolls der Weltgesundheitsorganisation zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen (Tabaksmuggelprotokoll) beschlossen. Ziel des Protokolls ist es, den illegalen Handel mit Tabakwaren einzudämmen, durch den besondere gesundheitliche Gefahren entstehen und Steuereinnahmen verloren gehen.

Das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen geht auf Artikel 15 des Tabakrahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation (WHO-FCTC) zurück. Danach haben sich die Vertragsparteien verpflichtet, gegen alle Formen des illegalen Handels mit Tabakprodukten, insbesondere gegen Schmuggel, illegale Herstellung und Fälschung, vorzugehen. Es setzt verbindliche Standards zur Unterbindung des illegalen

Handels für die Vertragsstaaten und bildet einen Rahmen für die internationale Zusammenarbeit. Dabei geht es unter anderem um ein Lizenz- bzw. Kontrollsystem sowie ein weltweites Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem für Tabakprodukte. Weiterhin werden im Protokoll Buchführungspflichten und die Verfolgung von Verstößen gegen Protokollbestimmungen geregelt. Das Protokoll zielt auf eine umfassende Überwachung der gesamten Lieferkette für Tabakerzeugnisse ab. Dazu wird jede Verpackung (Zigaretten innerhalb von fünf Jahren, andere Tabakerzeugnisse innerhalb von zehn Jahren) mit einer eindeutigen Kennzeichnung (Code) versehen, um den Lieferweg der Tabakerzeugnisse rekonstruieren und um festzustellen zu können, an welchem Punkt der Lieferkette Tabakerzeugnisse entzogen wurden.

Tabakwaren werden in der Bundesrepublik Deutschland unter festgelegten Voraussetzungen produziert und gehandelt. Nur entsprechend hergestellte Tabakwaren sind verkehrsfähig und können mit einem deutschen Steuerzeichen in den Handel gelangen.

Bei illegal hergestellten Tabakwaren gibt es keinerlei Kontrollmechanismen im Herstellungsprozess. Die Einhaltung der nach deutschem Recht vorgesehenen Vorgaben – beispielsweise zu Inhaltsstoffen und Höchstmengen – ist bisher nicht gewährleistet. Die Bundeszollverwaltung hat 2015 75 Millionen und 2016 121 Millionen geschmuggelte Zigaretten in Deutschland sichergestellt.

In Deutschland und Europa werden viele Regelungen des Protokolls bereits umgesetzt. Ziel des Protokolls ist es, diese Standards weltweit zu etablieren. Das Protokoll wurde von der 5. Konferenz der Vertragsparteien des Tabakrahmensübereinkommens am 12. November 2012 angenommen. Es tritt in Kraft, wenn es 40 Vertragsparteien des Tabakrahmensübereinkommens ratifiziert, angenommen, genehmigt oder förmlich bestätigt haben oder ihm beigetreten sind. Zum Inkrafttreten fehlen derzeit noch 15 Länder.

Tabakpolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die 7. Vertragsparteienkonferenz zur Tabakrahmenskonvention der WHO fand im November 2016 in Indien statt. Insgesamt erbrachte die Konferenz einige wichtige Fortschritte für die weitere Gestaltung und Umsetzung des Tabakrahmensabkommens, die mit den europäischen und deutschen Interessen übereinstimmen und die gesundheitlichen Aspekte der Tabakkontrolle stärken. Der Beschluss zu E-Zigaretten nimmt unter anderem auf den aktuellen WHO-Bericht zu den gesundheitlichen Risiken von E-Zigaretten und nikotinfreien E-Zigaretten Bezug. Die Handlungsempfehlungen im Beschlussentwurf richten sich vorrangig an Vertragsparteien, die noch keine Regulierungsmaßnahmen getroffen haben.

Seit der letzten Vertragsparteienkonferenz wurde in einer Arbeitsgruppe zu den Artikeln 9 und 10 der Tabakrahmenskonvention (Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen) ein Leitlinienprozess vorangetrieben. Die Leitlinien enthalten wissenschaftlich basierte Maßnahmen, die die Vertragsparteien bei der Verringerung des Tabakkonsums durch Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen von Tabakprodukten sowie deren Offenlegung unterstützen sollen. Das Konzept zur Verringerung der Attraktivität von Tabakerzeugnissen wurde erfolgreich weiterentwickelt und von Inhaltsstoffen auf Produkteigenschaften und Designmerkmale übertragen. Zum Suchtpotenzial wird es weitere Expertenkonsultationen geben. Im Hinblick auf die Umsetzung von Artikel 19 (Haftungsfragen) wurde beschlossen, dass das Sekretariat der Konvention das von einer Expertengruppe entwickelte Toolkit auf der WHO-FCTC-Informationsplattform zur Verfügung stellt und regelmäßig aktualisiert.

Die Tabakrahmenskonvention (Framework Convention on Tobacco Control) der WHO wurde als völkerrechtlicher Vertrag durch die 56. Weltgesundheitsversammlung 2003 beschlossen und trat 2005 in Kraft. 179 Ver-

tragsparteien, darunter Deutschland und die EU, haben sich rechtlich an das Übereinkommen gebunden. Die Konvention umfasst Maßnahmen und Verpflichtungen der Vertragspartner, die vor allem Herstellung, Werbung, Deklaration und Verkauf von Tabakprodukten betreffen. Damit sollen Menschen besser vor den Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens geschützt werden. Die Tabakrahenkonvention ist das erste globale Gesundheitsübereinkommen und gilt für rund 90 % der Weltbevölkerung.

Gemäß Artikel 13 der Tabakrahenkonvention (FCTC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Werbeausgaben der Tabakindustrie offenzulegen.

Die Verbände und Firmen der Tabakindustrie teilen ihre Werbeaufwendungen nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt jährlich der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit.

Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship

Gemäß Artikel 13 der Tabakrahenkonvention (FCTC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Werbeausgaben der Tabakindustrie offenzulegen. Die Verbände und Firmen der Tabakindustrie teilen ihre Werbeaufwendungen nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt jährlich der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit.

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zur Tabakprävention finden Sie in Kapitel 6 „Projekte, Studien und Initiativen“.

TABELLE 01:

ZUSAMMENSTELLUNG DER JÄHRLICHEN TABAKWERBEAUSGABEN (IN 1.000 EURO, WERT JEWEILS GERUNDET)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Direkte Werbung	53.089	86.296	81.345	69.214	70.270	80.225	70.186	73.957	93.813
• Werbung in Printmedien	436	504	1.536	719	345	235	300	156	220
• Außenwerbung	49.190	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986	69.807	72.718	91.206
• Werbung im Kino	2.065	1.512	2	1.216	1.785	3.950	78	1.080	2.383
• Werbung im Internet	295	188	277	1	7	4	1	4	3
• Sonstige Werbung	1.103	6.005	8.494	480	0	50	0	0	1
• Keine Zuordnung	0	77	53	0	0	0	0	0	0
• Promotion	72.646	102.792	137.495	127.105	122.887	135.397	128.944	116.557	133.091
• Sponsorship	3.207	3.681	3.422	2.770	4.517	5.139	6.509	5.610	5.086
• Gesamte Werbeausgaben	128.942	192.769	222.262	199.089	197.674	220.761	205.639	196.124	231.989

Quelle: eigene Darstellung (basierend auf den Angaben der deutschen Tabakwirtschaft nach Art. 13 der Tabakrahenkonvention)

2.2 Alkohol

Substanz und Wirkung

Chemisch betrachtet gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Alkohole, doch nur Ethanol ist für den Menschen in kleinen Mengen verträglich. Andere Alkohole wie Methanol oder Glycol sind schon in geringen Mengen hochgiftig. Trinkalkohol wird durch Vergärung von Zucker aus verschiedenen Grundstoffen gewonnen. Unter anderem werden Getreide, Früchte und Zuckerrohr zu seiner Herstellung verwendet. Der Alkoholgehalt der daraus entstehenden Getränke ist unterschiedlich.

Alkohol verteilt sich über die Blutbahn im ganzen Körper und erreicht schon nach Minuten das Gehirn, wo eine ganze Reihe von Transmittersystemen beeinflusst wird. Unter anderem wird Dopamin freigesetzt, ein Neurotransmitter, der für das Belohnungssystem eine wichtige Rolle spielt. Zudem wird die hemmende Wirkung des Neurotransmitters GABA verstärkt. Dies hat eine angstlindernde und beruhigende Wirkung zur Folge. Die erlebte Wirkung von Alkohol hängt dabei in erster Linie von der getrunkenen Menge ab, aber auch von der körperlichen und seelischen Verfassung sowie der Gewöhnung. Der Rauschzustand kann daher bei identischer Blutalkoholkonzentration durchaus variieren. In geringen Mengen hat Alkohol typischerweise eine enthemmende Wirkung. Die Stimmung verbessert sich und die Kontaktfreudigkeit nimmt meist zu. Größere Mengen Alkohol führen jedoch zu massiven Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Koordinationsfähigkeit und Sprache werden zunehmend beeinträchtigt. Schließlich stellen sich Müdigkeit und Benommenheit ein, die bei hohen Mengen Alkohol in Bewusstlosigkeit und schließlich in einem Koma münden.

Trends

- Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey stehen für 18- bis 59-jährige Erwachsene Trenddaten seit 1995 zur Verfügung. Die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums zeigt für beide Geschlechter einen parallel abnehmenden Trend und weist nach einem Maximum im Jahr 2000 im Jahr 2015 mit 79,2 % und 70,4 % signifikant niedrigere Werte auf. Die Prävalenzwerte der Frauen liegen durchgängig um etwa 10 Prozentpunkte unter denen der Männer.

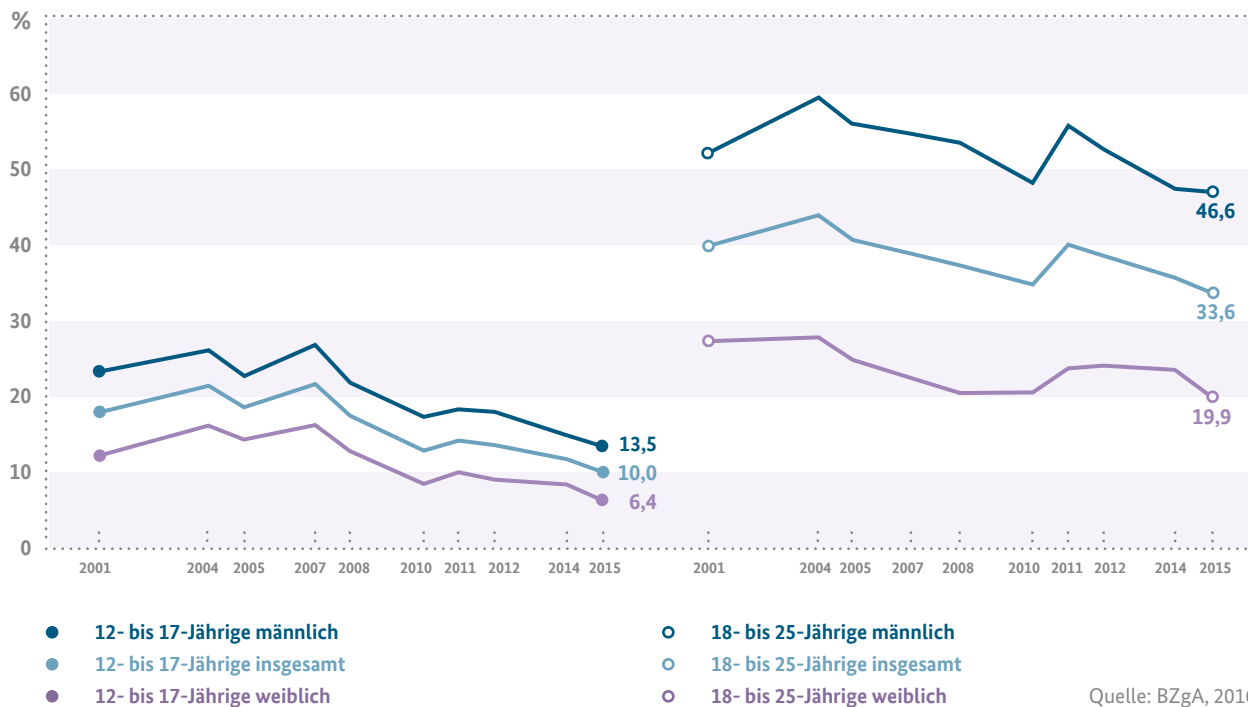
Beim episodischen Rauschtrinken und der durchschnittlichen Konsummenge nähern sich die Werte von Männern und Frauen hingegen an. Während die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens bei Männern seit 1995 von 47,5 % auf 36,7 % signifikant zurückging, zeigt der Trend bei den Frauen nach einem in den ersten Jahren parallelen Verlauf ab dem Jahr 2000 eine signifikante Zunahme der Prävalenz von 13,0 % auf 16,1 %. Die Annäherung der Konsummengen zwischen den Geschlechtern ist seit 1995 auf eine deutliche Abnahme bei den Männern (1995: 22,7 Gramm Reinalkohol pro Tag; 2015: 16,2 Gramm pro Tag) zurückzuführen. Die durchschnittliche Konsummenge der Frauen blieb im Beobachtungszeitraum auf geringerem Niveau nahezu konstant (von 8,9 auf 8,5 Gramm pro Tag)

Trotz eines insgesamt rückläufigen Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung zählt Deutschland im Vergleich zum weltweit geschätzten Durchschnitt von 6,04 Litern pro Erwachsenen und Jahr mit einem geschätzten Pro-Kopf-Konsum von 12,14 Litern zu den Hochkonsumländern (Shield et al., 2012).

- Der regelmäßige Alkoholkonsum bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist laut Drogenaffinitätsstudie der BZgA im Zeitraum von 2001 bis 2015 rückläufig. Regelmäßiger Alkoholkonsum bedeutet, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Von den 12- bis 17-Jährigen geben aktuell 10,0 % und von den 18- bis 25-Jährigen 33,6 % an, dass sie regelmäßig Alkohol trinken (2005: 12- bis 17-Jährige: 18,6 %; 18- bis 25-Jährige: 40,5 %).

ABBILDUNG 08:

VERBREITUNG DES REGELMÄSSIGEN ALKOHOLKONSUMS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2015



Konsum und Prävalenzen

– bei Erwachsenen

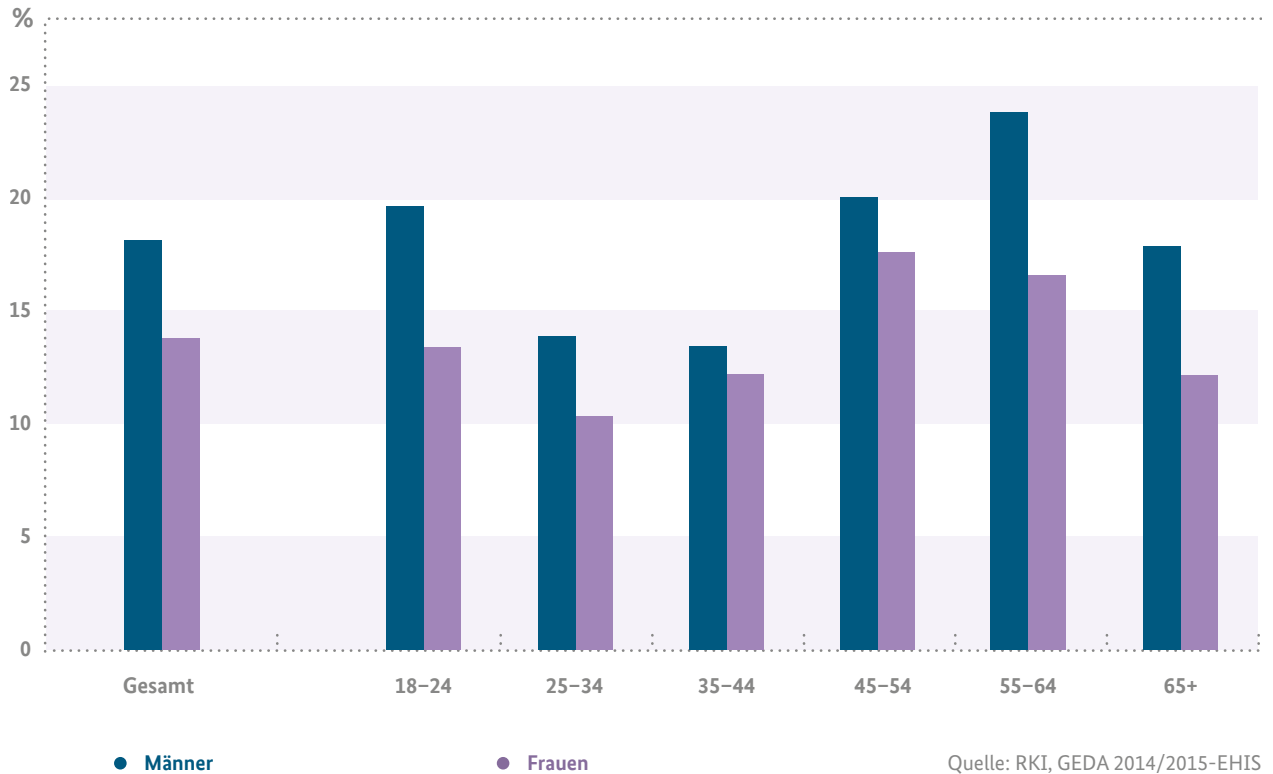
- Laut dem Epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahr 2015 gaben 72,5% der befragten 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben. Im Vergleich zur Tendaussage ist bei diesem Wert die Ausweitung der Befragtengruppe auf bis 64-Jährige zu berücksichtigen.

Den Konsum riskanter Mengen von Alkohol (bei Frauen mehr als 12 Gramm bzw. bei Männern mehr als 24 Gramm Reinalkohol pro Tag) gaben 21,4% der Konsumenten an. Der Anteil an riskantem Konsum lag bei beiden Geschlechtern gleich hoch. Hochgerechnet auf die Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren entspricht dies 7,8 Millionen Personen. Mehr männliche als weibliche Konsumenten berichteten episodisches Rauschtrinken (Konsum von mindestens 5 oder mehr alkoholischen Getränken an einem der letzten 30 Tage). Von den Konsumenten berichteten 35,0% mindestens eine Episode

des Rauschtrinkens in diesem Zeitraum. Bei den Männern betrug der Anteil 46,5 Prozent, bei den Frauen hingegen nur 21,6 Prozent. Unterschiedliche Geschlechterverteilungen bei episodischem Rauschtrinken und beim Konsum riskanter Mengen deuten darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen eine hohe Anzahl an Getränken zu einer Gelegenheit trinken, was als besonders riskantes Trinkmuster einzuschätzen ist.

- Mit der Studie GEDA 2014/2015-EHIS (Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-European Health Interview Survey) des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden Frequenz und Menge des Alkoholkonsums bei Erwachsenen erfasst. Damit war es möglich, den wöchentlichen Konsum von Reinalkohol in Gramm pro Tag zu berechnen. Zur Darstellung des Indikators „wöchentlicher riskanter Alkoholkonsum“ wurde die tägliche Trinkmenge von mehr als 10 Gramm Reinalkohol bei Frauen bzw. 20 Gramm Reinalkohol

ABBILDUNG 09:
ALKOHOLKONSUM VON FRAUEN UND MÄNNERN STRATIFIZIERT NACH ALTERSGRUPPEN

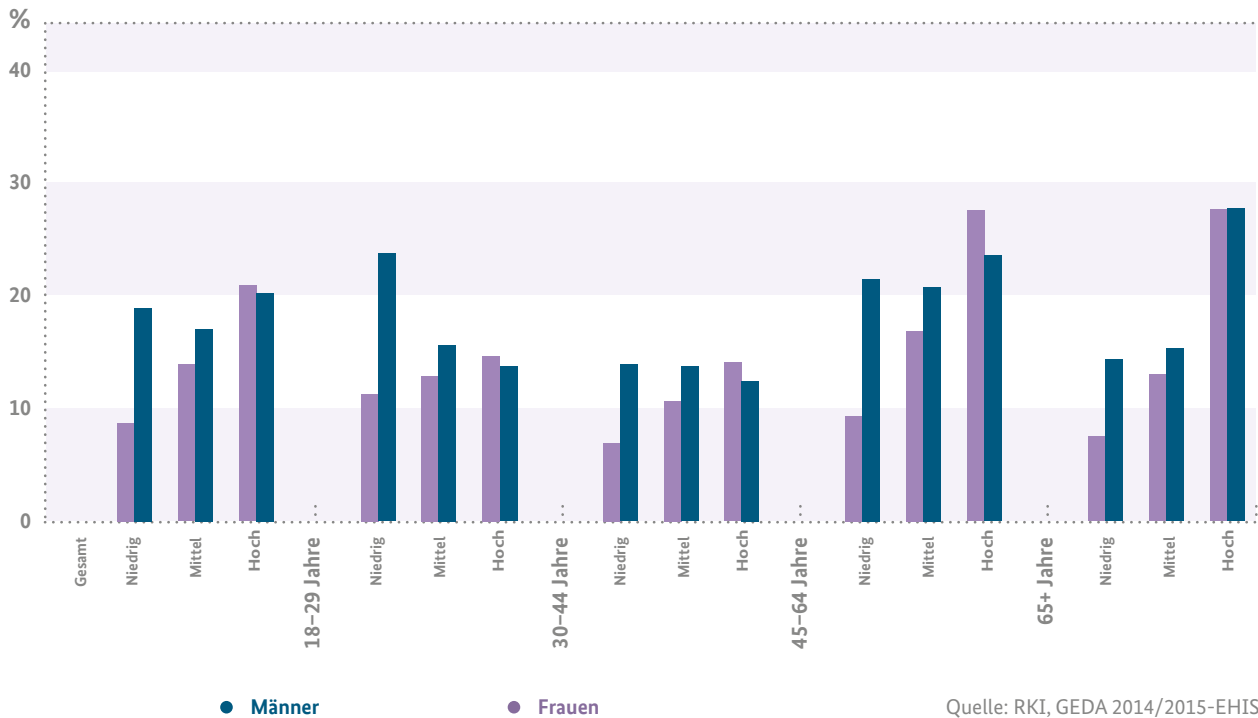


bei Männern als riskant eingestuft. Diese Menge orientiert sich an den Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.) zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Zur Bestimmung des sozioökonomischen Status wurden Bildung, Beruf und Einkommen berücksichtigt. 18,2 % der über 18-jährigen Männer und 13,8 % der über 18-jährigen Frauen sind Risikokonsumenten entsprechend der Definition der Studie. Eine Betrachtung nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt, dass in der Altersgruppe 25 bis 44 Jahre der Anteil der Risikokonsumenten bei Männern am niedrigsten ist. Die höchste Prävalenz des Risikokonsums weisen 55- bis 64-jährige Männer auf. Bei Frauen findet sich die höchste Prävalenz in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre, die niedrigste in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre.

Hinsichtlich des Risikokonsums in verschiedenen Sozialstatusgruppen zeigt sich in der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie das aus anderen Erhebungen bekannte Bild: Bei Frauen ist die Prävalenz des Risikokonsums in der hohen Sozialstatusgruppe am höchsten. Bei Männern lässt sich keine eindeutige Tendenz des Risikokonsums nach Sozialstatusgruppen feststellen. Dieses Bild differenziert sich, wenn zum Sozialstatus auch das Alter betrachtet wird. In der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre ist der Anteil der männlichen Risikokonsumenten in der niedrigsten Sozialstatusgruppe am höchsten. Bei Frauen dieses Alters zeigen sich dagegen keine eindeutigen Unterschiede im Anteil der Risikokonsumentinnen. Bei den über 65-Jährigen ist bei Frauen und Männern die Prävalenz des Risikokonsums in der hohen Sozialstatusgruppe am höchsten. In der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre ist bei Frauen die höchste Prävalenz in der hohen Statusgruppe zu beobachten, bei Männern dagegen unterscheidet sich

ABBILDUNG 10:

ALKOHOLKONSUM VON FRAUEN UND MÄNNERN STRATIFIZIERT NACH ALTERS- UND SOZIALSTATUSGRUPPEN



die Prävalenz nicht in den Statusgruppen. In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen zeichnet sich bei Frauen der Zusammenhang mit dem sozialen Status bereits ab, bei Männern gibt es dagegen keine Unterschiede im Konsum nach Statusgruppen.

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys und der GEDA-Studie weisen Unterschiede auf. Dies ist in den unterschiedlichen Methodiken der Studien begründet. Für die Definition riskanten Alkoholkonsums werden beispielsweise leicht unterschiedliche Grenzwerte verwendet. Obgleich einzelne Angaben variieren, bleiben die grundsätzlichen Aussagen zum Alkoholkonsum bezogen auf Geschlecht, Alter und Sozialstatus davon unberührt.

– bei Jugendlichen

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA untersucht den Alkoholkonsum der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen

und 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen anhand verschiedener Merkmale. Von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen haben 68,0 % schon einmal Alkohol getrunken (Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums) bzw. ein Drittel aller Jugendlichen (32,0 %) noch nie. Etwa jeder zehnte Jugendliche (10,9 %) und jeder dritte junge Erwachsene (33,7 %) konsumiert regelmäßig – also mindestens einmal in der Woche – Alkohol. Ungefähr jeder zwanzigste Jugendliche (4,5 %) und jeder siebte junge Erwachsene (14,2 %) konsumiert so viel Alkohol, dass die Grenzwerte für den riskanten Konsum Erwachsener überschritten werden.

14,1 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen an mindestens einem Tag einen Alkoholaussch gehabt (Jungen: mindestens fünf Gläser Alkohol hintereinander; Mädchen: mindestens vier Gläser). Häufiges Rauschtrinken, also Rauschtrinken an mindestens vier der letzten 30 Tage, ist bei 2,9 % der

Jugendlichen gegeben. Bei zwei von fünf jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) (38,2 %) kam an mindestens einem der letzten 30 Tage Rauschtrinken vor. Bei 9,7 % der jungen Erwachsenen ist häufiges Rauschtrinken festzustellen.

Die Geschlechtergruppen unterscheiden sich in der Verbreitung des regelmäßigen Konsums, des Rauschtrinkens und im Fall der jungen Erwachsenen auch im Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen. Stärkerer Alkoholkonsum ist bei männlichen Befragten weiter verbreitet als bei weiblichen.

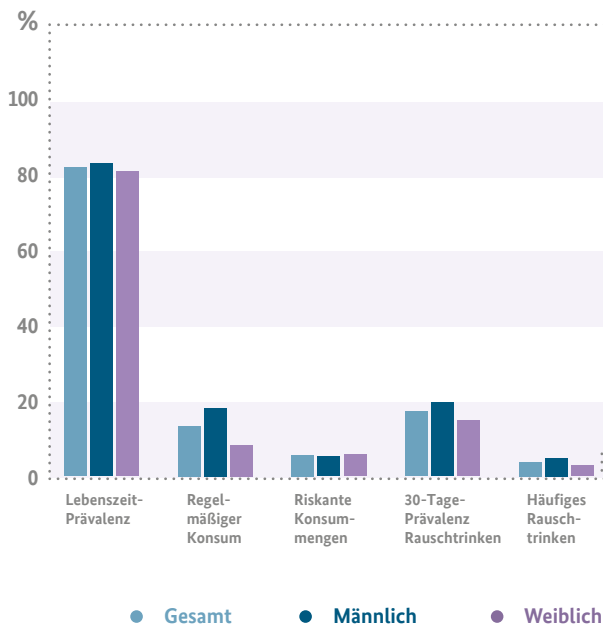
Gesundheitliche Folgen des Konsums

In einer aktuellen Studie zu alkoholbezogener Morbidität und Mortalität in Deutschland (Kraus et al., 2015) wurde eine Zunahme der Krankenhausfälle in Bezug auf vollständig auf Alkohol zurückzuführende Fälle seit 1995 bzw. 2000 berichtet. Vergleiche zwischen 2006

und 2012 unter Einbeziehung von Krankheiten, die nicht vollständig, aber maßgeblich auf Alkohol zurückzuführen sind, zeigten ebenfalls eine Zunahme der Krankenhausbehandlungen. Relativ zur Gesamtmorbidität (alle Krankenhausfälle) blieb der Anteil der alkoholbezogenen Morbidität jedoch konstant. Im gleichen Zeitraum zeigte sich hingegen eine Abnahme der Rate der Sterbefälle. Die maßgeblich auf Alkoholkonsum zurückzuführende Mortalität ging zwischen 2006 und 2012 insgesamt, aber auch in Bezug zur Gesamtmortalität zurück.

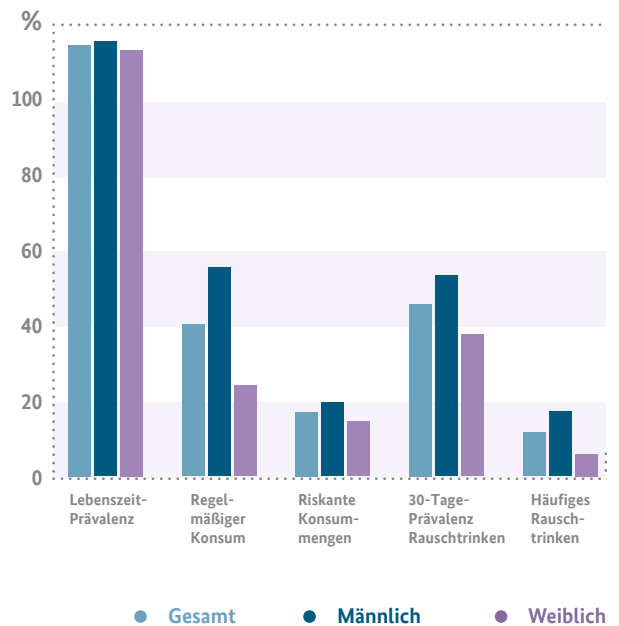
Neben Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind akute Risiken in erster Linie eine Folge höherer Trinkmengen. Ab etwa 1 Promille spricht man vom Rauschstadium. Das räumliche Sehen und die Orientierung verschlechtern sich, die Reaktionsfähigkeit wird erheblich gestört. Die Risikobereitschaft steigt, während das Urteilsvermögen herabgesetzt wird.

ABBILDUNG 11:
MERKMALE DES ALKOHOLKONSUMS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT IM JAHR 2015



Quelle: BZgA, 2016

ABBILDUNG 12:
MERKMALE DES ALKOHOLKONSUMS BEI 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT IM JAHR 2015



Quelle: BZgA, 2016

Dadurch kommt es im Alkoholrausch häufig zu Unfällen, oft durch leichtsinniges Verhalten. Besonders im Straßenverkehr hat Alkoholkonsum oft schwerwiegende, vergleichsweise häufig auch tödliche Unfälle zur Folge.

Aufgrund der enthemmenden Wirkung neigen manche Menschen unter dem Einfluss von Alkohol auch zu aggressivem Verhalten und Gewalt. Alkoholisierte Personen sind jedoch nicht nur Täter, sondern häufiger auch Opfer von Gewalt.

Besonders extreme Formen des Rauschtrinkens werden als „Komasaufen“ bezeichnet, womit eine mögliche Folge des exzessiven Alkoholmissbrauchs genannt ist. Ab etwa 3 Promille droht Bewusstlosigkeit. Der Körper unterkühlt sehr schnell, Schutzreflexe werden ausgeschaltet. Schließlich kann sich ein lebensgefährlicher Atemstillstand einstellen, wenn nicht umgehend Notfallmaßnahmen eingeleitet werden.

Alkohol verteilt sich durch die Blutbahn im ganzen Körper. Länger andauernder Alkoholmissbrauch kann daher beinahe alle Organe schädigen. Neben verschlechterten Konzentrations- und Gedächtnisleistungen kommt es auch zu Persönlichkeitsveränderungen. Im fortgeschrittenen Stadium werden sowohl das zentrale als auch das periphere Nervensystem erheblich beschädigt. Es kann auch zum Korsakow-Syndrom, einer Demenzerkrankung, kommen, bei der Betroffene sich keine neuen Informationen mehr merken können.

Eine typische Folge chronischen Alkoholkonsums sind Veränderungen der Leber, die beim Abbau von Alkohol die Hauptlast zu tragen hat. Zunächst schwillt die Leber durch Fetteinlagerungen an, eine Alkoholfettleber entsteht. Daraus kann sich eine Leberfibrose entwickeln, die durch Einlagerung von Bindegewebe gekennzeichnet ist. Bei fortgesetztem Alkoholkonsum ist die Leberfibrose meist ein Übergangsstadium zur Leberzirrhose. Dabei werden Leberzellen zu funktionsunfähigem Stützgewebe umgebaut, womit die Leber einen Teil ihrer Fähigkeit, das Blut zu reinigen, verliert.

In den westlichen Industrienationen ist Alkohol für rund die Hälfte aller Zirrhosen verantwortlich. Bei langjährigem Alkoholismus ist die Leberzirrhose mit ihren Komplikationen die häufigste Todesursache.

Erschwerend kann bei allen Formen von Lebererkrankungen eine Alkoholhepatitis hinzukommen. Das ist eine durch Alkohol hervorgerufene Entzündung der Leber. Langjähriger Alkoholmissbrauch gilt zudem als ein Risikofaktor für Leberkrebs und andere Krebserkrankungen, worunter vor allem Mund-, Rachen- und Speiseröhrenkrebs sowie Brustkrebs bei Frauen fallen.

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

Der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft kann einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes und negative Folgen für seine weitere Entwicklung haben. Es lässt sich keine valide Feststellung über eine unbedenkliche Alkoholmenge in der Schwangerschaft treffen. In der Konsequenz sollte auf Alkohol während der Schwangerschaft gänzlich verzichtet werden. „Punktnüchternheit in Schwangerschaft und Stillzeit“ ist daher ein wichtiges Ziel der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik.

Untersuchungen zeigen, dass ältere Frauen, Frauen mit höherem sozialem Status, Frauen ohne Migrationshintergrund, alleinstehende Frauen und Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken haben, häufiger während einer Schwangerschaft Alkohol trinken. Das Risiko von gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes wird zudem dadurch verstärkt, dass Frauen mit riskantem Alkoholkonsum auch häufiger rauchen.

Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr etwa 10.000 Babys in Deutschland mit alkoholbedingten Folgeschäden geboren werden, davon 2.000 mit schweren Beeinträchtigungen. Alle Formen dieser vorgeburtlichen Schädigungen werden unter dem Begriff FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder = Fetale Alkoholspektrumstörungen) zusammengefasst. Die schwerste Form der Schädigung wird als Fetales Alkoholsyndrom (FAS) bezeichnet.

Der Embryo ist über Nabelschnur und Plazenta mit dem Blutkreislauf der Mutter verbunden. Neben Nährstoffen kommen so auch Giftstoffe wie Alkohol beim Ungeborenen an. Der Abbau des Alkohols beim Embryo dauert erheblich länger als bei der Mutter, da die Leber des ungeborenen Kindes noch nicht vollständig entwickelt ist. In jeder Phase der Schwangerschaft kann es durch Alkoholkonsum zu Schädigungen des Kindes kommen. Zu den auftretenden Beeinträchtigungen zählen:

- körperliche Fehlbildungen
- Wachstums- und Entwicklungsstörungen
- Schädigungen von Gehirn und Nervensystem
- Verhaltensauffälligkeiten wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsstörungen
- Intelligenzminderung
- Auffälligkeiten im Gesichtsbereich (bei FAS)

Teilweise werden die Beeinträchtigungen erst im Verlauf der Kindheit deutlich. Betroffene brauchen oft auch als Erwachsene noch besondere Fürsorge und Unterstützung.

Eine frühe, korrekte Diagnose von alkoholbedingten Schädigungen ist wichtig, um die betroffenen Kinder und Jugendlichen adäquat zu fördern. Auch die Familien der Betroffenen – häufig leben die Kinder bei Pflege- oder Adoptiveltern – können dann besser mit den Besonderheiten des Kindes umgehen. Mit der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Entwicklung einer S3-Leitlinie, die 2016 vorgestellt wurde, soll die Diagnostik verbessert werden.

Die Drogenbeauftragte hat FASD zu einem ihrer Schwerpunktthemen gemacht, um stärker auf die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familien aufmerksam zu machen. Dazu zählt auch, das Wissen über FASD in medizinischen und sozialen Berufen zu vergrößern. Das Fetale Alkoholsyndrom ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Behinderungen relativ unbekannt, auch bei Ämtern und Behörden. Mit einer Broschüre, in der sozialrechtliche Fragen bezüglich FASD beantwortet werden, erhalten Familien

praktische Unterstützung. Die Broschüre wurde in diesem Jahr aktualisiert und kann über die Webseite der Drogenbeauftragten bezogen werden.

Auf Initiative der Drogenbeauftragten wurde FASD in die zweite Auflage des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aufgenommen (NAP 2.0).

Zur Verbesserung der Situation der Kinder und Erwachsenen mit FAS/FASD sollen verschiedene Projekte mit dem Ziel einer umfassenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an einer zielgerichteten medizinischen Versorgung durchgeführt werden. So sind beispielsweise Expertengespräche zur Bündelung weiterer Vorhaben zur Verbesserung der Situation von FAS/FASD-Betroffenen vorgesehen.

Besonderes Augenmerk liegt auf der Prävention, damit die Risiken von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft bekannter werden und möglichst kein Alkohol in der Schwangerschaft konsumiert wird. Eine von TNS Infratest 2014 durchgeführte Umfrage ergab: Immerhin 85 % gaben an, dass Alkohol in der Schwangerschaft generell problematisch ist. Jedoch wussten 44 % der Bevölkerung nicht, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu lebenslangen Behinderungen führen kann.

Das Bundesministerium für Gesundheit und die Drogenbeauftragte fördern Projekte, die Jugendliche über die Gefahren von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft informieren und aufklären sowie werdende Eltern bei der Umsetzung der Alkoholabstinenz während Schwangerschaft und Stillzeit unterstützen.

Volkswirtschaftliche Folgen

Die Summe aus direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland wird je nach Berechnungsansatz auf 26 bis 40 Milliarden Euro jährlich geschätzt (Adams & Effertz, 2011; Effertz, 2015).

Gemäß den Ergebnissen einer Studie zu den medizinischen Kosten schädlichen Alkohol- und Tabakkonsums in Deutschland anhand von GKV-Routinedaten

verursacht der schädliche Alkoholkonsum für die gesetzliche Krankenversicherung pro Quartal und Fall Kosten in Höhe von zwischen 660 und 800 Euro (Effertz, Verheyen, & Linder, 2014).

Die volkswirtschaftlichen Gesamtunfallkosten für Unfälle unter Alkoholeinfluss betragen in den Jahren 2010–2014 insgesamt 7,77 Milliarden Euro. Dabei wurden als Berechnungsgrundlage die Anzahl der Unfälle und Verunglückten unter Alkoholeinfluss laut amtlicher Statistik des Statistischen Bundesamtes und die jährlichen Unfallkostensätze laut Berechnungsmodell der Bundesanstalt für Straßenwesen herangezogen. Die aktuellsten Kostensätze und detaillierte Unfallzahlen liegen zurzeit für das Jahr 2014 vor.

Behandlung

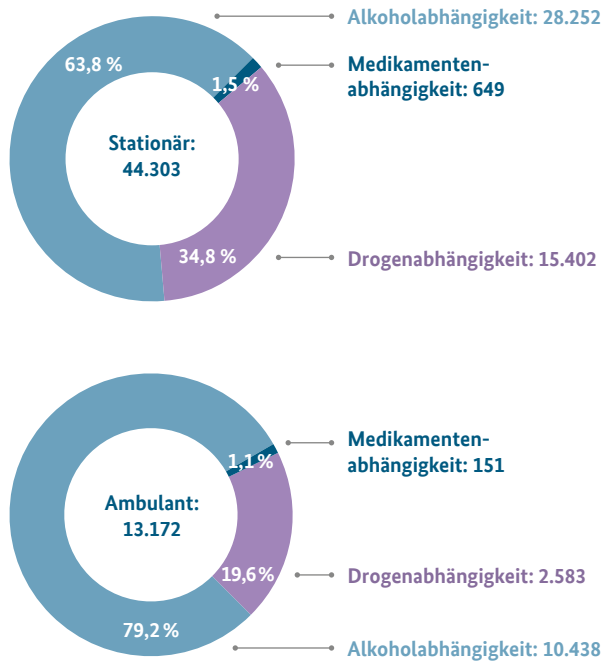
Rehabilitation durch die Rentenversicherung

Alkoholabhängigkeit ist nach wie vor der mit Abstand häufigste Grund für eine Entwöhnungsbehandlung durch die Rentenversicherung.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat im Jahr 2016 insgesamt 57.475 Entwöhnungsbehandlungen (einschließlich ambulanter Rehabilitation, ohne Nachsorge) für ihre Versicherten bewilligt. Davon entfielen 67,3 % auf die Indikation Alkoholabhängigkeit.

Die Zahlen aus der Reha-Antrags- und Erledigungsstatistik der Deutschen Rentenversicherung für 2016 sind nicht direkt mit den Zahlen aus den Vorjahren vergleichbar, da zum 1. Januar 2015 statistische Änderungen vorgenommen wurden. Es werden nur noch Anträge und Bewilligungen für Hauptleistungen dargestellt. Bei Adaptionen und Nachsorgeleistungen handelt es sich nicht um Haupt- sondern Folgeleistungen. Es wird nunmehr konsequent zwischen Haupt- und Folgeleistungen in der Statistik unterschieden. Damit erfolgt eine einheitliche statistische Behandlung aller Folgeleistungen. Allerdings ergibt sich dadurch ein Bruch in der Zeitreihenkontinuität der Auswertungsergebnisse der Reha-Antrags- und Erledigungsstatistik der DRV. Die Mengen der Hauptleistungen der Entwöhnungsbehandlungen vor und nach der Umstellung sind deshalb nicht systematisch vergleichbar.

ABBILDUNG 13:
BEWILLIGTE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNGEN
NACH ART DER LEISTUNG



Quelle: DRV 2016

Prävention von Alkoholmissbrauch

Eines der wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik der Bundesregierung ist es, den missbräuchlichen Alkoholkonsum zu reduzieren. Dabei sind in den letzten Jahren einige Erfolge erzielt worden. Der Alkoholkonsum ist insgesamt betrachtet rückläufig, gerade Jugendliche und junge Erwachsene trinken weniger.

In der Alkoholprävention setzt die Bundesregierung auf langfristige und nachhaltig konzipierte Präventionsangebote und gezielte Informationen, die wirken. Wichtig ist der frühe Beginn mit Präventionsaktivitäten.

Ausgewählte und aktuelle Maßnahmen der Alkoholprävention werden in Kapitel 6 „Projekte, Studien, Initiativen“ vorgestellt.

2.3 Medikamente

Substanz und Wirkung

Eine Reihe von in Deutschland verkehrs- und verschreibungsfähigen Medikamenten besitzt ein Abhängigkeits- bzw. Missbrauchspotenzial. Letzteres lässt sich auf nahezu alle Medikamente und Substanzen beziehen, die nicht bestimmungsgemäß – sei es außerhalb des Indikationsgebiets, über die verschriebene Dosis oder Verordnungsdauer hinaus oder in einer anderen als der bestimmungsgemäßen Applikationsform – eingenommen werden. Dabei handelt es sich meistens um (nicht opioidhaltige) Schmerzmittel, Hormonpräparate, Appetitzügler, Diuretika oder andere Arten von Substanzen (zum Beispiel Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel), die zur körperlichen oder psychischen Leistungssteigerung benutzt werden. Im Folgenden geht es jedoch um die nähere Betrachtung von Medikamenten, von denen man bei längerem oder nicht bestimmungsgemäßigem Gebrauch abhängig (nach den Kriterien der Klassifikation psychischer Störungen des ICD-10) werden kann.

In erster Linie sind hier Benzodiazepine und Z-Substanzen aus der Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nennen. Fachgerecht verordnet, handelt es sich bei Benzodiazepinen und Z-Substanzen um hochwirksame Medikamente, die bei einem sachgerechten kurzfristigen Gebrauch sicher einsetzbar sind.

Dem Großteil der Benzodiazepine ist gemein, dass sie auch angstlösend (anxiolytisch) wirken, was in Bezug auf das Sucht- oder Abhängigkeitspotenzial eine besondere Bedeutung hat. Aufgrund des breiteren Wirkspektrums werden Benzodiazepine für verschiedene Indikationen eingesetzt bzw. verschrieben. Neben Schlafstörungen betrifft dies Anspannungs-, Erregungs- und Unruhezustände (auch vor chirurgischen und diagnostischen Eingriffen), Angst- und Panik-

störungen, Epilepsie sowie – wobei dem viele Jahre dafür vorrangig eingesetzten Medikament Tetrazepam im Jahr 2013 die Zulassung entzogen wurde – auch Muskelverspannungen. Den Benzodiazepinen ist eine Reihe von Nebenwirkungen wie beispielsweise tagsüber auftretende Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen oder die mit erhöhter Sturzgefahr verbundene Muskelschwäche und Ataxie zu eigen. Problematisch ist, dass als unerwünschte Wirkungen, insbesondere nach längerem Gebrauch, paradoxe Symptome wie zum Beispiel Ruhelosigkeit, Erregung und Depressionen auftreten können, die den Ursprungssymptomen, gegen die Benzodiazepine eingesetzt werden, ähneln. In Deutschland unterliegen Benzodiazepine als verkehrs- und verschreibungsfähige Medikamente dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG, Anlage 3). Je nach Packungsgröße und Höchstmenge an Wirkstoffgehalt sind aber Verordnungen auf normalen GKV- und Privatrezepten erlaubt.

Von den Z-Substanzen (Benzodiazepinrezeptoragonisten, auch Non-Benzodiazepine genannt) wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon, deren übergeordnete Bezeichnung sich aus dem gemeinsamen Anfangsbuchstaben ableitet, wurde anfangs – nach ihrer Zulassung in den 1990er-Jahren – postuliert, dass der Gebrauch nicht zu einer Abhängigkeit führen würde. Mittlerweile gilt dies als widerlegt, und es ist davon auszugehen, dass sie über ein ähnliches Abhängigkeitspotenzial verfügen wie Benzodiazepine. Z-Substanzen werden fast ausschließlich zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt. Die Nebenwirkungen entsprechen in etwa denen der Benzodiazepine. Von den genannten Z-Substanzen ist Zolpidem der Anlage 3 des BtMG unterstellt. Auch hier gelten hinsichtlich Packungsgröße und Wirkstoffmenge Ausnahmen. Aufgrund des Abhängigkeitspotenzials sollten Benzodiazepine und Z-Substanzen nur nach der sogenannten „4-K-Regel“ angewendet werden.

4-K-Regel

Medikamente, insbesondere solche mit einem Abhängigkeitspotenzial, sollten immer entsprechend der folgenden Faustregel (4-K-Regel) eingenommen werden:

- klare Indikation (Verordnung nur bei klarem Grund der medikamentösen Therapie und bei Aufklärung über das bestehende Abhängigkeitspotenzial)
- korrekte Dosierung (Verschreibung kleinster Packungsgrößen, für die Krankheit angezeigte Dosierung)
- kurze Anwendung (Dauer der Behandlung vereinbaren, sorgfältige Überprüfung der Weiterbehandlung)
- kein schlagartiges Absetzen des Medikaments

Als eine weitere Gruppe von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial sind Opioid-Analgetika zu nennen. Medikamente dieser Wirkstoffklasse werden zur Behandlung starker und chronischer Schmerzen eingesetzt, wie sie zum Beispiel im fortgeschrittenen Stadium von Krebserkrankungen auftreten. In besonderer Darreichungsform werden diese Substanzen auch in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger angewendet. Diese Medikamente haben nicht nur schmerzbekämpfende, sondern auch dämpfende, beruhigende und teilweise euphorisierende Eigenschaften. Sie sind in der Regel gut verträglich, als häufigste Nebenwirkungen sind neben der sedierenden Wirkung Verstopfung, Übelkeit und Schläfrigkeit zu nennen. Ferner bergen sie bei nicht sachgemäßem Gebrauch das Risiko einer tödlichen Überdosierung. Aufgrund ihrer psychotropen Eigenschaften verfügen die Opioid-Analgetika über ein besonders hohes Abhängigkeitsrisiko. Abgesehen von einigen schwach wirksamen Opioiden unterliegen fast alle Opioid-Analgetika dem BtMG.

In der ärztlichen Verschreibung nicht ganz so verbreitet wie die zuvor genannten Substanzen, aber ebenfalls mit der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung verbunden, sind Amphetamine sowie deren Abkömmlinge, die

vornehmlich zur Behandlung von ADHS (und Narkolepsie) eingesetzt werden. Das unter ihnen bekannteste und in Deutschland am meisten verschriebene Medikament ist Methylphenidat. Weitere gegen ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) verordnete Medikamente sind das erst seit wenigen Jahren in Deutschland zugelassene Lisdexamfetamin und das nicht den Psychostimulanzien zuzuordnende, aber hier der Vollständigkeit halber mit aufgeführte Atomoxetin. Den amphetaminhaltigen Medikamenten ist aufgrund ihrer anregenden, müdigkeitsunterdrückenden sowie konzentrations- und leistungsfördernden Wirkung gemein, dass sie ein hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko aufweisen. Sie haben zum Teil ausgeprägte Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen und Kopfschmerzen bis hin zu Blutdruckanstieg und Herzrhythmusstörungen sowie Verhaltensrisiken, die mit einer erhöhten Aggressivität und Enthemmtheit (und einem verringerten Schmerzempfinden) einhergehen. Methylphenidat und Dexamphetamine sind in Deutschland dem BtMG unterstellt.

Trends

Veränderungen in der Arzneimittelaufnahme 18- bis 59-Jähriger lassen sich anhand der Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) bis 1995 zurückverfolgen. Die Prävalenzwerte des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs nahmen seit dieser Zeit bei Männern von 9,6 % auf 14,6 % und bei Frauen von 14,3 % auf 21,2 % zu. Im Unterschied dazu sank die Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf-/Beruhigungsmitteln von 4,6 % auf 1,9 % bei Männern und von 6,4 % auf 3,5 % bei Frauen. Der klinisch relevante bzw. problematische Medikamentengebrauch ist bei den 18- bis 59-Jährigen seit dem Jahr 2000 bei beiden Geschlechtern angestiegen, von 2,6 % auf 3,6 % bei Männern und von 4,1 % auf 5,5 % bei Frauen.

Konsum und Prävalenzen – bei Erwachsenen

Auf Basis der Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 kann davon ausgegangen werden, dass 47,1 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen

Schmerzmittel einnehmen. Seltener wurden Antidepressiva (4,9 %), Schlaf-/Beruhigungsmittel (5,2 %), Neuroleptika (1,3 %), Anregungsmittel (0,7 %) und Appetitzügler (0,3 %) genutzt. Verglichen mit anderen psychoaktiven Substanzen zeigte sich für Arzneimittel ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis mit einem häufigeren Konsum unter Frauen. Während der Gebrauch von Schlaf-/Beruhigungsmitteln und Antidepressiva mit dem Alter anstieg, wurden Schmerzmittel im mittleren Erwachsenenalter am häufigsten eingenommen.

Betrachtet man den täglichen Gebrauch der Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen bei den Personen, die die entsprechenden Substanzen eingenommen haben, wurden Schmerzmittel am seltensten täglich eingenommen (8,6 %). Am weitesten verbreitet war der tägliche Gebrauch unter Konsumenten von Neuroleptika (91,3 %) und Antidepressiva (87,5 %). Einen klinisch relevanten bzw. problematischen Konsum auf Basis des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) wiesen 6,0 % der 18- bis 64-jährigen Frauen und 4,5 % der gleichaltrigen Männer auf. Dies entspricht einer geschätzten Gesamtzahl von 2,65 Millionen Personen mit medikamentenbezogenen Problemen in Deutschland. Im Vergleich zur Trendausage ist bei diesen Werten die Ausweitung der Befragten-Gruppe auf bis 64-Jährige zu berücksichtigen.

Behandlung

Rehabilitation durch die Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung hat 2016 800 Entwöhnungsbehandlungen (stationär und ambulant) aufgrund von Medikamentenabhängigkeit bewilligt (siehe Abbildung 13).

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zu Medikamenten finden Sie in Kapitel 6 „Projekte, Studien und Initiativen“.

2.4 Illegale Drogen

Überblick

Der regelmäßige Konsum illegaler Drogen kann mit schwerwiegenden Gesundheitsgefahren verbunden sein. Diese sind zum einen auf die Wirkung der Substanzen selbst und zum anderen auf mit dem Konsum einhergehende Umstände wie beispielsweise Spritzengebrauch oder mangelnde Gesundheitsfürsorge zurückzuführen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt der Drogenkonsum in Ländern mit einem hohen Volkseinkommen zu den zehn wichtigsten Risikofaktoren für durch Krankheit verlorene Lebensjahre.

Die Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen wird über repräsentative Bevölkerungsumfragen gemessen. Dabei wird unterschieden, ob die Befragten mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeitprävalenz, Drogenerfahrung) oder in den 12 Monaten vor der Befragung (12-Monats-Prävalenz, aktueller Konsum) Drogen konsumiert haben.

Für Substanzen mit bewusstseinsverändernder Wirkung (psychotrope oder psychoaktive Substanzen) gelten gesetzliche Beschränkungen. Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) begrenzt den Einsatz einiger Betäubungsmittel auf medizinisch-therapeutische Anwendungen, etwa in der Schmerzmedizin, und verbietet andere grundsätzlich. Dem BtMG unterliegen Opioide (wie Morphin und Heroin), Kokain, Cannabis (Marihuana, Haschisch), Amphetamine (wie Crystal Meth) und Halluzinogene (etwa LSD).

Da mit dem BtMG nur einzelne Substanzen verboten werden können, stellt die Bekämpfung der neuen psychoaktiven Stoffe (NPS) eine besondere Herausforderung dar. Durch kleinste Veränderungen an der chemischen Struktur einer Substanz war diese dem BtMG nicht mehr unterstellt und neue gefährliche Substanzen konnten legal auf den Markt gebracht werden. Darum wurden die oft als „Kräutermischungen“ oder „Badesalze“ bezeichneten Stoffe auch Legal

Highs genannt. Diese rechtliche Grauzone ist nun weitgehend beseitigt. Mit dem am 26. November 2016 in Kraft getretenen Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) werden erstmals in Deutschland ganze Stoffgruppen verboten, welche eine Vielzahl von Einzelsubstanzen umfassen.

Behandlung

Die Zahlen zur Aufnahme einer Behandlung aufgrund primärer Opioidprobleme sind weiterhin rückläufig. Dieser Trend lässt sich sowohl für den stationären als auch den ambulanten Behandlungsbereich bestätigen. Im Gegensatz dazu zeigt sich sowohl im stationären als

TABELLE 02:
HAUPTDIAGNOSEN BEI AMBULANTER BEHANDLUNG (DSHS AMBULANT)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
• Opiode	32,4	36,9	33,4	12,0	14,4	12,5
• Cannabinoide	44,0	30,7	41,2	63,3	46,4	59,8
• Sedativa/Hypnotika	1,1	5,3	2,0	1,0	4,9	1,8
• Kokain	6,3	3,7	5,8	5,9	3,7	5,5
• Stimulanzien	14,2	21,4	15,8	16,3	28,8	18,9
• Halluzinogene	1,6	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
• Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
• Multiple/andere Substanzen	1,7	1,7	1,7	1,3	1,5	1,3
• Gesamt (Anzahl)	56.576	15.303	71.955	18.643	4.779	23.435

Quelle: Reitox-Workbook Behandlung 2015/2016

TABELLE 03:
STATIONÄR BETREUTE PATIENTEN MIT SUCHTDIAGNOSEN

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2014 (%)	2014 (%)	2014 (%)	2015 (%)		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
• Opiode	32	22	25	22	22	24
• Cannabinoide	14	24	31	33	36	25
• Sedativa oder Hypnotika	9	2	3	3	1	9
• Kokain	2	5	7	7	7	4
• Stimulanzien, inkl. Koffein	8	14	20	23	22	27
• Halluzinogene	1	0	0	0	0	0
• Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0
• Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	34	32	13	12	12	11
• Gesamt (Anzahl)	106.315	12.091	10.972	11.738	9.245	2.493

Quelle: Reitox-Workbook Behandlung 2015/2016

auch im ambulanten Bereich, dass der Anteil derjenigen mit einer cannabisbezogenen Störung zunimmt. Cannabis ist auch nach wie vor der häufigste Grund dafür, dass Personen sich erstmalig in eine suchtspezifische Behandlung begeben.

Schadensminimierung

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erlaubt unter bestimmten Voraussetzungen den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Das sind Einrichtungen, die die Ausstattung für einen risikominimierenden, meist intravenösen Konsum von illegalen Drogen bereitstellen. Dies umfasst zum Beispiel die Abgabe von sterilen Spritzen und Einweghandschuhen sowie die Möglichkeit zur Desinfektion von Händen und Einstichstellen. Dadurch soll unsauberer Drogenkonsum und das damit verbundene Infektionsrisiko reduziert werden. Außerdem steht medizinische Beratung und Hilfe zur Verfügung, wodurch auch eine Notfallversorgung gewährleistet ist. Der Besitz der mitgebrachten Substanz zum Eigenverbrauch wird geduldet. Die Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums obliegt den zuständigen Behörden der Bundesländer. In Deutschland gibt es derzeit 23 Drogenkonsumräume in sechs Bundesländern (Deutsche AIDS-Hilfe, 2017).

Drogenkonsumräume in Deutschland

Hamburg	5
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	10
Hessen	4
Saarland	1
Berlin	2 (plus 1 Drogenkonsummobil)

Der Ansatz der Schadensminimierung und Überlebenshilfe wird auch mit Modellprojekten zum Einsatz von Naloxon verfolgt. Das Medikament wird bei Überdosierungen eingesetzt. Bisher war diese Anwendung überwiegend medizinischem Personal vorbehalten. In laufenden und geplanten Modellprojekten soll evaluiert werden, ob der Einsatz des Medikaments durch medizinische Laien Drogentodesfälle vermeiden hilft.

Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen – „BIS 2030“

Die Bundesregierung hat im April 2016 eine Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen – „BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend“ – beschlossen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gemeinsam entwickelte Strategie bündelt die Erfahrungen mit dem Ziel, sowohl national als auch international die Zahl der Neuinfektionen zu senken, Infektionen frühzeitig zu erkennen und die medizinische Versorgung zu verbessern.

Da HIV, Hepatitis B und C sowie andere sexuell übertragbare Infektionen vergleichbare Übertragungswege und -risiken haben, werden die verschiedenen Krankheitserreger künftig in einer gemeinsamen, integrierten Strategie in den Blick genommen. So können Gemeinsamkeiten in der Prävention, Diagnostik und Testung der Krankheiten und bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten besser genutzt werden.

Die Bereiche „Früherkennung und Prävention“ werden mit der neuen Strategie weiter ausgebaut. Denn durch das frühzeitige Erkennen von Infektionen können Menschen schneller geheilt, Spätfolgen vermieden und die Übertragung von Infektionen verhindert werden.

Um möglichst alle mit den notwendigen Angeboten zu erreichen, sollen die Präventions-, Test- und Versorgungsangebote verstärkt auf verschiedene Altersgruppen und Lebensbereiche ausgerichtet werden.

Drogengebraucher haben sowohl durch unsafe use bei injizierendem Gebrauch als auch teilweise durch unsafe sex ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV, Hepatitis B oder C oder einer anderen sexuell oder durch Blut übertragbaren Infektion anzustecken. Die Strategie sieht verschiedene Ansatzpunkte zur Verbesserung der Prävention und Versorgung vor: Es gilt, über riskante Konsummuster sowie die Risiken von Party- und Sexdrogen gezielt aufzuklären und die eigene Kompe-

tenz zur Minimierung von Infektionsrisiken zu stärken. Auch verbesserte Hepatitis-B-Impfraten sollen zur Reduktion von Übertragungen bei Drogenkonsumenten beitragen. Testangebote für injizierende Drogengebrauchende und die Behandlung der Infektionskrankheiten sollen ausgebaut werden. Insgesamt ist eine gute Vernetzung von niedrighwelligen Beratungs- und Testeinrichtungen, Sucht- und Infektionsmediziner*innen wichtig, um den Zugang zu den Beratungs- und Versorgungsangeboten weiter zu verbessern. Eine stärkere Kooperation sowie Fortbildungen von HIV-Beratungsstellen und Einrichtungen der Drogenhilfe sind notwendig, um insbesondere Männern, die Sex mit Männern haben und Crystal Meth oder andere Chemsexdrogen konsumieren, zielgerichtete Beratung und Versorgung anzubieten.

In den vergangenen Jahren hat das Bundesministerium für Gesundheit Studien gefördert, um die Wissensgrundlage hinsichtlich Präventions- und Versorgungsbedarfen zu verbessern und Angebote zukünftig entsprechend anzupassen.

Weiterlesen

Informationen zur DRUCK-Studie und zur Quadros-Studie finden Sie in Kapitel 6 „Projekte, Studien, Initiativen“.

Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität

Drogenbedingte Todesfälle

Im Jahr 2016 wurden 1.333 drogenbedingte Todesfälle polizeilich registriert. Dies entspricht einem Anstieg von 9 % gegenüber dem Vorjahr (1.226). Mit einer wiederholten Zunahme der Drogentoten im vierten Jahr in Folge ist ein mit 2009 vergleichbares Niveau erreicht.

Die meisten Drogentoten wurden, wie bereits in den Vorjahren, in den bevölkerungsreichsten Bundesländern Bayern (321 Tote) und Nordrhein-Westfalen (204 Tote) festgestellt.

Die polizeilich registrierten Drogentoten wurden durchschnittlich knapp über 38 Jahre alt. Der Anteil der männlichen Drogentoten betrug 84 %.

Wie bereits in den Vorjahren war vor allem der Konsum von Opioiden/Opiaten allein oder in Verbindung mit anderen Drogen/Substanzen todesursächlich. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anstieg der Drogentodesfälle infolge von polyvalenten Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate am höchsten. Auffällig ist der Anstieg der monovalenten/polyvalenten Vergiftungen im Zusammenhang mit Kokain (insgesamt 71 Tote, Anstieg um rund 78 %).

Die gestiegene Anzahl von 24 auf 26 Drogentodesfälle durch monovalente/polyvalente Vergiftungen mit Methamphetamin (Crystal Meth) unterstreicht nach wie vor die Bedeutung und Gefährlichkeit dieser Droge.

2016 wurden 98 (2015: 39) Drogentote mit der Todesursache Vergiftung in Verbindung mit neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) erfasst, was einen erheblichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Die aktuelle Zahl der Todesfälle durch NPS umfasst erstmalig auch die bisher nicht explizit erhobenen Todesfälle in Verbindung mit synthetischen Opioiden (22). Auch die Anzahl der Verstorbenen mit der Todesursache Vergiftungen in Verbindung mit Fentanyl (95; Zunahme um 9 %) ist gewachsen. Bei beiden Todesursachen ist allerdings aufgrund der schwierigen Erkennbarkeit bzw. Feststellungsmöglichkeit von einem größeren Dunkelfeld auszugehen.

Datenerfassung Drogentodesfälle

In Deutschland werden seit vielen Jahren die Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) zur bundesweiten Berichterstattung drogeninduzierter Todesfälle herangezogen. Die in der sogenannten „Falldatei Rauschgift“ dokumentierten Todesfälle weisen der Polizei bekannt gewordene Vergiftungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum wie auch Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus, die im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen. Die Dokumentation und Erfassung dieser Todesfälle findet in den einzelnen Bundesländern statt, von wo die Daten an das BKA weitergeleitet und zu einer Gesamtübersicht zusammengeführt werden. Die in den letzten Jahren beobachteten Veränderungen auf dem Drogenmarkt haben es erforderlich gemacht, die Datenerhebung weiterzuentwickeln.

Dies begründet sich unter anderem mit dem Auftauchen der sogenannten neuen psychoaktiven Stoffe (NPS) (zum Beispiel synthetische Cannabinoide) als auch einem wachsenden Interesse, neue Konsummuster (zum Beispiel die Kombination verschiedener Substanzen) angemessen abbilden zu können.

Dabei stellt die Identifizierung dieser neuen Substanzen die Ermittler vor große Herausforderungen, da der individuelle Nachweis unter anderem aus technischen Gründen nicht in jedem Fall unproblematisch ist. Insbesondere der kombinierte Konsum von traditionellen Drogen (zum Beispiel Heroin), neuen psychoaktiven

Stoffen und anderen Stoffen, die etwa als Medikamente erhältlich sind (zum Beispiel Fentanyl oder Psychopharmaka), macht es im Einzelfall schwierig, die todesursächliche Substanz zu identifizieren.

Sicher ist, dass die Konsummuster in den letzten Jahren einem Wandel unterlagen, der in Richtung eines kombinierten Konsums mehrerer Substanzen und Substanzgruppen weist. Der individuelle Nachweis der Todesursache in Form toxikologischer Gutachten liegt nicht bundesweit einheitlich für alle berichteten Todesfälle vor. Daher ist es möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl von Mischintoxikationen (polyvalente Vergiftungen) nicht immer angemessen abgebildet wird.

Hinzu kommt, dass insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit dieser toxikologischen Gutachten erhebliche Variationen zwischen den einzelnen Bundesländern existieren. Die weitere Entwicklung und Ausdifferenzierung der bundesweiten Berichterstattung trägt dabei dem Bemühen Rechnung, vor dem Hintergrund dieser zahlreichen Veränderungen des Drogenmarktes und der Unterschiede in Erfassungs- und Dokumentationsmethoden einen aktuellen und differenzierten Blick auf die Situation drogeninduzierter Todesfälle in ganz Deutschland zu gewinnen.

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

2016 veränderte sich das Erfassungsverhalten der Drogenfälle und -mengen und der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKhD) in einzelnen Bundesländern. Insofern sind die in 2016 registrierten Fallzahlen und EKhD nicht mit den entsprechenden Daten der Vorjahre vergleichbar. Daraus folgt, dass Veränderungsdaten, aus denen Entwicklungstendenzen ableitbar wären, im diesjährigen Bericht nicht dargestellt werden können.

ABBILDUNG 14:

SICHERSTELLUNG VON ILLEGALEN DROGEN 2016

SICHERSTELLUNG VON ILLEGALEN DROGEN 2016

Cannabis 7,8 Tonnen



Haschisch 1.874 kg

Marihuana 5.955 kg

Der Anteil der Cannabis-Handelsdelikte an allen Rauschgifthandelsdelikten liegt bei rund 62 %.

Heroin 330 kg

Opium 61 kg



Nach Schätzungen von UNODC stieg die Rohopium-jahresproduktion in Afghanistan 2016 um ca. 43 % gegenüber dem Vorjahr auf 4.800 Tonnen an. Dafür waren sowohl die zunehmende Anbaufläche als auch eine höhere Ernte pro Hektar verantwortlich.

Kokain/Crack 1,9 Tonnen



2016 waren weltweit Rekordsicherstellungsmengen von Kokain feststellbar. Der Zufuhrdruck von Kokain nach Deutschland und Europa stieg nach hiesigen Erkenntnissen 2016 stark an, das heißt, die Verfügbarkeit und auch die Nachfrage nach Kokain bewegen sich auf einem hohen Niveau.

Synthetische Drogen

Crystal Meth 62 kg



Nach wie vor wird Crystal Meth vor allem in den Bundesländern Sachsen, Bayern und (in kleinerem Ausmaß) Sachsen-Anhalt sichergestellt. Analog zu den Vorjahren stammt kristallines Methamphetamine weiterhin fast ausschließlich aus Tschechien.

Amphetamin 1.471 kg

Ecstasy 2 Mio. Tabletten



Amphetamin und Ecstasy wurden, wie in den Vorjahren auch, größtenteils aus den Niederlanden nach Deutschland eingeführt. Die hohe Verfügbarkeit dieser Drogen ist unter anderem auf hocheffektive Produktionsstätten zurückzuführen.

Illegale Labore zur Herstellung synthetischer Drogen 15

Es handelte es sich um elf Produktionsstätten von Methamphetamine und vier von Amphetamin.

Drogenhandel im Internet

Der Handel mit Drogen im Internet (Darknet/Deepweb/Clearnet) ist innerhalb der letzten Jahre, so auch 2016, stetig angestiegen. Analog zu den Strukturen der legalen Plattformen haben sich diese im Deepweb wie auch im Darknet etabliert. Da es sich um ein Massenphänomen handelt, entsteht zusätzlicher Handlungsbedarf für die Strafverfolgungsbehörden, welcher auch eine Befassung mit dem warenbasierten Internethandel erfordert. Technisch betrachtet ist der Postversand die eigentliche Voraussetzung für den Handel mit Drogen im Internet, da über diesen die Drogen an den Konsumenten gelangen. Der Postversand von Betäubungsmitteln ist ein aus kriminalpolizeilicher Perspektive an Bedeutung gewinnendes Phänomen im Bereich der Drogenkriminalität. Die hierin bestehenden Risiken einer nachhaltigen Veränderung – im Sinne einer Vereinfachung – des Zugangs der Bevölkerung zu illegalen Betäubungsmitteln sind bereits deutlich zu erkennen, so auch im Jahr 2016, und werden perspektivisch noch zunehmen.

Clearnet vs. Darknet

Beim Internet wird zwischen verschiedenen Bereichen unterschieden. Das Clearnet (auch Visible Web, Surface Web, Open Web etc.) ist das bekannte Internet, welches mit normalen Browserprogrammen bedienbar und durch Suchmaschinen einfach und intuitiv zu handhaben ist. Das Deepweb (auch Hidden Web, Invisible Web) ist jener Teil des Internets, der nicht durch die allgemeinen Suchmaschinen auffindbar ist. Weiterhin gibt es Netzwerke, die nur über spezielle Software erreichbar sind und sich durch eine besonders starke Verschlüsselung und/oder Anonymisierung auszeichnen. Das sogenannte Darknet umfasst Wikis/Blogs mit unterschiedlichen – auch legalen – Zielrichtungen sowie kriminelle Kommunikations- und Handelsplattformen.

Cannabis

Substanz und Wirkung

Die Cannabis-Pflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse. Die stärkste psychoaktive Wirksubstanz von Cannabis ist Tetrahydrocannabinol (THC). Wird Cannabis geraucht, setzt die Wirkung meist unmittelbar ein, da der Wirkstoff sehr schnell über die Atemwege aufgenommen wird und die Blut-Hirnschranke überwindet. Nach ungefähr 15 Minuten erreicht die Wirkung ihr Maximum und klingt nach 30 bis 60 Minuten langsam ab. Wird Cannabis gegessen oder getrunken, wird das enthaltene THC vom Körper langsamer aufgenommen. Die Wirkung ist dann zeitlich verzögert und setzt häufig sehr plötzlich ein. Das Wirkungsspektrum von Cannabis ist vielfältig und hängt von verschiedenen Faktoren ab: zum Beispiel von der Konsumart, der aufgenommenen Menge an THC, der Konsumsituation, aber auch der Grundstimmung und der psychischen Stabilität des Konsumenten. Zu der als angenehm berichteten Wirkung von Cannabis zählen eine Anhebung der Stimmung und ein Gefühl der Entspannung. Möglich ist auch ein heiteres Gefühl, verbunden mit einem gesteigerten Kommunikationsbedürfnis. Zu den Wirkungen, die als unangenehm erlebt werden, zählen eine niedergedrückte Stimmung, eine psychomotorische Erregung, Unruhe und Angst. Panikreaktionen und Verwirrtheit mit Verfolgungsphantasien bis hin zu paranoiden Wahnvorstellungen sind ebenfalls möglich.

Bei einem dauerhaften Konsum kann sich eine psychische und körperliche Abhängigkeit entwickeln. Die Gefahr, abhängig zu werden, ist je nachdem, in welchem Maße psychosoziale Risikofaktoren vorliegen, unterschiedlich hoch. Psychische Probleme wie beispielsweise Depressionen oder Angstsymptome können das Risiko deutlich erhöhen, Cannabis im Sinne einer „Selbstmedikation“ zu missbrauchen.

Trends

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey erlauben Aussagen zu den Trends des Cannabiskonsums bei 18- bis 59-Jährigen zwischen den Jahren 1995 und 2015. Bei einem wellenförmigen Verlauf zeigt sich über diesen Zeitraum eine insgesamt ansteigende Prävalenz des Konsums in den letzten 12 Monaten von 6,5 % auf 8,7 % bei Männern und von 2,3 % auf 5,3 % bei Frauen. Im Jahr 2015 lag die 12-Monats-Prävalenz in etwa auf dem Niveau des Jahres 2003. Keine statistisch bedeutsamen Veränderungen seit dem Jahr 2006 zeigten sich in Bezug auf den klinisch relevanten bzw. problematischen Cannabiskonsum.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht in ihren Repräsentativerhebungen auch den Cannabiskonsum der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland – zuletzt mit der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2015. Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist nach einem Rückgang in den Jahren 2004 bis 2011 zuletzt um etwa zwei Prozentpunkte angestiegen. Das Niveau des Jahres 2004 wurde damit aber noch nicht wieder erreicht. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren stieg die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums seit 2008 an und lag 2015 wieder auf dem Niveau von 2004. Die Entwicklung verlief in beiden Altersgruppen für die männlichen und weiblichen Befragten ähnlich.

Konsum und Prävalenzen

– bei Erwachsenen

Auch im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 bleibt Cannabis bei Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Bei einer 12-Monats-Prävalenz von 6,1 % ergibt sich eine Schätzung von aktuell 3,11 Millionen erwachsenen Cannabiskonsumenten in Deutschland. Männer konsumierten die Substanz häufiger als Frauen (7,4 % vs. 4,9 %). In den Altersgruppen zwischen 21 und 39 Jahren lag die Prävalenz höher als bei jüngeren und älteren Personen. Betrachtet man Indikatoren des

problematischen Konsums, so zeigten 1,4 % der Männer und 1,0 % der Frauen in den letzten 12 Monaten einen klinisch relevanten Cannabiskonsum nach den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS). Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 612.000 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren.

– bei Jugendlichen

In der Drogenaffinitätsstudie 2015 der BZgA gaben insgesamt 7,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 15,3 % der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Zwischen männlichen (8,1 %) und weiblichen Jugendlichen (6,3 %) gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen war die 12-Monats-Prävalenz der jungen Männer (20,6 %) höher als die der jungen Frauen (9,7 %).

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Eine Übersichtsarbeit zu Risiken des nicht medizinischen Cannabisgebrauchs (Hoch et al., 2015) zählt eine ganze Reihe von Symptomen auf, die in Abhängigkeit verschiedener Faktoren auftreten können. Insbesondere hoch dosierter, langjähriger und intensiver Cannabisgebrauch sowie Konsumbeginn im Jugendalter können mit einer Abhängigkeit, spezifischen Entzugssymptomen, kognitiven Einbußen, affektiven Störungen, Psychosen, Angststörungen und körperlichen Schädigungen (vor allem respiratorischen und kardiovaskulären Erkrankungen) einhergehen. Die Autoren schlussfolgern, dass weitere Forschung notwendig ist, um die Kausalität des Zusammenhangs von intensivem Cannabiskonsum und möglichen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit zu klären. Studien legen zudem nahe, dass der Cannabiswirkstoff THC ungünstig in die Entwicklung des Gehirns eingreift. Damit einher geht eine schlechtere Merkfähigkeit, was Auswirkungen auf die schulische und berufliche Leistung haben kann.

In einer Befragung (Schneider, 2016) zu den erlebten Belastungen von 198 Klienten ambulanter Suchthilfe-

einrichtungen mit einer primären Cannabisproblematik nannte gut die Hälfte der Befragten Probleme in der Schule oder Familie (53,4 % bzw. 52,9 %) und etwa ein Drittel Probleme im Freundeskreis, im Beruf oder in der Partnerschaft. Bei den von den Konsumenten berichteten Nebenwirkungen dominierten zunehmende Vergesslichkeit (70 %), Konzentrationsschwierigkeiten (61,1 %) und die Vernachlässigung früherer Aktivitäten (56,8 %).

Volkswirtschaftliche Folgen

Die durch schädlichen Cannabiskonsum verursachten ökonomischen Kosten werden auf 975 Millionen Euro pro Jahr bei 400.000 angenommenen Konsumenten mit schädlichem Konsum (entspricht 2.438 Euro pro Kopf und Jahr) geschätzt (Effertz et al., 2016). Gegebenenfalls fallen weitere Zusatzkosten durch Tabakkonsum an, wenn beides kombiniert konsumiert wird. Schließlich zeigen die Befunde auch signifikant erhöhte immaterielle Folgen wie Erschöpfung, Depression und Schmerzen. Durch die direkte medizinische Behandlung von Cannabiskonsumern mit schädlichem Konsum wie auch durch deren gesunkene Produktivität entstehen hohe volkswirtschaftliche Verluste.

Weiterlesen

Aktuelle cannabisbezogene Projekte werden in Kapitel 6 vorgestellt.

Cannabis als Medizin

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften können Cannabisarzneimittel im Einzelfall als Therapiealternative bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden.

Patientinnen und Patienten, denen durch bisherige Behandlungsoptionen nicht ausreichend geholfen werden konnte, können nach Verordnung durch den Arzt Cannabisarzneimittel in Form von getrockneten Blüten und Extrakten in kontrollierter Qualität in der Apotheke erhalten. Eine Ausnahmeerlaubnis vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist dafür nicht mehr nötig.

Mit Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Cannabisbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert, die bislang grundsätzlich auf zugelassene Fertigarzneimittel im jeweils zugelassenen Anwendungsgebiet begrenzt war. Um weitere Erkenntnisse zur Wirkung dieser Cannabisarzneimittel zu erlangen, wird eine Begleiterhebung durchgeführt.

Für die Versorgung mit Cannabisarzneimitteln in kontrollierter Qualität wird der Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland ermöglicht. Dazu wird eine staatliche „Cannabisagentur“ beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgebaut.



Crystal Meth

Substanz und Wirkung

Als „Crystal“ oder „Crystal Meth“ wird die Substanz Methamphetamin bezeichnet. Methamphetamin ist ein vollsynthetisches Stimulans, das seit den 1930er-Jahren als Medikament unter dem Handelsnamen Pervitin bis in die 1980er-Jahre vertrieben wurde. Aufgrund seines hohen Suchtpotenzials ist Methamphetamin bereits seit 1941 dem Betäubungsmittelrecht unterstellt. Methamphetamin ist chemisch eng verwandt mit Amphetamin (Speed), wobei sowohl der stimulierende Effekt als auch das Missbrauchspotenzial von Methamphetamin deutlich höher sind: Die körperliche Erregung durch Methamphetamin-Konsum geht einher mit einer physischen Leistungssteigerung. Eine Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit und Kreativität durch Methamphetamin ist meist nicht vorhanden. Da Methamphetamin schnell die Blut-Hirn-Schranke überwindet und der Abbau im Körper relativ lang braucht, kann ein Rausch stark und lange andauernd sein. Bei häufigerem Konsum lässt die Wirkungsdauer jedoch bald nach, da der Körper eine Toleranz entwickelt.

Die Substanz weist eine hochgradige Neurotoxizität auf. Verglichen mit anderen Stimulanzien (zum Beispiel Kokain oder Amphetamin) hat Crystal zudem das höchste Wirkpotenzial bzw. die längste Halbwertszeit, was die schädlichen Effekte und die Abhängigkeitsgefahr verstärkt.

Trends

Derzeit liegen keine bundesweiten Daten zu den Trends des Konsums von Crystal Meth vor. Sowohl im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurvey als auch der Drogenaffinitätsstudie wurde das Konsumverhalten dieser Substanz erstmalig im Jahr 2015 erhoben.

Konsum und Prävalenzen

– bei Erwachsenen

Auf Basis des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 wurde geschätzt, dass 0,6 % der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) in Deutschland schon mindestens einmal in ihrem Leben Crystal Meth konsumiert haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate wurde eine Prävalenz von

0,2 % ermittelt, wobei es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab. Hochgerechnet auf die Bevölkerung haben etwa 106.000 Personen im letzten Jahr Crystal Meth konsumiert. Der aktuelle Konsum war in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen deutlich weiter verbreitet als bei älteren Personen.

– bei Jugendlichen

In der Drogenaffinitätsstudie 2015 der BZgA gab es in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen nur vereinzelte Jugendliche, die berichteten, schon einmal Crystal Meth konsumiert zu haben. Die Lebenszeitprävalenz des Crystal Meth-Konsums lag bei Jugendlichen weit unter 1 Prozent. Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren gaben 0,6 % an, mindestens einmal im Leben Crystal Meth konsumiert zu haben.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Internationale Forschungsaktivitäten der letzten Jahre konnten vielfach nachweisen, dass langfristiger Methamphetamin-Konsum eine Reihe gesundheitlicher Beeinträchtigungen und körperlicher Verfallserscheinungen nach sich zieht. Gut belegt sind beispielsweise drohende kognitive Defizite, wie zum Beispiel Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses (Barr et al., 2006; London et al., 2005; Salo et al., 2007; Rendell et al., 2009), Organschäden und ein höheres HIV-Risiko. Mehrfach festgestellt wurden ferner eine Assoziation zwischen dem chronischen Missbrauch von Methamphetamin und Psychosen (McKetin et al., 2013) sowie eine größere Aggressionsbereitschaft und Gewalttätigkeit bei chronischen Methamphetamin-Konsumenten (Zweben et al., 2004; Marinelli-Casey et al., 2008; Sekine et al., 2006).

Neue Regelungen

Um die Herstellung von Methamphetamin in Europa zu bekämpfen, hat die EU-Kommission im September 2016 die Stoffe Chlorephedrin und Chlorpseudophe-drin dem europäischen Grundstoffrecht unterstellt.

Damit der unerlaubte Umgang mit diesen Stoffen auch strafbewehrt ist, wurde das Grundstoffüberwachungsgesetz im März 2017 entsprechend geändert.

Weiterlesen

Aktuelle Crystal Meth-bezogene Projekte werden in Kapitel 6 vorgestellt.

Opiate

Substanz und Wirkung

Opiate sind psychoaktive Substanzen, die aus dem Milchsaft des Schlafmohns gewonnen werden. Der Milchsaft stellt das Rohopium dar und enthält hauptsächlich Morphin und Codein. Das halbsynthetische Heroin wird durch ein chemisches Verfahren aus Morphin gewonnen. Heroin sowie andere morphin-ähnliche Stoffe, wie zum Beispiel das vollsynthetische Methadon, nennt man Opioide.

Heroin dockt an den Opiatrezeptoren im zentralen Nervensystem an und aktiviert diese, was in erster Linie das Schmerzempfinden mindert. Heroin gilt als eines der wirksamsten Schmerzmittel. Gleichzeitig wirkt Heroin entspannend, beruhigend und euphorisierend.

Opiate haben ein extrem hohes Abhängigkeitspotenzial. Bereits wenige Stunden nach dem letzten Konsum kommt es zu Entzugserscheinungen, deren körperliche Symptome von Schweißausbrüchen, Zittern, Schwächegefühlen, Gliederschmerzen, Magenkrämpfen und Übelkeit über Kreislaufstörungen, Temperaturschwankungen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen mit schweren Krampfanfällen und akuten Geistesstörungen reichen. Psychische Entzugssymptome äußern sich in Unruhegefühlen, Angstzuständen und depressiven Phasen bis hin zu Selbstmordgedanken.

Trends

Für den Zeitraum zwischen 1995 und 2015 können die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey für Aussagen in Bezug auf den Konsum von Heroin und anderen Opiaten bei Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren genutzt werden. Bei Männern als auch bei Frauen verlief die Lebenszeitprävalenz in dieser Zeitspanne in Wellen. Insgesamt zeigte sich bei Männern ein Rückgang von 2,0 % auf 1,6 % und bei Frauen ein Anstieg von 0,8 % auf 1,0 %. Allerdings

blieben die Prävalenzen seit dem Jahr 2009 stabil. Bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz des Opiatkonsums war seit dem Jahr 1995 keine statistisch bedeutsame Veränderung bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen. In allen Fällen lagen die Prävalenzwerte um bzw. unter 0,5 %.

Aus der Drogenaffinitätsstudie der BZgA liegen Daten zur Verbreitung des Heroinkonsums unter jungen Menschen in Deutschland seit 1973 vor. Der Anteil 12- bis 17-jähriger Jugendlicher, die angaben, schon einmal Heroin probiert zu haben, lag im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich unter 1 Prozent. Auch unter den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren fielen die Anteile derjenigen, die schon einmal Heroin probiert haben, gering aus. In der Regel lagen die Werte für die Lebenszeitprävalenz in dieser Altersgruppe im Bereich von einem halben bis einem Prozent.

Konsum und Prävalenzen

– bei Erwachsenen

In der aktuellen Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahr 2015 gaben 1,7 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 1,0 % der gleichaltrigen Frauen an, schon mindestens einmal im Leben Heroin oder andere Opiate konsumiert zu haben. Im Zeitraum der letzten 12 Monate haben bei beiden Geschlechtern 0,3 % der Befragten entsprechende Substanzen konsumiert, was einer Gesamtzahl von etwa 153.000 erwachsenen Konsumenten in Deutschland entspricht. Der aktuelle Konsum war bei 18- bis 20-Jährigen und bei 40- bis 49-Jährigen höher als in den anderen Altersgruppen.

– bei Jugendlichen

Die aktuellen Zahlen der Drogenaffinitätsstudie zeigen bezogen auf alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland eine geringe Verbreitung des Heroinkonsums. Die Lebenszeitprävalenz, also der Anteil derjenigen, die Heroin bisher schon einmal probiert haben, betrug bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen 0,1 % und bei 18- bis 25-jährigen Erwachsenen 0,5 %. Wenige Jugendliche und kaum einer der jungen Erwachsenen gaben an, auch in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Heroin konsumiert zu haben.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Ein zentrales gesundheitliches Problem des intravenösen Drogenkonsums stellen Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV dar. Unter allen in Deutschland 2015 neu gemeldeten Infektionen mit ausreichender Information zum Übertragungsweg war intravenöser Drogenkonsum der wahrscheinlichste Infektionsweg für 5 % der gemeldeten HIV-Infektionen und 76 % der Hepatitis-C-Infektionen.

In der DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts wiesen 70 % aller untersuchten intravenös konsumierenden Drogenkonsumenten mindestens eine der drei Infektionen HIV, HCV oder HBV auf. Die HIV-Prävalenz lag je nach Stadt zwischen 0 % und 9 %, die HCV-Prävalenz lag zwischen 23 % und 54 % (aktive HCV-Infektion, potenziell ansteckend), die HBV-Prävalenz betrug zwischen 5 % und 33 %. Ko-Infektionen von zwei oder drei Infektionen lagen bei einem Drittel der Infizierten vor.

Darüber hinaus sind Überdosierungen ein häufiges Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von Opiaten. Die Überdosierung von Heroin bzw. Morphin inklusive Vergiftung in Verbindung mit anderen Substanzen stellt die häufigste Todesursache im Zusammenhang mit Drogenkonsum dar (siehe Kapitel „Drogenbedingte Todesfälle“).

Substitution

Substitutionsregister

Nach § 13 Absatz 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Bundesländer das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Absatz 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden: den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Verschreibung, den Namen und

die Adresse des verschreibenden Arztes sowie gegebenenfalls auch den Namen und die Anschrift des beratend hinzugezogenen Arztes (Konsiliarius). Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt.

Ferner teilen die Ärztekammern der Bundesopiumstelle auf Anforderung mit, ob die an den Substitutionsbehandlungen beteiligten Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen.

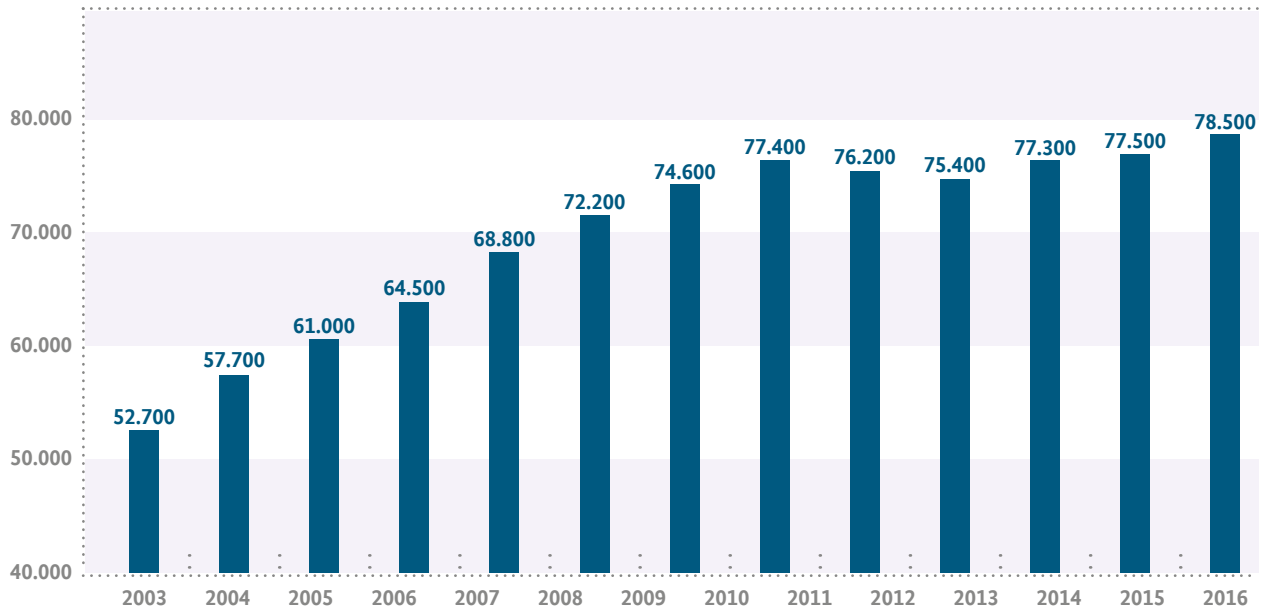
Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist in den ersten Jahren der Meldepflicht kontinuierlich angestiegen (von 46.000 Patienten in 2002 auf 77.400 Patienten in 2010). Seit 2011 hingegen ist die Anzahl weitgehend gleichbleibend und lag am 1. Juli 2016 bei 78.500 Patienten.

Im Jahr 2016 wurden im Substitutionsregister rund 93.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (zum Beispiel durch einen Wechsel des behandelnden Arztes oder längere Klinikaufenthalte) als auch bei den Ärzten (zum Beispiel aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen. 2016 haben insgesamt 2.590 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet.

2016 nutzten 524 Ärzte – also etwa 20 % der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärzte ohne suchtttherapeutische Qualifikation bisher bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen. Die Ärzte, die die Konsiliarregelung nutzten, haben rund 1 % aller Substitutionspatienten behandelt. Rund 15 % der substituierenden Ärzte hatten am Stichtag 1 Juli 2016 die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet. Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt

ABBILDUNG 15:

ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTEN IN DEUTSCHLAND VON 2003 BIS 2016 (JEWEILS STICHTAG 1. JULI)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

beträgt bundesweit 30, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark.

Die substituierenden Ärzte melden dem Substitutionsregister für jeden Substitutionspatienten das Substitutionsmittel mit seiner Wirkstoffbezeichnung (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin etc.). 2015 kam in Deutschland zusätzlich Morphin als zur Substitution zugelassenes Arzneimittel in den Handel.

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon kontinuierlich an.

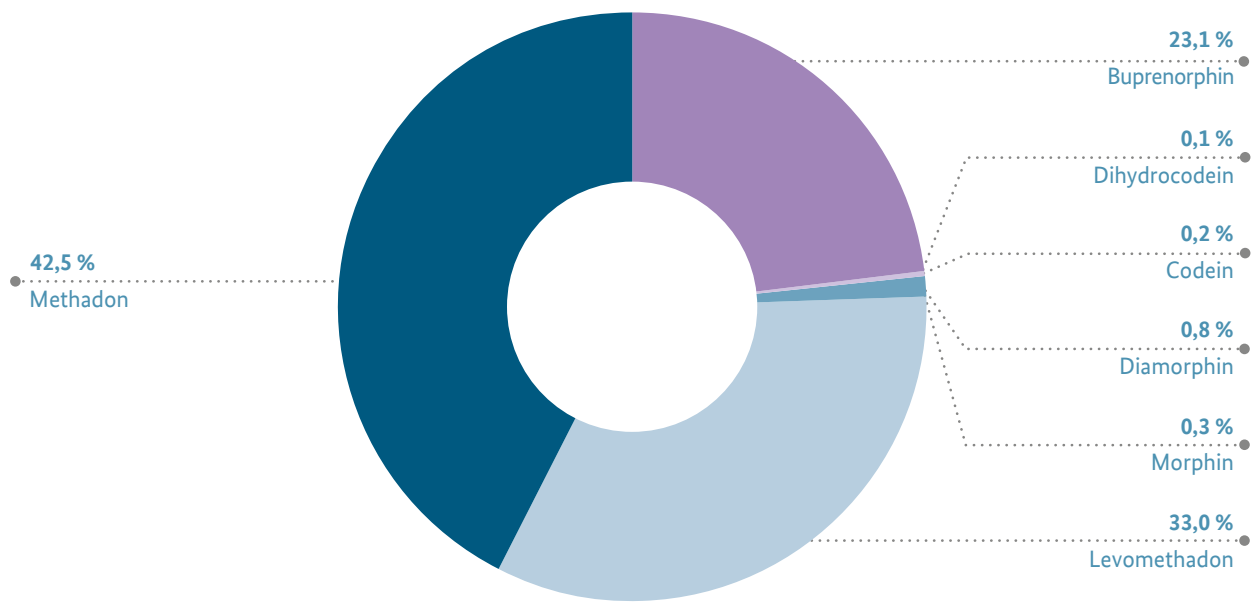
2016 wurden durch das Substitutionsregister bundesweit rund 150 Doppelbehandlungen von Patienten aufgedeckt und durch die betroffenen Ärzte entsprechend beendet.

Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (das heißt die Namen und Adressen der substituierenden Ärzte und der gegebenenfalls eingesetzten Konsiliaren, die Anzahl der Substitutionspatienten, Angaben zur suchttherapeutischen Qualifikation) für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung. Dies erfolgt über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwachungsbehörden hilft, bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden.

Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister.

ABBILDUNG 16:

ART UND ANTEIL DER GEMELDETEN SUBSTITUTIONSMITTEL (STICHTAG 1. JULI 2016)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Neue Regelungen

Das Bundeskabinett hat am 15. März 2017 die 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) beschlossen. Der Bundesrat hat der Verordnung am 12. Mai 2017 ohne Gegenstimmen zugestimmt. Damit werden die vor 25 Jahren erstmals erlassenen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Therapie von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit etwa von Heroin weiterentwickelt.

Mit der Neuregelung werden folgende bislang in der BtMVV geregelte Punkte in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt:

- Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung der Therapie
- der Umgang mit dem Gebrauch weiterer legaler oder illegaler Substanzen während einer Substitutionstherapie (Beikonsum)

- das Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme durch Patientinnen und Patienten, die einen gefestigten Umgang mit ihrem Suchtverhalten haben
- die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer zusätzlichen psychosozialen Betreuung

Der Grundsatz, dass Substitutionsmittel nur zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, also nur im Beisein von Fachpersonal eingenommen werden dürfen, bleibt auch in Zukunft erhalten. Die bisherige Ausnahme einer Verschreibung des Substitutionsmittels an gefestigte Patientinnen und Patienten zur eigenverantwortlichen Einnahme (Take-Home-Verschreibungen) wird fortentwickelt. In begründeten Einzelfällen dürfen Substitutionsärztinnen und Substitutionsärzte ein Mittel künftig für den Bedarf von bis zu 30 Tagen (statt grundsätzlich bis zu 7 Tagen) auch bei Inlandsaufenthalten verschreiben. Das erleichtert sowohl die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte

als auch den Weg der Substitutionspatienten in ein selbstbestimmtes Leben.

Um die wohnortnahe Versorgung der Betroffenen zu verbessern, wird zudem der Katalog der Einrichtungen, die Substitutionsmittel an Betroffene ausgeben dürfen, ausgeweitet. Hierzu zählen künftig etwa Rehabilitationseinrichtungen, Gesundheitsämter, Alten- und Pflegeheime sowie Hospize.

Die Vorschriften zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs, die im Rahmen einer Substitutionstherapie unverzichtbar sind, werden dagegen in der BtMVV fortgeführt.

Die Neuregelungen zielen auch darauf ab, mehr Ärztinnen und Ärzte für die Beteiligung an der Substitutionsbehandlung zu gewinnen und damit die Versorgung der Substitutionspatientinnen und Substitutionspatienten, vor allem im ländlichen Raum, zu verbessern.

Weiterlesen

Aktuelle opiatbezogene Projekte werden in Kapitel 6 vorgestellt.

Neue psychoaktive Stoffe

Substanz und Wirkung

Neue psychoaktive Stoffe (NPS), sogenannte Legal Highs, werden unter anderem als „Räuchermischungen“, „Badesalze“ oder „Reiniger“ angeboten. Meist ähneln diese neuen synthetischen Substanzen in ihrer Wirkung bekannten Substanzen wie Cannabis, Ecstasy oder Amphetamin. Eine genaue Beschreibung der Wirkung ist aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Substanzen nicht möglich. Gezielte Manipulationen der chemischen Struktur ermöglichen es, kontinuierlich neue Substanzen auf den Markt zu bringen. Neue psychoaktive Stoffe werden zum Beispiel als Pulver, Tabletten, Kräuter oder Kapseln angeboten. Die größten Stoffgruppen sind synthetische Cannabinoide, die eine ähnliche Wirkung haben wie der Cannabis-Wirkstoff THC und synthetische Cathinone (Amphetaminderivate). In der Regel ist bei den NPS weder die Zusammensetzung der Wirkstoffe noch deren Menge bekannt. Daher ist der Konsum mit nicht zu kalkulierenden gesundheitlichen Risiken und mit zum Teil gravierenden Folgen verbunden.

Trends

Aussagen zu den Trends des Konsums neuer psychoaktiver Stoffe in Deutschland sind derzeit nicht möglich. In den bundesweiten Befragungen des Epidemiologischen Suchtsurvey und der Drogenaffinitätsstudie wurde die einheitliche Erfassung dieser Gruppe von Substanzen erst in den Erhebungen des Jahres 2015 eingeführt.

Konsum und Prävalenzen

– bei Erwachsenen

Von den im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 befragten 18- bis 64-Jährigen gaben 2,8 % an, mindestens einmal in ihrem Leben neue psychoaktive Stoffe konsumiert zu haben. Bei Männern lag die Prävalenz mit 3,1 % höher als bei Frauen mit 2,5 %. Bezogen auf die letzten 12 Monate gaben 0,9 % der Erwachsenen einen Konsum dieser Stoffe an. Hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen Männern

und Frauen. Bezogen auf die bundesdeutsche Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren haben somit 459.000 Personen im letzten Jahr neue psychoaktive Stoffe konsumiert. Die höchsten Prävalenzen zeigte die Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen.

– bei Jugendlichen

Der Konsum der neuen psychoaktiven Stoffe wurde erstmalig im Jahr 2015 in der Drogenaffinitätsstudie der BZgA erfasst. Von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen gaben 0,1 % an, schon einmal neue psychoaktive Stoffe konsumiert zu haben. Unter den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen war die Erfahrung mit dem Konsum dieser Stoffe höher. 2,2 % berichteten, mindestens einmal NPS probiert zu haben. Für die Mehrheit dieser Gruppe lag der letzte Konsum aber schon mehr als zwölf Monate zurück. Insgesamt 0,3 % aller 18- bis 25-Jährigen haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung neue psychoaktive Stoffe konsumiert.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Im Rahmen des EU-Projekts „SPICE II plus“ wurde in den Jahren 2013 und 2014 eine Online-Erhebung unter im Konsum von NPS erfahrenen Personen durchgeführt. Hierbei wurden unter anderem kurz- sowie mittel- bis langfristige negative Effekte von NPS bei 771 Konsumenten erhoben. 666 der Konsumenten berichteten von Erfahrungen mit synthetischen Cannabinoiden, 347 von Erfahrungen mit Research Chemicals und 225 von Erfahrungen mit anderen sogenannten Legal Highs wie etwa Badesalzen (Doppelnennungen möglich). Die am häufigsten berichteten kurzfristigen negativen Effekte waren Herzrasen, Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen, Übelkeit und Panikattacken. Als mittel- und langfristige negative Folgen wurden am häufigsten Craving (starkes Substanzverlangen) und Entzugssymptome berichtet. Die meisten negativen Effekte wurden für synthetische Cannabinoide genannt, dies gilt ebenso für schwerere Nebenwirkungen wie Bewusstlosigkeit oder Atemnot und Entzugssymptome. Personen mit häufigerem

Konsum (mindestens zehnmaliger Konsum einer Substanz) berichteten deutlich mehr negative Effekte als Personen mit gelegentlichem Konsum.

Neue Regelungen

Am 26. November 2016 ist das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) in Kraft getreten.

Das Bundesgesundheitsministerium hat mit diesem Gesetz in Ergänzung zum einzelstofflichen Ansatz des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) einen neuen Ansatz entwickelt, mit dem erstmals in Deutschland ganze Stoffgruppen, welche eine Vielzahl von Einzelsubstanzen umfassen, verboten werden. Dadurch wird den von NPS insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene ausgehenden erheblichen Gesundheitsgefahren vorausschauend und effektiver begegnet. Es ist nicht mehr wie zuvor möglich, durch kleine chemische Veränderungen die Verbote und Strafvorschriften des BtMG zu umgehen und gefährliche Stoffe als vermeintlich legal auf den Markt zu bringen.

Das NpSG sieht ein weitreichendes Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handels mit NPS und eine Strafbewehrung der Weitergabe von NPS vor. Ziel des Gesetzes ist es, die Verbreitung von NPS zu bekämpfen und so ihre Verfügbarkeit als Konsum- und Rauschmittel einzuschränken.

Die beiden Stoffgruppen von NPS, die dem Verbot unterliegen, sind in der Anlage des Gesetzes aufgeführt:

1. Von 2-Phenethylamin abgeleitete Verbindungen (das heißt mit Amphetamin verwandte Stoffe, einschließlich Cathinone)
2. Cannabimimetika/synthetische Cannabinoide (das heißt Stoffe, die die Wirkung von Cannabis imitieren)

Diese Verbindungen machen seit dem Jahr 2005 zwei Drittel aller neuen Stoffe aus, die über das europäische Frühwarnsystem gemeldet werden. Insofern

besteht zunächst bei diesen Stoffgruppen ein vordringlicher gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Je nach Entwicklung des Marktes kann es in der Zukunft angezeigt sein, weitere Stoffgruppen den Regelungen des NpSG zu unterstellen oder aber Stoffgruppen auszuweiten oder einzuschränken. Den Stoffgruppen unterfallende Einzelstoffe, die sich als nicht nur gering psychoaktiv und als in besonderer Weise gesundheitsgefährdend erweisen sowie in größerem Ausmaß missbräuchlich verwendet werden, werden auch weiterhin aufzählend in die Anlagen des BtMG aufgenommen. In diesen Fällen gehen die strengeren Regelungen des BtMG denen des NpSG vor.

So hat die Bundesregierung mit der 31. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 31. Mai 2016 sechs NPS in die Anlagen des BtMG aufgenommen. Mit der 18. Verordnung zur Änderung von Anlagen des BtMG, die sich im parlamentarischen Verfahren befindet, sollen weitere zwölf Stoffe dem BtMG unterstellt werden, zu denen positive Voten des Betäubungsmittel-Sachverständigenausschusses vorliegen.

Weiterlesen

Aktuelle NPS-bezogene Projekte werden in Kapitel 6 vorgestellt.

2.5 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Verhalten und Diagnoseproblematik

Mit verschiedenen Begriffen wie „Computerspielabhängigkeit“, „pathologischer Internetgebrauch“ und „Internetsucht“ werden Verhaltensweisen bezeichnet, die viele Merkmale von Sucht oder Abhängigkeit aufweisen. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand werden die neu erforschten Störungsbilder im Bereich der Computerspiel- und Internetnutzung den stoffungebundenen Suchterkrankungen (Verhaltenssüchten) zugerechnet.

Die Betroffenen haben zum Beispiel ihren Umgang mit dem Internet und Computerspielen nicht mehr unter Kontrolle, sie beschäftigen sich gedanklich übermäßig stark damit, fühlen sich unruhig oder gereizt, wenn sie diese Angebote nicht nutzen können, oder sie vernachlässigen andere wichtige Lebensaufgaben wegen des Computerspielens oder der Internetnutzung. Während für den Bereich des Computerspielens weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass es deutliche Parallelen zu einem Suchtverhalten gibt, ist derzeit noch nicht geklärt, ob weitere internetbezogene Verhaltensweisen – hierbei ist insbesondere die exzessive Nutzung sozialer Netzwerke zu nennen – ebenfalls den Verhaltenssüchten zuzuordnen sind. Ein wichtiger Schritt zur Klärung der Frage, wann eine Computerspielnutzung mit Krankheitswert vorliegt, erfolgte 2013 durch die Expertengruppe für die fünfte Revision des „Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen“ (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA). Da Belege zu Störungen mit Krankheitswert vor allem im Bereich der pathologischen Computerspielnutzung vorliegen, wurde die Forschungsdiagnose auf diese begrenzt und als Internet Gaming Disorder bezeichnet.

Internet Gaming Disorder

Wenn fünf (oder mehr) der folgenden Symptome über eine Periode von zwölf Monaten bestehen, liegt eine Internet Gaming Disorder vor (DSM-5):

- dauernde Beschäftigung mit Internet- bzw. Online-Spielen
- Entzugssymptome, wenn nicht gespielt werden kann, zum Beispiel Unruhe, Gereiztheit
- Toleranzentwicklung: Bedürfnis, immer mehr zu spielen
- Kontrollverlust: Versuche, weniger oder nicht zu spielen, missglücken
- Verlust des Interesses an früheren Hobbys oder anderen Aktivitäten
- Täuschung von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen Personen über das wirkliche Ausmaß des Online-Spielens
- Gebrauch der Online-Spiele, um negativen Emotionen (zum Beispiel Hilflosigkeit, Ängstlichkeit) zu entkommen
- Gefährdung oder Verlust von Beziehungen, Arbeit oder Ausbildung wegen des Online-Spielens
- exzessives Online-Spielen trotz des Wissens um die psychosozialen Probleme

Andere Formen problematischer Computernutzung, etwa bezüglich sozialer Netzwerke, gelten zurzeit als noch nicht hinreichend untersucht. Einheitlich anerkannte Methoden zur Erfassung der Störung stehen zudem derzeit noch aus.

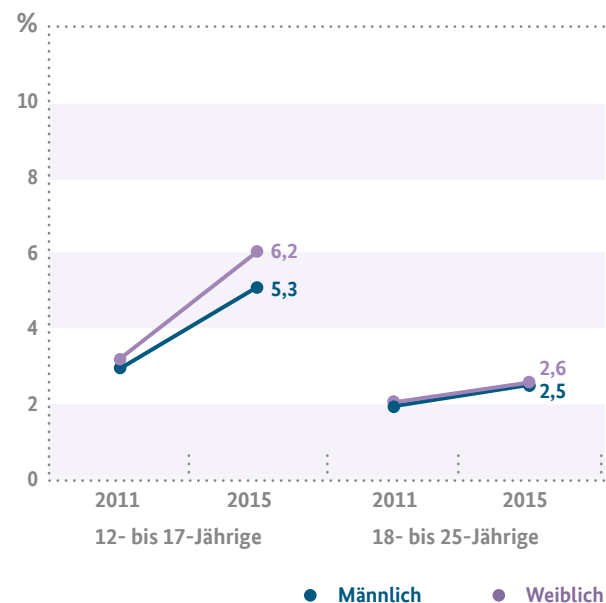
Trends

In der Drogenaffinitätsstudie der BZgA wird die Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit unter 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland mit der „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) untersucht. Diese Skala wurde erstmals im Jahr 2011 in einer Drogenaffinitätsstudie eingesetzt. Mit der Drogenaffinitätsstudie 2015 liegen nun Daten für einen zweiten Messzeitpunkt vor und ein Vergleich der beiden Jahre ist möglich. Die Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit hat sich unter männlichen und weiblichen

12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2011 bis 2015 statistisch signifikant erhöht. Bei weiblichen Jugendlichen hat sie sich fast verdoppelt. Bei jungen Männern und Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren liegen die Werte im Jahr 2015 geringfügig höher als noch 2011.

ABBILDUNG 17:

VERBREITUNG DER COMPUTERSPIEL- UND INTERNET-ABHÄNGIGKEIT UNTER MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN IN DEN JAHREN 2011 UND 2015



Quelle: BZgA, 2017; Definition Computerspiel- und Internetabhängigkeit: Befragte mit mindestens 30 Punkten in der Compulsive Internet Use Scale (CIUS)

Prävalenzen

Es gibt eine Reihe von Prävalenzstudien zu Internetbezogenen Störungen. Allerdings gibt es eine große Bandbreite an ermittelten Zahlen, was insbesondere an den unterschiedlichen Studiendesigns liegt. Die Ergebnisse variieren aufgrund studienspezifischer Faktoren wie untersuchte Populationen, Repräsentativität, Erhebungsverfahren und Definition der Störung. Drei aktuelle Studien aus Deutschland sollen das Ausmaß des Problems beschreiben:

Drogenaffinitätsstudie der BZgA

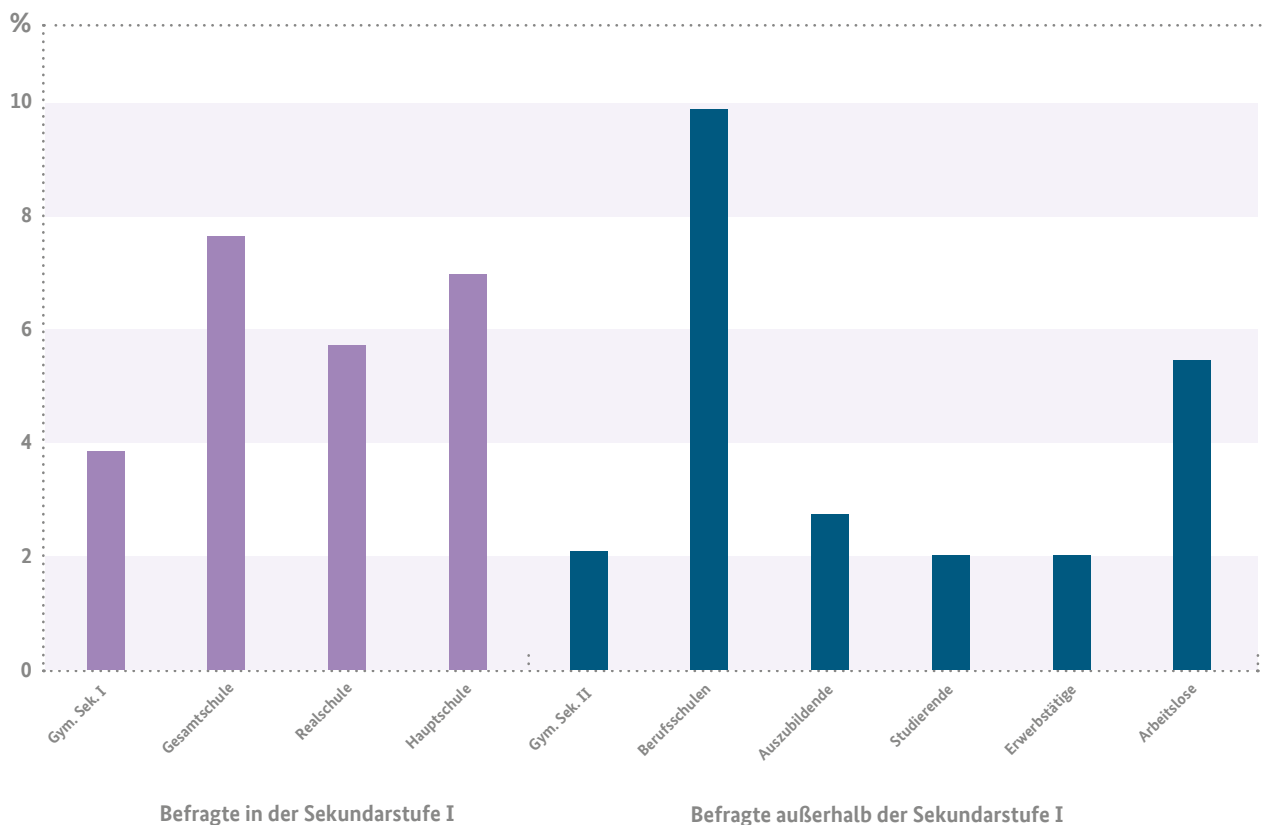
Im Jahr 2015 ist nach den Befunden der Drogenaffinitätsstudie der BZgA bei 5,8 % aller 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von einer Computerspiel- oder Internetabhängigkeit auszugehen. Weibliche Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sind mit 7,1 % statistisch signifikant stärker betroffen als die männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe (4,5 %). Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist die Computerspiel- oder Internetabhängigkeit mit insgesamt 2,8 % geringer verbreitet als unter Jugendlichen. Die jungen Männer und Frauen dieser Altersgruppe unterscheiden sich nicht.

Die Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit unterscheidet sich bei 12- bis 25-Jährigen nach Bildungs- und sozialen Merkmalen.

Bei Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe I sind Computerspiel- und Internetabhängigkeit in der Gruppe, die das Gymnasium besuchen, am geringsten (3,8 %) und in der Gruppe, die in der Gesamtschule ist, am weitesten (7,6 %) verbreitet. Bezogen auf ihre aktuelle Ausbildungssituation oder Tätigkeit sind bei den Befragten, die nicht mehr in der Sekundarstufe I sind, Berufsschülerinnen und Berufsschüler (9,8 %) deutlich häufiger betroffen als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (2,1 %).

ABBILDUNG 18:

VERBREITUNG DER COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT NACH BILDUNGS- UND SOZIALEN MERKMALEN BEI 12- BIS 25-JÄHRIGEN IM JAHR 2015



Quelle: BZgA, 2017; Definition Computerspiel- und Internetabhängigkeit: Befragte mit mindestens 30 Punkten in der Compulsive Internet Use Scale (CIUS)

Studie „Game over“ der DAK-Gesundheit

Für die repräsentative Untersuchung „Game over: Wie abhängig machen Computerspiele?“ der DAK-Gesundheit und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurden 1.531 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Erstmals wurde in dieser Studie die Häufigkeit einer Computerspielabhängigkeit in einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe untersucht.

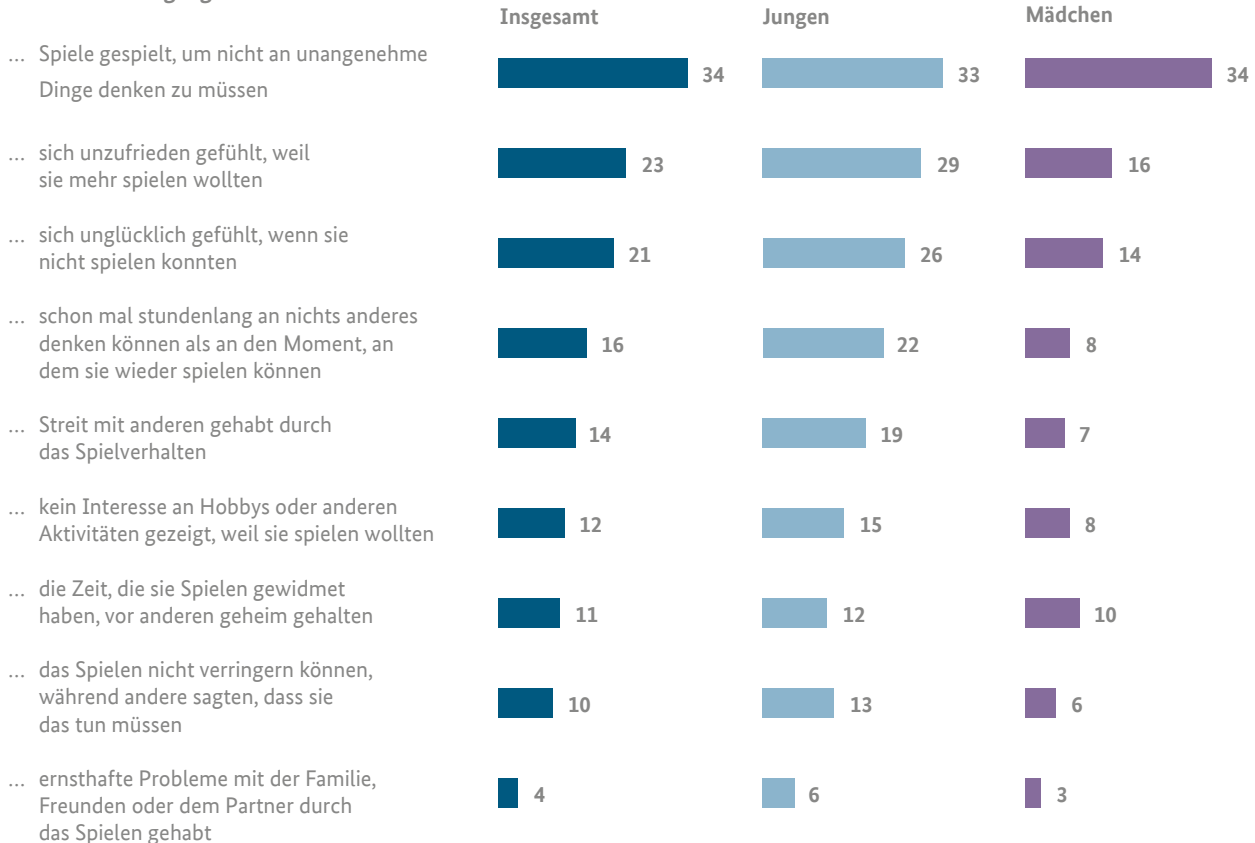
Die Grundlage bildeten die Kriterien der amerikanischen „Internet Gaming Disorder Scale“. Werden

mindestens fünf von neun Standardfragen mit „Ja“ beantwortet, gelten die Teilnehmer laut Fragebogen als „computerspielabhängig“.

Danach erfüllen 8,4 % der männlichen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 bis 25 Jahren die Kriterien für eine Abhängigkeit nach der „Internet Gaming Disorder Scale“. Jeder zwölfte Junge oder junge Mann ist diesen Zahlen zufolge süchtig nach Computerspielen. Der Anteil der betroffenen Mädchen und jungen Frauen liegt mit 2,9 % deutlich niedriger. Insgesamt beträgt der Anteil der Betroffenen in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen 5,7 %.

ABBILDUNG 19:
AUSWIRKUNGEN DES SPIELVERHALTENS

Es haben im vergangenen Jahr ...



Quelle: DAK; Angaben in Prozent; Basis: Befragte, die am Computer, Tablet, der Spielekonsole oder am Smartphone Spiele spielen

Wie die Studie weiter zeigt, verursacht die exzessive Nutzung von Computerspielen massive Probleme bei den Betroffenen. Für die befragten Jungen und jungen Männer beinhaltet das, dass sie am Wochenende im Durchschnitt fast drei Stunden pro Tag am Computer spielten. Sechs Prozent hatten „ernsthafte Probleme mit Familie oder Freunden“ durch Computerspiele. 13 % konnten das Spielen, entgegen dem Rat anderer Menschen, nicht reduzieren. 19 % hatten Streit durch ihr Spielverhalten. 26 % fühlten sich unglücklich, weil sie nicht spielen konnten. Befragte Mädchen hingegen berichteten nur halb so häufig oder noch seltener von derartigen Problemen.

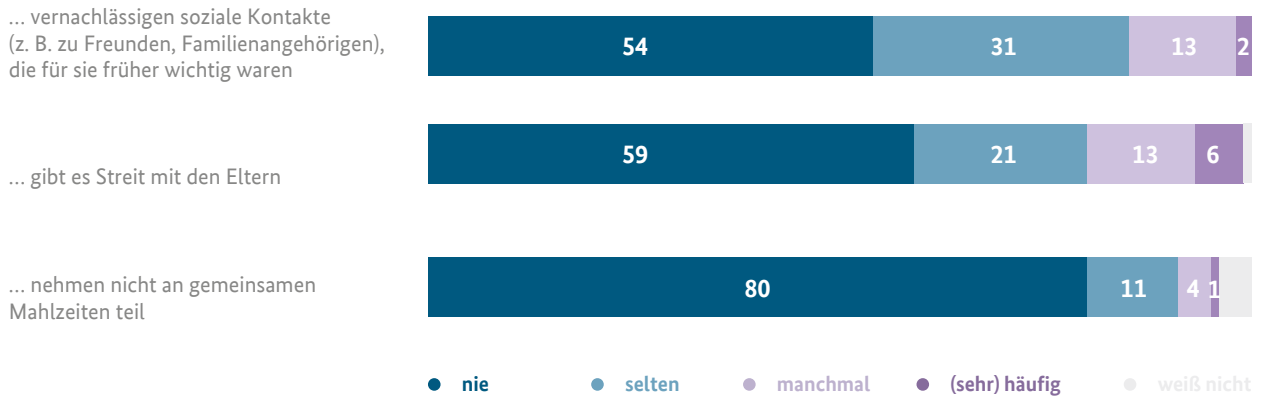
Laut Untersuchung haben Computerspiele bei den befragten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwach-

senen häufig negative soziale Auswirkungen in verschiedenen Bereichen:

- 46 % der Befragten vernachlässigen soziale Kontakte zu Freunden oder zu Familienangehörigen, die ihnen früher wichtig waren. In der Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen Jungen sind es mit 69 Prozent die meisten.
- 40 % der Befragten haben wegen der Nutzung von Computerspielen Streit mit den Eltern. In der Altersgruppe der 12- bis 14-jährigen Jungen sind es mit 89 % die meisten.
- 16 % der Befragten nehmen wegen der Nutzung von Computerspielen nicht an gemeinsamen Mahlzeiten teil. In der Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen Jungen sind es mit 34 % die meisten.

ABBILDUNG 20:
AUSWIRKUNGEN DER COMPUTERSPIELE

Wegen der Nutzung von Computerspielen ...



Quelle: DAK; Angaben in Prozent; Basis: Befragte, die am Computer, Tablet, an der Spielekonsole oder am Smartphone Spiele spielen

BLIKK-Studie

Um besser zu verstehen, wie sich die Nutzung digitaler Medien auf die kindliche Entwicklung auswirkt, führt die Rheinische Fachhochschule Köln in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte die Studie BLIKK (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz, Kommunikation) durch.

Im Rahmen einer Querschnittsstudie wird seit Juni 2016 bundesweit in 79 Kinder- und Jugendarztpraxen das digitale Mediennutzungsverhalten von Kindern und Jugendlichen (und deren Eltern) in den drei Altersclustern: 0–1 Jahr (Säuglinge), 2–6 Jahre (Vorschulkinder) sowie Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 14 Jahren (Schulkinder) evaluiert und mit den korrespondierenden Ergebnissen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen nach PaedCheck® (U3 bis zur J1) und einem Fragebogen zum Lebensumfeld korreliert.

Auf der Basis dieses Studiensettings soll unter anderem die digitale Mediennutzungskompetenz der Eltern sowie die der Kinder bzw. Jugendlichen abgebildet werden. Der wissenschaftliche Hypothesenansatz geht davon aus, dass eine dysregulierte Mediennutzungskompetenz ein weiterer Faktor für das Auftreten von Entwicklungs- und/oder Verhaltensstörungen sein kann.

Ergebnisse der Studie, in die rund 5.600 Kinder und Jugendliche einbezogen waren, wurden Ende Mai 2017 in Berlin vorgestellt:

- 70 % der Kinder im Kita-Alter benutzen das Smartphone ihrer Eltern mehr als eine halbe Stunde täglich
- 69,5 % der 2- bis 5-Jährigen können sich weniger als zwei Stunden selbständig ohne die Nutzung von digitalen Medien beschäftigen
- Bei denjenigen, die intensiv digitale Medien nutzen, zeigt sich in allen untersuchten Altersgruppen eine motorische Hyperaktivität
- Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr finden sich vermehrt Sprachentwicklungsstörungen
- Wird eine digitale Medienkompetenz nicht frühzeitig erlernt, besteht ein erhöhtes Risiko, den Umgang mit den digitalen Medien nicht kontrollieren zu können

Projektpartner der BLIKK-Studie: Institut für Medizinökonomie & Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen Fachhochschule Köln (RFH), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Allgemeine Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP).

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zur Prävention und Behandlung von Internetabhängigkeit finden Sie in Kapitel 6 „Projekte, Studien und Initiativen“.



The logo features the word 'BLIKK' in large, colorful, stylized letters (B: red, L: blue, I: yellow, K: green, K: purple) with a yellow mobile phone icon integrated into the letter 'I'. To the right of 'BLIKK' is a hyphen followed by the word 'MEDIEN' in solid blue capital letters.

Bewältigung Lernverhalten Intelligenz Kompetenz Kommunikation

Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien

2.6 Pathologisches Glücksspiel

Verhalten und Diagnose

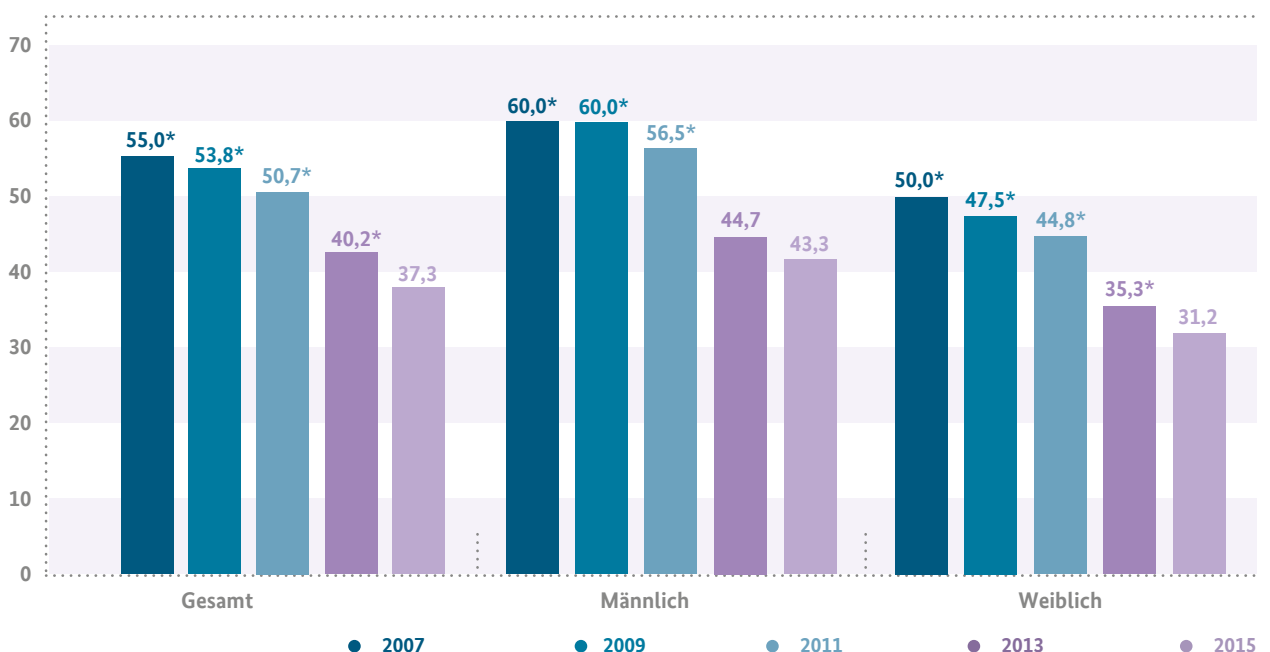
Glücksspiel kann von anderen Spielformen wie beispielsweise Gesellschaftsspielen besonders über das Kriterium „Einsatz von Geld“ unterschieden werden. Dieser Einsatz von Geld kann bei einem auffälligen Spielverhalten, bis hin zum Kontrollverlust, weitreichende negative persönliche und gesellschaftliche Effekte haben. Betroffene Personen gefährden bei hohen finanziellen Verlusten und zwanghaftem („spielsüchtigem“) Verhalten nicht selten ihre finanzielle und gesellschaftliche Existenz. Finanzielle Verluste, Abhängigkeit, psychische und emotionale Belastungen, Konflikte in der Familie oder am Arbeitsplatz können die Folgen sein. Das pathologische (zwanghafte) Glücksspiel wurde mittlerweile im internationalen diagnostischen System der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation als eigenständige psychische Erkrankung anerkannt.

Die Studie „Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland“ wurde bereits zum fünften Mal von der BZgA durchgeführt, um ein Monitoring zum Glücksspielverhalten in Deutschland bereitzustellen (n = 11.500). Die Befragung wird seit 2007 regelmäßig alle zwei Jahre durchgeführt, wodurch die Entwicklung der Prävalenzen auch beim pathologischen Glücksspiel beobachtet werden kann und gegebenenfalls adäquate Präventionsmaßnahmen erfolgen können.

Um pathologische Glücksspieler in der Befragung identifizieren zu können, wurden alle Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor dem Befragungszeitpunkt mindestens ein Glücksspiel gespielt haben, mithilfe eines standardisierten und validierten Instruments (South Oaks Gambling Screen – SOGS) auf pathologisches Spielverhalten hin überprüft. Hierzu werden 20 Fragen – wie zum Beispiel Frage 1: „Wenn Sie spielen, wie häufig versuchen Sie an einem der nächsten Tage durch erneutes Spielen Geldverluste zurück-

ABBILDUNG 21:

TRENDS TEILNAHME AN IRGEND EINEM GLÜCKSSPIEL IN DEN LETZTEN 12 MONATEN IN DEN BZGA-SURVEYS 2007 BIS 2015 (IN PROZENT)



Stichprobe: 2007: 10.001, 2009: 10.000, 2011: 10.002, 2013: 11.501, 2015: 11.501 (Die Fallzahlen der einzelnen Jahre weichen geringfügig von der Stichprobengröße ab, da „missings“ in der Auswertung nicht berücksichtigt wurden). 2009 bis 2011: Festnetzstichprobe, 2013 und 2015: „Dual Frame“-Stichprobe.

* p < 0,05 %

Quelle: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel

zugewinnen?“ – gestellt. Sobald mindestens 5 der 20 Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, wird der Befragte als vermutlich pathologischer Glücksspieler klassifiziert. Um ergänzend auch eine Symptomatik im Sinne einer vorklinischen Belastung analysieren zu können, hat es sich auch durchgesetzt, Befragte, die 3 oder 4 der 20 Fragen mit „Ja“ beantworten, als „problematisch Glücksspielende“ einzustufen.

Trends

Der Anteil problematischer Glücksspieler unter allen Befragten betrug im Jahr 2015 0,42 % (männlich: 0,66 %, weiblich: 0,18 %) und der Anteil pathologischer Spieler 0,37 % (männlich: 0,68 %, weiblich: 0,07 %). Gegenüber 2013 sind damit beide Quoten zurückgegangen und liegen aktuell wieder knapp unter dem Niveau der Studie aus dem Jahre 2011.

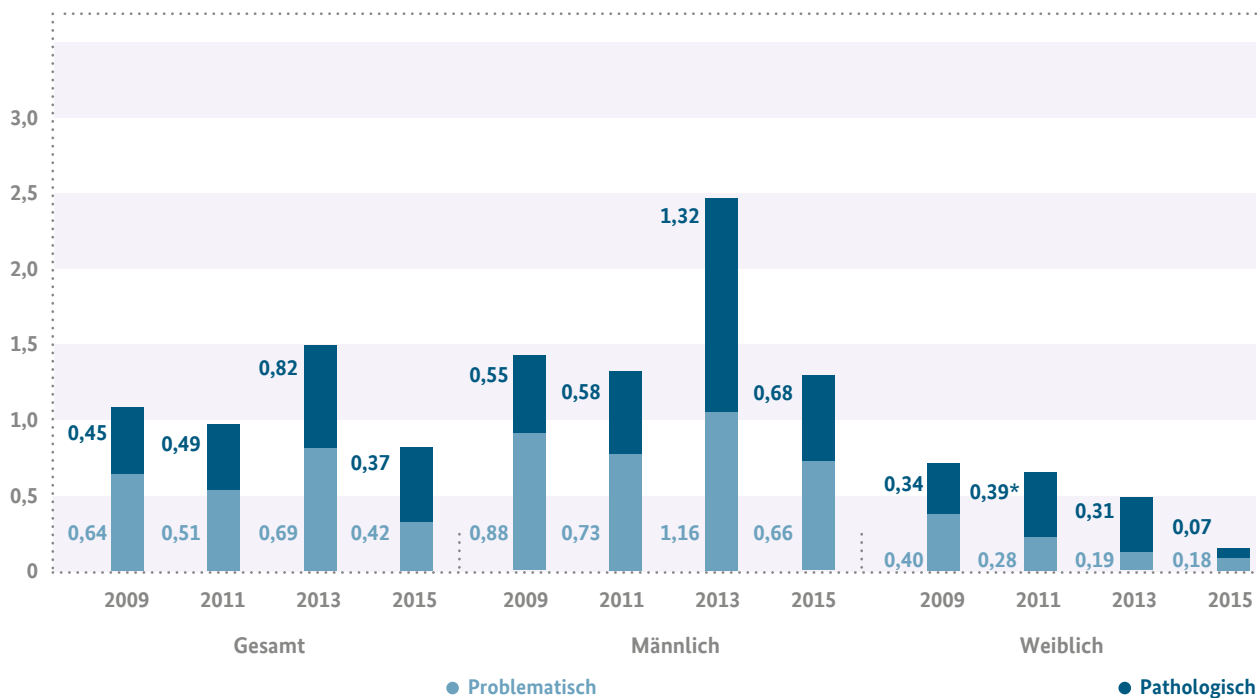
Prävalenzen

– bei Erwachsenen

Zieht man soziodemografische Merkmale heran, um das Phänomen problematischen Glücksspielverhaltens näher beschreiben zu können, werden einige Merkmale deutlich, die verstärkt mit einem tendenziell pathologischen Spielverhalten einhergehen. So macht der Vergleich zwischen Befragungspersonen, die als „unproblematisch“, „auffällig“ und „mindestens problematisch“ charakterisiert wurden, deutlich, dass eine Vielzahl von soziodemografischen Merkmalen einen Einfluss auf das Spielverhalten hat oder als „Risikofaktoren“ bei einer entstehenden Glücksspielsucht anzusehen sind. Betrachtet man Geschlechtsunterschiede, wurde bereits in früheren Studien deutlich, dass, bezogen auf die Frage, ob jemals ein Glücksspiel gespielt wurde, signifikant mehr Männer Glücksspiele

ABBILDUNG 22:

TRENDS PROBLEMATISCHES UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELVERHALTEN NACH GESCHLECHT IN DEN BZGA-SURVEYS 2009 BIS 2015 (IN PROZENT)



Stichprobe: 2007: 10.001, 2009: 10.000, 2011: 10.002, 2013: 11.501, 2015: 11.501 (Die Fallzahlen der einzelnen Jahre weichen geringfügig von der Stichprobengröße ab, da „missings“ in der Auswertung nicht berücksichtigt wurden). 2009 bis 2011: Festnetzstichprobe, 2013 und 2015: „Dual Frame“-Stichprobe.

* $p < 0,05$ %

Quelle: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel

spielen als Frauen. Hinsichtlich „auffälliger“ oder „mindestens problematischer“ Spielweise ist ein signifikanter Geschlechtereffekt zu beobachten. 54,5 % aller Befragten mit „unproblematischem“ Glücksspielverhalten sind Männer. Der Anteil der Männer steigt bei „auffälligem“ Glücksspielverhalten auf 64,6 % und bei Befragten mit „mindestens problematischem“ Glücksspielverhalten auf 84,7 % signifikant an. Fokussiert man sich auf Befragungspersonen mit „mindestens problematischer“ Spielweise, sind weitere signifikante Effekte sichtbar. Befragte mit „mindestens problematischem“ Glücksspielverhalten sind demnach zu 84,7 % männlich, spielen zu 64,4 % mehr als ein Glücksspiel, setzen zu 54,4 % mindestens 100 Euro pro Monat ein und spielen zu 53,7 % regelmäßig mindestens ein Glücksspiel. Weiterhin erhöht sich das Risiko, pathologisches Glücksspiel zu betreiben, signifikant bei Personen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen oder einen Migrationshintergrund aufweisen.

– bei Jugendlichen

Im letzten Befragungsjahr der Studie (Jahr 2015) wurde zum zweiten Mal nach 2013 das Erhebungsinstrument zur Erfassung glücksspielassoziierter Probleme bei Jugendlichen in einer für diese Zielgruppe adaptierten Form verwendet, um glücksspielassozierte Probleme bei Jugendlichen adäquater abbilden zu können. Da bei Jugendlichen zumeist noch keine Verfestigung einer starken Störungssymptomatik besteht, wird auf die Klassifizierung von pathologisch Spielenden verzichtet, wodurch die pathologische Glücksspielsucht bislang eher als Phänomen innerhalb des Erwachsenenalters zu charakterisieren ist.

In der letzten Erhebung haben 18,2 % der befragten 16- bis 17-jährigen Jugendlichen und 37,9 % der über 18-jährigen Erwachsenen in den letzten 12 Monaten mindestens ein Glücksspiel gespielt. Differenziert man beide Gruppen bezogen auf ihr Glücksspielverhalten, so wurden 0,37 % der 16- bis 17-Jährigen und 0,81 % der Erwachsenen mit mindestens „problematischem“ Glücksspielverhalten identifiziert.

Auch wenn die 0,37 % der identifizierten Jugendlichen (ausschließlich Jungen) noch nicht als pathologisch klassifiziert wurden, kommt der Prävention in diesem Alterssegment eine besondere Bedeutung zu, da junge Erwachsene im Alter bis 25 Jahre ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen, „problematische“ oder pathologische Spielweisen zu entwickeln (1,40 % der 21- bis 25-Jährigen).

Volkswirtschaftliche Folgen

Das Angebot von Glücksspielen geht für die Freizeitspieler mit Spielfreude einher, beschert den Anbietern Unternehmensgewinne und dem Staat Steuereinnahmen. Zugleich entstehen aus dem Angebot von Glücksspielen auch negative Folgen für die Gesellschaft. Diese erwachsen im Wesentlichen aus dem Phänomen der Spielsucht, durch welche das Spielverhalten zwanghaft und unkontrolliert wird. Weitere negative Folgen haben ihre Ursache in Begleitkriminalität wie Wettmanipulation oder Geldwäsche.

Für eine gesamtgesellschaftliche Bewertung von Glücksspielen müssen die Kosten dem Nutzen gegenübergestellt werden. Für derlei Analysen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine standardisierte Methodik entwickelt. Wird für Deutschland eine Anzahl von 195.000 pathologischen und 245.000 problematischen Spielern (Mittelwert über verschiedene Studien) zugrunde gelegt, ergibt sich aus den von der WHO als relevant erachteten Effekten ein gesamtgesellschaftlicher Nettoeffekt von -411 Millionen Euro pro Jahr. Hierbei bleiben allerdings jegliche Kosten unberücksichtigt, die von den Spielern selbst getragen werden, da angenommen wird, dass diese vollständig rational handeln und auch ein Spielsüchtiger mehr Spielfreude als negative Konsequenzen erfährt. Weiterhin werden immaterielle (intangibile) Effekte, wie zum Beispiel das Leid von Spielsüchtigen und deren Angehörigen, aus der Analyse ausgeschlossen. Wird auf die Annahme vollständiger Rationalität zugunsten der Annahme teiltrationaler Spieler verzichtet und werden auch immaterielle Effekte berücksichtigt, dann ergibt sich ein Wohlfahrtsschaden von fast 7 Milliarden Euro pro Jahr (Fiedler, 2016).

TABELLE 04:

KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE VON GLÜCKSSPIEL

Berechnungsmethode	Wohlfahrtseffekt (Kosten minus Nutzen)
Rationale Spieler, keine intangiblen Effekte (WHO-Richtlinie)	-411 Mio. Euro
Rationale Spieler und intangible Effekte	-4.516 Mio. Euro
Teilrationale Spieler, keine intangiblen Effekte	-2.045 Mio. Euro
Teilrationale Spieler und intangible Effekte	-6.974 Mio. Euro

Die verschiedenen Spielsegmente weisen stark unterschiedliche Effekte auf. Während Lotterien aufgrund der geringen Suchtgefahr eine insgesamt positive Wohlfahrtsbilanz aufweisen, sind Spielautomaten in Spielhallen, Gaststätten und staatlichen Spielbanken am schädlichsten. Solche volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analysen sind aufgrund vieler Limitationen in der Datengrundlage und zu treffender Annahmen zwangsläufig ungenau. Trotz exakter Zahlenwerte sollten die Ergebnisse daher nur als Gradmesser verwendet werden.

Neue Regelungen

Die Zuständigkeit für die Glücksspielregulierung liegt im Wesentlichen bei den Bundesländern. Der Glücksspielstaatsvertrag formuliert das Ziel, das Entstehen von Spielsucht zu verhindern und durch ein begrenztes Glücksspielangebot Voraussetzungen für eine wirksame Suchtprävention zu schaffen. Der Glücksspielstaatsvertrag ist immer im Zusammenhang mit den Spielhallengesetzen der Länder zu sehen, die die Zulassung von Spielhallen regeln.

Das Glücksspiel erfordert differenzierte Maßnahmen für die einzelnen Glücksspielformen, die spezifische Sucht-, Betrugs-, Manipulations- und Kriminalitätspotenziale berücksichtigen.

Zu regeln sind auch Art und Umfang der Werbung für Glücksspiele, die sich an diesem Ziel ausrichten müssen. Alle Bundesländer haben dafür eine gemeinsame Werberichtlinie erlassen. Die konkrete Gestaltung der Werbung muss das spezifische Gefährdungspotenzial des beworbenen Glücksspielprodukts berücksichtigen.

Die Ministerpräsidentenkonferenz hat Ende Oktober 2016 neue Regelungen im Glücksspielstaatsvertrag zum Thema Sportwetten beschlossen, die mehr Rechtssicherheit für Sportwettenanbieter und Spieler bieten sollen. Diese Änderungen sollen zum 1. Januar 2018 in Kraft treten. Bisher sind Sportwetten nicht erlaubt. Außerdem treten dort am 1. Juli 2017 Regelungen in Kraft, die die Kommunen verpflichten, Mindestabstände zwischen den Spielhallen neu zu regeln.

Die Spielverordnung (SpielV) regelt nur die Aufstellung und Zulassung von Geldspielgeräten (Automaten). Mit der Sechsten Verordnung zur Änderung der Spielverordnung, die am 10. November 2014 verkündet wurde, wurde die Spielverordnung umfassend novelliert, um den Spieler- und Jugendschutz weiter zu verbessern. Die Änderungsverordnung sieht für einige Maßnahmen ein zeitlich gestaffeltes Inkrafttreten vor. Seit dem 10. Februar 2016 setzt die Erteilung einer Bauartzulassung für ein Geldspielgerät voraus, dass das Gerät nur mit einem gerätegebundenen und personenungebundenen Identifikationsmittel (Spielerkarte) betrieben werden kann. Der Aufsteller dieser Geräte muss dafür sorgen, dass jedem Spieler nur eine Spielerkarte nach Prüfung der Spielberechtigung (Alterskontrolle) ausgehändigt wird. Mit dieser Maßnahme wird neben dem Jugend- auch der Spielerschutz gestärkt, da das gleichzeitige Bespielen mehrerer Geräte nicht möglich ist, weil jeder Spieler nur eine Karte erhält. Geldspielgeräte mit einer Bauartzulassung, die vor Verkündung der Sechsten Änderungsverordnung erteilt wurde, dürfen noch bis zum 10. November 2018 betrieben werden.

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zu pathologischem Glücksspiel finden Sie in Kapitel 6 „Projekte, Studien und Initiativen“.



4 | Internationales

1 Europäische Drogen- und Suchtpolitik

Die EU-Kommission

In den letzten beiden Jahrzehnten haben die EU-Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission gemeinsam einen europäischen Ansatz zur nachhaltigen Drogenbekämpfung entwickelt und sich vor diesem Hintergrund auf eine enge Zusammenarbeit verständigt. In Umsetzung ihrer Mitteilung „Eine entschlossenerere europäische Reaktion auf das Drogenproblem“ aus dem Jahr 2011 liegen seit 2013 Legislativvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen gegen neue psychoaktive Stoffe vor, über die derzeit noch beraten wird.

Die Europäische Kommission hat 2016 ein Expertentreffen zum Thema „Internet und Drogen“ organisiert sowie eine Studie über Alternativen zu Zwangssanktionen bei Verstößen gegen Drogengesetze bzw. Drogenkriminalität vorgelegt.

Die Dokumentation des Expertentreffens sowie die Studie finden Sie auf der Webseite:

https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs_en

Der Rat der EU

Dem Antrag der EU-Kommission und mehrerer Mitgliedstaaten gemäß Artikel 6 des „Beschlusses 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Stoffen“ folgend, beschloss der Rat 2016, die Risiken bewerten zu lassen, die mit dem Konsum und der Herstellung der neuen psychoaktiven Stoffe MDMA-CHMICA und Acryloylfentanyl verbunden sind. Hierbei wurden auch die gesundheitlichen und sozialen Risiken berücksichtigt. Der Bewertung unterlagen darüber hinaus die Risiken des illegalen Handels, die Beteiligung der organisierten Kriminalität und die möglichen Folgen von Kontrollmaßnahmen. Ein daran anknüpfender Durchführungsbeschluss des Rates über Kontrollmaßnahmen wurde für MDMA-CHMICA vom Rat im Februar 2017 verabschiedet.

Für Acryloylfentanyl ist ein Vorschlag der Europäischen Kommission erforderlich. In Umsetzung der von der EBDD im Dezember 2015 vorgelegten Risikobewertungen für den neuen psychoaktiven Stoff α -PVP konnte der Rat 2016 entsprechende Kontrollmaßnahmen beschließen.

Horizontale Gruppe Drogen

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungen aller Mitgliedstaaten vertreten sind. Der jeweilige Vorsitz und das Generalsekretariat gewährleisten, dass die Gruppe über alle drogenbezogenen Fragen, die in anderen Gruppen (zum Beispiel Gesundheit, Strafrecht, Justiz und Inneres, Handel, Zoll, Auswärtiges) behandelt werden, auf dem Laufenden gehalten wird.

Im Kontext der Drogenpolitik der Vereinten Nationen (VN) koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 59. Sitzung der Suchtstoffkommission der VN (CND). Die EU brachte einen Resolutionsentwurf mit dem Titel „Application of the principle of proportionality in implementing drug control policies“ in die 59. CND ein.

Ein weiterer Fokus lag zu Beginn des Berichtszeitraums auf der abschließenden Abstimmung der EU-Positionen für die Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zur Bekämpfung des Weltrogenproblems (UNGASS 2016). Die EU bekräftigte erneut, dass man während UNGASS für bekannte Positionen wie Schadensreduzierung („risk and harm reduction“) und Abschaffung der Todesstrafe für Drogendelikte eintreten wolle.

2016 wurden schwerpunktmäßig politische Dialoge mit den USA, der Russischen Föderation und Brasilien abgehalten, um der weltweiten Dimension des Drogenproblems Rechnung zu tragen. Ein Treffen mit der Gemeinschaft der lateinamerikanischen und karibischen Staaten (CELAC) fand auf hoher Ebene in Den Haag statt.

Treffen der EU-Drogenkoordinatoren

Auch 2016 und 2017 trafen sich die Drogenkoordinatoren der EU-Mitgliedstaaten regelmäßig, um über neue

Strategien und Ansätze in der Drogenpolitik zu beraten.

Im Mai 2016 stand bei einem Treffen in Amsterdam das Thema „Drogen und Nachtleben“ auf der Agenda. Dabei wurden insbesondere die Erfahrungen mit verschiedenen „Partyprojekten“ diskutiert. Gegenstand des Treffens im Oktober 2016 auf Einladung der Slowakei war ein „Integrierter Ansatz zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Drogenabhängigen“. Die maltesische EU-Präsidentschaft lud die Drogenkoordinatoren ein, um im April 2017 die Erfahrungen mit den in den Mitgliedstaaten sehr unterschiedlichen „Alternativen zur Strafe“ zu diskutieren.

2 Drogenpolitik der Vereinten Nationen

Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen

Deutschland ist seit vielen Jahren einer der Hauptunterstützer des Drogenkontrollprogramms der Vereinten Nationen (UNDCP), das vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN (UNODC) durchgeführt wird. UNODC veröffentlicht jährlich einen Weltrogenbericht, der einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Weltrogenmarkt gibt.

Weltweit konsumierte 2014 einer von 20 Erwachsenen zwischen 15 und 64 Jahren illegale Drogen. Wie in den vergangenen Jahren stellt Cannabis – global gesehen – die am häufigsten konsumierte illegale Droge dar, gefolgt von Amphetaminen, Opioiden und Opiaten. Die Daten zeigen, welche verheerenden Auswirkungen der Drogenkonsum nach wie vor auf die menschliche Gesundheit hat: 2014 sind weltweit 207.400 Menschen an illegalen Drogen gestorben. Etwa 29 Millionen Menschen leiden unter drogenkonsumbedingten Erkrankungen. Von den 12 Millionen Menschen, die Drogen injizieren, leben 14 Prozent mit HIV. In vielen Ländern sind insbesondere Gefängnisse ein Risikomilieu für übertragbare Krankheiten. Häufig mangelt es gerade hier an Präventions- und Behandlungsmaßnahmen.

Cannabis ist nach wie vor die weltweit am meisten gehandelte illegale Droge. Allerdings sind die Zahlen zur Sicherstellung synthetischer Drogen, etwa von Amphetaminen und Methamphetamin, zuletzt signifikant gestiegen. Der globale Markt für synthetische Drogen wird nach wie vor durch Methamphetamine dominiert, insbesondere in Ost- und Südostasien sowie Nordamerika. Der Markt für neue psychoaktive Stoffe ist weiterhin geprägt durch eine hohe Anzahl neuer Substanzen. Waren die zwischen 2012 und 2014 gemeldeten Stoffe vor allem Bestandteil der Gruppe der synthetischen Cannabinoide, so ist neuerdings zu beobachten, dass viele neu auftauchende Stoffe nicht mehr zu den Hauptgruppen gehören, die in der Vergangenheit identifiziert wurden – das Spektrum der Substanzen wird breiter.

Die globale Opiumproduktion ist 2015 auf das Niveau der späten 1990er-Jahre gefallen. Dies ist auf Rückgänge in der Opiumproduktion in Afghanistan zurückzuführen. Gleichwohl hat Afghanistan nach wie vor die weltweit führende Position als Produzent und Anbauer für Opium inne. Nach Schätzungen von UNODC hat sich die Zahl der Opiatnutzer weltweit in den vergangenen Jahren kaum verändert. 2014 haben ca. 17 Millionen Menschen Opiate konsumiert. Es erscheint eher unwahrscheinlich, dass sich der Rückgang der Produktion in 2015 auch auf das Konsumverhalten auswirken wird. Infolge der Überproduktion der vergangenen Jahre ist der Markt nach wie vor mehr als gesättigt.

Während es in den Anbaugebieten insgesamt kaum Veränderungen gab, ist eine Verlagerung der Routen für Drogenschmuggel zu beobachten. Die „Balkanroute“ ist weiterhin der wichtigste Weg für den Heroinhandel und die Belieferung von West- und Zentraleuropa. Allerdings steigt die Bedeutung der „Südroute“ durch Pakistan und Iran nach Südostasien. Auch die „Nordroute“ für den Opiumhandel von Afghanistan durch angrenzende zentralasiatische Staaten, die Russische Föderation und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) wird wieder genutzt. Darüber hinaus ist ein Anstieg von Heroinschmuggel auf dem amerikanischen Kontinent zu beobachten, einhergehend mit verstärkter Opiumproduktion in Lateinamerika.

Im Jahr 2016 lag der Schwerpunkt des Weltrogenberichts in Kapitel II auf allen Aspekten der nachhaltigen Entwicklung. Alle diese Aspekte, wie sie in den 17 globalen Zielen für nachhaltige Entwicklung der Agenda 2030 (Sustainable Development Goals – SDGs) bezeichnet wurden, sowie der Charakter und die Entwicklung des Weltrogenproblems beeinflussen sich gegenseitig: soziale Entwicklung, wirtschaftliche Entwicklung, ökologische Nachhaltigkeit, friedvolle, gerechte und integrative Gesellschaften sowie Partnerschaften.

UNODC-Weltrogenbericht 2016:

https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung

Mit der „Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“ drückt die internationale Staatengemeinschaft ihre Überzeugung aus, dass sich die globalen Herausforderungen nur gemeinsam lösen lassen. Die Agenda 2030 soll helfen, allen Menschen weltweit ein Leben in Würde zu ermöglichen. Sie soll Frieden fördern und dazu beitragen, dass alle Menschen in Freiheit und einer intakten Umwelt leben können. Sie gilt für alle Staaten dieser Welt. Entwicklungsländer, Schwellenländer und Industriestaaten: Alle müssen ihren Beitrag leisten. Deutschland hat sich unter anderem für ein explizites Gesundheitsziel eingesetzt, das „ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ soll. Als Unterziel ist die Stärkung der Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verankert. Somit ist das Thema „Drogen und Sucht“ weit oben auf der globalen Agenda platziert.

Die gesamte „Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“ finden Sie hier:

<http://www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf>

Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen 2016

Als Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) nahm Deutschland vom 14. bis 22. März 2016 an deren 59. Sitzung in Wien teil, vertreten durch Experten aller zuständigen Ressorts

innerhalb der Bundesregierung sowie aus deren Geschäftsbereichsbehörden. Die Sitzung war zur Vorbereitung der Sondersitzung der Generalversammlung zum Weltrogenproblem (UNGASS 2016) in ein UNGASS-Segment und einen regulären Abschnitt aufgeteilt; die intensiven Verhandlungen um eine UNGASS-Abschlussklärung überlagerten allerdings den Verlauf der gesamten CND. Am letzten Abend wurde die UNGASS-Abschlussklärung (Outcome Document) verabschiedet. Damit kam ein sechsmonatiger Verhandlungsprozess zum Abschluss, in dem trotz erheblicher Meinungsunterschiede zu vielen Aspekten der internationalen Drogenpolitik ein gemeinsames Papier entstanden ist. Dieses soll in den nächsten Jahren als einer der Referenzpunkte der internationalen Zusammenarbeit der Drogenpolitik dienen. Deutschland hat diese Verhandlungen aktiv vorangetrieben. Die deutsche Delegation hat im EU-Rahmen die Verhandlungsführung für den entwicklungspolitischen Teil des UNGASS-Abschlussdokuments übernommen. Zur Vorbereitung und Begleitung dieser Verhandlungen führten die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) gemeinsam mit internationalen Partnern (Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Myanmar, Thailand) mehrere Dialogveranstaltungen mit interessierten Regierungen durch, um gemeinsame Verhandlungspositionen zu identifizieren und abzustimmen.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung leitete die Delegation vom 14. bis 16. März 2016. Mit Blick auf UNGASS 2016 unterstrich sie in ihrer Eröffnungsrede die Notwendigkeit, sich international auf eine gemeinsame Strategie zu verständigen, die die Gesundheit der Menschen und die Menschenrechte in den Vordergrund stelle. UNGASS böte eine hervorragende Gelegenheit, die Elemente für eine erfolgreiche internationale Drogenpolitik in den nächsten Jahren zu analysieren. Dabei sollten die drei VN-Drogenkonventionen die Eckpfeiler des internationalen Drogenkontrollsystems bleiben. Das VN-Drogenkontrollsystem lasse den Mitgliedstaaten genügend Flexibilität für individuelle Fortentwicklungen. Ferner betonte sie die Bedeutung, Alternativen zum illegalen Anbau von Drogenpflanzen zu schaffen.

In einer Begleitveranstaltung zu Alternativer Entwicklung (AE) stellte die Drogenbeauftragte das von UNODC und Deutschland veröffentlichte Konferenzpapier zu den Ergebnissen dreier Expertentreffen (2013–2015) zu Alternativer Entwicklung vor. Hierbei hob sie drei Kernthemen hervor: mangelnde internationale Finanzierung Alternativer Entwicklung, die zentrale Bedeutung von Landtiteln und die Verbindung von Alternativer Entwicklung mit den globalen Zielen für nachhaltige Entwicklung der Agenda 2030 der VN (Sustainable Development Goals – SDGs). In einer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und der Nichtregierungsorganisation IDPC organisierten Veranstaltung „Harm Reduction and the UNGASS: Feedback from the Expert Group Meeting in Berlin“ betonte die Drogenbeauftragte die dringende Notwendigkeit, Harm-Reduction-Ansätze prominent im CND-Rahmen zu verankern, um die Übertragung von Infektionen erfolgreich zu bekämpfen und die Menschenrechte von Drogenkonsumumenten zu stärken.

Während des regulären Teils der 59. CND wurden insgesamt acht Resolutionen im Konsens verabschiedet. Schwerpunktthemen waren dabei unter anderem Verhältnismäßigkeit von Strafen bei Drogendelikten, Prävention, internationale Behandlungsstandards und neue psychoaktive Stoffe (NPS). Ein von der Russischen Föderation vorgelegter Entwurf zum Paris Pact (Initiative zur Bekämpfung des Opiathandels aus Afghanistan) wurde wegen unüberbrückbarer Meinungsverschiedenheiten zwischen den beiden Staaten zurückgezogen.

Besonders schwierig gestalteten sich Verhandlungen zu dem von der EU eingebrachten Entwurf zur Verhältnismäßigkeit von Bestrafungen. Auf Druck einiger Staaten (insbesondere China, Vietnam und Ägypten) wurde der Fokus schließlich auf die Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Strafrecht verengt. Allerdings blieben die Kernpunkte des Entwurfs enthalten. So wird festgehalten, dass die drei VN-Suchtstoffübereinkommen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit voraussetzen bzw. auf diesem

aufbauen. Auch wird der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit international erstmals definiert: Die Schwere einer Strafe muss im Verhältnis zur Schwere der begangenen Straftat stehen. Drei von den USA, Australien und Weißrussland eingebrachte Entwürfe zu NPS, amphetaminartigen Stimulanzien (ATS) und Grundstoffen konnten dank der kooperativen Zusammenarbeit dieser drei Staaten schließlich zusammengelegt werden.

Die Liste der VN-Resolutionen der 59. Sitzung der CND finden Sie hier:

https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/59_Session_2016/59draft-resolutions.html

Außerdem wurde im Rahmen der Sitzung auf Vorschlag der WHO der Stoff Acetylfentanyl in die Tabellen I und IV der 1961er-Drogenkonvention aufgenommen, das heißt, dieser Stoff ist international nicht mehr verkehrsfähig. MT-45 wurde in Tabelle I der 1961er-Drogenkonvention, PMMA in Tabelle I der 1971er-Konvention und die Stoffe α -PVP, 4,4'-DMAR und Methoxetamine wurden in Tabelle II der 1971er-Konvention aufgenommen. Die Entscheidungen fielen jeweils mit breiter Mehrheit. Die von der WHO vorgeschlagene Aufnahme des Stoffes Phenazepam in Tabelle IV der 1971er-Konvention wurde trotz Gegenstimmen von der Russischen Föderation und Weißrussland mit großer Mehrheit angenommen. Die Russische Föderation wies in einer nationalen Erklärung darauf hin, dass Phenazepam national für medizinische Zwecke genutzt werde und aus dortiger Sicht keine psychotrope Substanz sei. Mit Blick auf die Bewertung von Ketamin durch die WHO im Jahr 2015 warf die Russische Föderation der WHO vor, nicht immer nach einheitlichen Maßstäben zu urteilen.

Die zentralen drogenpolitischen Übereinkommen der Vereinten Nationen:

- **Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe**

Dieses Übereinkommen ersetzte insgesamt neun davor abgeschlossene Drogenabkommen durch einen einheitlichen völkerrechtlichen Vertrag und bildet bis heute die Basis der weltweiten Drogenkontrolle. Das Einheits-Übereinkommen teilt

Drogen nach ihrer Verkehrsfähigkeit in vier Klassen ein. Zu den aufgeführten Drogen gehören unter anderem Heroin, Kokain und Cannabis.

- **Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe**

Mit diesem Übereinkommen wurde die internationale Drogenkontrolle um weitere (synthetische) psychotrope Stoffe erweitert. Die Liste enthält vier Tabellen kontrollierter Stoffe, geordnet nach dem Ausmaß der Reglementierung. Aufgelistet sind unter anderem Amphetamine, Barbiturate und LSD.

- **Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen 1988**

Das Übereinkommen beinhaltet zusätzliche völkerrechtliche Verpflichtungen, um die weltweite Zusammenarbeit gegen Drogenschmuggel und -handel, unerlaubte Herstellung und Abgabe von Betäubungsmitteln zu verbessern.

Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltrogenproblem

Vom 19. bis 21. April 2016 fand in New York nach 1990 und 1998 die dritte Sondersitzung der Generalversammlung der VN zum Weltrogenproblem statt (UNGASS 2016). Die deutsche Delegation wurde von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung geleitet. Die von der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) im März 2016 vorbereitete Abschlusserklärung wurde im Konsens angenommen. Das Dokument enthält ein Bekenntnis zu gesundheitspolitischen Maßnahmen und zur Unterstützung von Schadensminimierung, zur Förderung der Alternativen Entwicklung, zu neuen Herausforderungen wie neuen psychoaktiven Stoffen und Internethandel, eine starke Betonung der Menschenrechte sowie einen expliziten Punkt zur Proportionalität von Strafen bei Drogendelikten. Die EU-Forderung nach Abschaffung der Todesstrafe für Drogendelikte konnte dagegen nicht in der Erklärung verankert werden.

Die Drogenbeauftragte betonte in ihrer Rede vor der Generalversammlung die Bedeutung einer wirkungs-

vollen und vernetzten Strafverfolgung von Drogenhandel, Geldwäsche und Korruption. Gleichwohl könnten polizeiliche Mittel allein das Drogenproblem nicht bekämpfen und die Todesstrafe für Drogendelikte sei in jedem Fall abzulehnen; der Fokus sei auf die Menschen und ihre Rechte sowie deren Gesundheit zu richten. Die Drogenbeauftragte stellte die vier Säulen der deutschen Drogen- und Suchtpolitik mit Prävention, Beratung, Schadensreduzierung und Substitutionsbehandlung sowie Repression dar, die zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten und zu weniger Kriminalität geführt hätten. Daneben sprach sie sich für eine stärkere Unterstützung der Alternativen Entwicklung aus, um den Menschen, die auf Einkünfte aus dem Anbau von Drogenpflanzen angewiesen sind, reale Alternativen zu bieten.

Die Bundesregierung vertritt vor dem Hintergrund der zunehmenden internationalen Polarisierung der Drogenpolitik einen „dritten Weg“, der sich zwischen den Extrempositionen eines Krieges gegen die Drogen und einer Öffnung der VN-Konventionen verorten lässt. Die Strategie der Bundesrepublik Deutschland umfasst gesundheits- und entwicklungsorientierte Ansätze der Drogenpolitik, für die sich die Bundesregierung international einsetzt.

Während der UNGASS fanden fünf „runde Tische“ zu den Themen Nachfragereduzierung, Angebotsreduzierung, Menschenrechte, neue Herausforderungen sowie Alternative Entwicklung statt, die alle hochrangig besetzt waren. Als Vertreterin der westeuropäischen Staatengruppe nahm die Drogenbeauftragte der Bundesregierung an dem runden Tisch zu Alternativer Entwicklung teil. Hierbei betonte sie die Bedeutung einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik als wichtiger Bestandteil der internationalen Drogenpolitik, der durch zusätzliche finanzielle Mittel und verbesserte Evidenz gestärkt werden müsse.

Gemeinsam mit Thailand, Kolumbien und UNODC organisierte Deutschland eine Begleitveranstaltung zum Thema „Alternative Development: new approaches and key elements for the post-UNGASS framework“, die mit über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr gut besucht war. Neben der Drogen-

beauftragten nahm auch UNODC-Exekutivdirektor Yuri Fedotov als Sprecher an der Nebenveranstaltung teil. Schwerpunkte der Beiträge und Diskussion waren auch hier die Anbindung von Maßnahmen zur Alternativen Entwicklung an die globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung der Agenda 2030 der VN, die mangelnde Finanzierung für Alternative Entwicklung (AE) sowie die potenzielle Erweiterung des AE-Konzepts auf urbane Umfelder.

In einer von Deutschland, den Niederlanden, Kenia, UNODC, UNAIDS, der WHO und Nichtregierungsorganisationen organisierten Nebenveranstaltung zum Thema „A call for leadership: HIV, human rights and harm reduction“ wurde die notwendige enge Kooperation von Regierungen und Zivilgesellschaft bei der Bewältigung der mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundenen gesundheitsbezogenen Schäden unterstrichen. Dabei wurden „harm reduction“-Maßnahmen als wirksamste Strategie identifiziert, wobei der in Deutschland übliche integrierte Ansatz als gut geeignet hervorgehoben wurde. Es wurde deutlich, dass die deutsche Erfahrung und Politik weltweit eine große Reputation besitzen.

Die Abschlusserklärung der UNGASS 2016 können Sie hier nachlesen:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/110/24/PDF/N1611024.pdf?OpenElement>

Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen 2017

Vom 13. bis 17. März 2017 nahmen Vertreter der zuständigen Bundesministerien an der 60. Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) teil. Die 60. CND war mit 1.700 Teilnehmern und etwa 100 Nebenveranstaltungen die bisher größte ihrer Art. In ihrer Eröffnungsrede im Plenum stellte die Drogenbeauftragte die neue deutsche Gesetzgebung zu neuen psychoaktiven Stoffen und zur medizinischen Nutzung von Cannabis vor. Herzstück ihrer Rede war jedoch der deutliche Hinweis auf die Beachtung von Menschenrechten in der Drogenpolitik. Dabei kritisierte sie die immer noch stattfindenden Todesstrafen für drogenbezogene Delikte und mit klaren Worten die außergerichtlichen Tötungen von vermeintlichen Drogenhändlern und -konsumenten auf den Philippin-

en: „Ich kann nicht ruhig bleiben, wenn Drogenabhängige und Kleindealer mit dem Tode bestraft oder – ohne jede Form rechtsstaatlichen Verfahrens – unter offensichtlicher Duldung oder sogar unter Beteiligung staatlicher Institutionen ermordet werden.“

Die Mitgliedstaaten der CND legten durch eine Resolution die Modalitäten der VN-Debatte zur internationalen Drogenpolitik im Jahre 2019 fest. Dieses Datum ist in der Politischen Erklärung von 2009 als Evaluierungszeitpunkt festgesetzt worden. Demnach wird es 2019 ein zusätzliches zweitägiges hochrangiges Segment der CND geben, das sich hauptsächlich der Implementierung der Empfehlungen der UNGASS-Abschlusserklärung (siehe vorheriger Abschnitt) widmen wird. Bestrebungen einiger Staaten, 2019 erneut eine UNGASS durchzuführen, waren damit nicht erfolgreich.

Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (International Narcotics Control Board – INCB) in Wien wurde 1968 gegründet und besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen (ECOSOC) gewählt werden. Zum Präsidenten des INCB wurde 2015 das deutsche INCB-Mitglied Werner Sipp gewählt. Die zentrale Aufgabe des INCB ist die Überwachung der Einhaltung der VN-Drogenkonventionen über Anbau, Produktion und Verwendung von Drogen. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben erstellt der INCB unter anderem einen Jahresbericht, in welchem insbesondere die weltweite Drogensituation analysiert wird. Der INCB veröffentlichte seinen Jahresbericht 2016 Anfang März 2017. Der aktuelle Bericht widmet sich insbesondere den thematischen Schwerpunkten: „Geschlechtsspezifische Aspekte der Drogenpolitik“ „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems“ und „Die Situation weltweit“.

Im Rahmen des Schwerpunkts „Geschlechtsspezifische Aspekte der Drogenpolitik“ wird betont, dass Regierungen drogenabhängigen Frauen besseren Zugang zur

Gesundheitsversorgung gewähren sollten. Der INCB fordert bessere Koordinierung und mehr Finanzmittel für die Prävention und die Behandlung des Drogenmissbrauchs von Frauen. Frauen und Mädchen machen ein Drittel der Drogenkonsumenten weltweit aus. Trotzdem sind nur ein Fünftel aller Menschen, die eine Behandlung bekommen, Frauen, häufig durch signifikante systembegründete, strukturelle, soziale, kulturelle und persönliche Barrieren begründet. Zu verzeichnen ist auch ein signifikanter Anstieg bei der Zahl der aufgrund von Drogendelikten festgenommenen Frauen.

Im zweiten Schwerpunkt „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems“ beschäftigt sich der Bericht insbesondere mit der Einhaltung der internationalen Drogenkonventionen und Maßnahmen zu deren Umsetzung. Der INCB weist darauf hin, dass immer noch nicht alle Staaten die drei VN-Drogenkonventionen ratifiziert haben (Konvention von 1961: elf Staaten noch nicht ratifiziert, Konvention von 1971: vierzehn Staaten, Konvention von 1988: neun Staaten), allen voran die ozeanischen Staaten. Weiter wird die Einhaltung der VN-Drogenkontrollverträge für das Jahr 2016 insbesondere in Australien, Kolumbien, Dänemark, Mauretanien, Spanien und den USA ausgewertet. Daneben werden die 2016 durchgeführten sogenannten „country missions“ des INCB vorgestellt, welche in Afghanistan, Argentinien, Bolivien, Kanada, China, Israel, Myanmar, Oman, Senegal, Südafrika, Palästina, Uruguay und Vietnam stattfanden. Mit den jeweiligen Staaten diskutierte der INCB Maßnahmen und Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der Drogenkontrolle. Vorgesehene „country missions“ in Kolumbien, Ägypten, Jamaika, Kuwait, Usbekistan und dem Irak konnten im Berichtszeitraum nicht durchgeführt werden. Zudem wird die Umsetzung der in früheren „country missions“ ausgesprochenen Empfehlungen in Kenia, Malaysia, Panama, Singapur bewertet. Dabei betont der INCB, wie wichtig die Zusammenarbeit und Kooperation der Staaten mit dem INCB sei.

Bezüglich der aus seiner Sicht besorgniserregenden Situation in Afghanistan (Anstieg der illegalen Opiumproduktion, Anstieg der Herstellung von Methamphetaminen) ruft der INCB die internationale Gemeinschaft

auf, ihre Bemühungen und ihre Unterstützung der afghanischen Regierung im Kampf gegen illegale Drogen fortzusetzen. Ein weiteres Thema ist die Antwort vieler Staaten auf drogenbezogene Delikte. Der INCB betont, dass die Drogenabkommen für Menschen, die Drogen konsumieren oder kleinere Drogendelikte begehen, nicht zwingend eine Inhaftierung verlangen. Darüber hinaus ermutigt er diejenigen Staaten, die an der Todesstrafe festhalten, die Abschaffung der Todesstrafe für Drogendelikte in Betracht zu ziehen.

Im dritten Teil des Berichts analysiert der INCB die Situation in den verschiedenen Regionen der Welt. Afrika bleibt eine Transitregion für Drogenhandel, entwickelt sich aber auch immer mehr zu einer Zielregion für alle Arten von Drogen. Die Ausbreitung illegaler Märkte für Methamphetamine sowie der illegale Opiumanbau und -handel bleiben weiterhin das größte Problem in Ost- und Süd-Ost-Asien; die schnelle Ausbreitung von neuen psychoaktiven Stoffen stellt eine weitere große Herausforderung dar. Die andauernde Konfliktsituation in einigen Ländern Westasiens bietet weiterhin erhebliche Möglichkeiten für das organisierte Verbrechen im Zusammenhang mit Drogenschmuggel. Korruption, Terrorismus und politische Instabilität behindern darüber hinaus Fortschritte. In Ozeanien ist ein Anstieg des Missbrauchs von Amphetaminen unter der indigenen Bevölkerung zu verzeichnen. Australien hat 2016 ein Gesetz zum medizinischen Gebrauch von Cannabis verabschiedet.

Zentralamerika und die Karibik bleiben weiterhin Lieferanten für Cannabis und bilden eine Transitregion für Kokain nach Nordamerika und Europa. Auch in dieser Region stellt der Missbrauch von synthetischen Drogen mittlerweile ein zunehmendes Problem dar. Positive Entwicklungen sind in Mexiko mit einer neuen Strategie zur Verfügbarkeit von kontrollierten Substanzen für medizinische Zwecke und mit dem Friedensprozess in Kolumbien zu verzeichnen. Nordamerika weist einen signifikanten Anstieg von Drogenüberdosierungen mit Todesfolge auf. Dabei stellen die unbeabsichtigten Todesfälle mit Fentanyl-versetzten Drogen ein besonderes Problem in den USA und in Kanada dar.

Die Nutzung von neuen psychoaktiven Stoffen bleibt vor allem in West- und Zentraleuropa weiterhin ein Hauptproblem für den Schutz der öffentlichen Gesundheit. Darüber hinaus ist ein Anstieg der Verfügbarkeit von Ecstasy zu verzeichnen. Die Balkanroute bleibt der wichtigste Korridor für den Heroinhandel.

Den INCB-Bericht 2016 finden Sie hier:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_Ebook.pdf

3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

Die entwicklungspolitische Dimension der globalen Drogenproblematik

Das globale Drogenproblem, sowohl die Angebots-, Handels- als auch die Konsumproblematik, ist nicht nur durch eine gesundheits- und sicherheitspolitische, sondern auch durch seine entwicklungspolitische Dimension gekennzeichnet. Dies wird am Beispiel des Anbaus von Drogenpflanzen wie Koka, Schlafmohn – den Vorläuferpflanzen für sogenannte harte Drogen wie Kokain, Crack, Heroin und Opium – und Cannabis deutlich: Armut, fragile Staatlichkeit und ungenügender Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen sind zentrale Ursachen für den illegalen Anbau von Drogenpflanzen und die Produktion von Drogen. Die Anbaugebiete sind meistens geprägt durch eingeschränkten Zugang zu Ressourcen wie Land und Wasser, eine mangelhafte Infrastruktur, fehlende Marktanbindung sowie Gewalt und organisierte Kriminalität.

Koka wird nahezu ausschließlich in den Andenländern Bolivien, Kolumbien und Peru angebaut. Gemäß Schätzungen des UNODC war Kolumbien 2015 mit 96.084 Hektar das Land mit der größten Anbaufläche, gefolgt von Peru mit 40.300 Hektar und Bolivien mit 20.200 Hektar. Während der Anbau in Bolivien und in Peru in den vergangenen Jahren stetig abgenommen hat, ist die Anbaufläche in Kolumbien seit 2013 stark gewachsen. Der Anbau von Schlafmohn verteilt sich auf Asien und Lateinamerika. Hauptanbauland ist mit deutlichem Abstand Afghanistan (201.000 Hektar in

2016 (UNODC)), gefolgt von Myanmar (55.500 Hektar in 2015 (UNODC)). Daneben wird auch in Kolumbien, Mexiko, Laos und Guatemala Schlafmohn zum Zweck der illegalen Opiatproduktion angebaut. UNODC hat 2016 erstmals offizielle Anbaustatistiken für Schlafmohn in Mexiko veröffentlicht. Demnach lagen die dortigen Anbauflächen für Schlafmohn 2015 bei 24.800 Hektar. Laut Weltrogenbericht 2016 wird Cannabis – im Gegensatz zu den anderen beiden Drogenpflanzen – auch in vielen Industrieländern angebaut. Gleichwohl befindet sich der weltweit größte Teil der Anbaufläche in den Partnerländern der Entwicklungszusammenarbeit, etwa in Nordafrika (Marokko: ca. 47.196 Hektar 2013) sowie in verschiedenen Ländern des Mittleren Ostens, Süd- und Zentralasiens (zum Beispiel Mongolei: 15.000 Hektar 2013). Die Zahlen, sofern sie zur Verfügung stehen, finden sich in den Weltrogenberichten 2015 und 2016 des UNODC.

Drogenökonomien siedeln sich primär dort an, wo die strukturellen Rahmenbedingungen nur wenige alternative Lebensgrundlagen ermöglichen. Für die Kleinbäuerinnen und Kleinbauern macht sich der Anbau der Drogenpflanzen entgegen der allgemeinen Annahme nur selten bezahlt. Tatsächlich führen Drogenökonomien oft zur Verstärkung von Armut und bringen Unsicherheit, Korruption und Gewalt mit sich. Für einige Partnerländer der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist die ungelöste Drogenproblematik zu einem der größten Entwicklungshemmnisse geworden. Durch die enge Verbindung zwischen Armut, Marginalisierung und der Problematik des Anbaus und der Produktion illegaler Drogen ergibt sich für die Entwicklungszusammenarbeit ein Handlungsauftrag, dem sich nicht mit den in den Konsumländern üblichen polizeilichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen begegnen lässt. Für die Entwicklungszusammenarbeit gilt der Grundsatz, an den ursächlichen Entwicklungsbedarfen und nicht nur an den Symptomen von Drogenökonomien anzusetzen.

Eine weitere Herausforderung für die Länder, in denen Drogenpflanzen angebaut werden, stellt der sich dort entwickelnde Drogenkonsum dar. Gelten einige Regionen zunächst überwiegend als Produktionsgebiete, so ist im Laufe der Zeit oft auch ein erhöhter Drogenkonsum bei der lokalen Bevölkerung zu ver-

zeichnen. Auch entlang der Transitrouten zwischen Anbau- und Konsumland kann eine Zunahme des Drogenkonsums festgestellt werden. Die Querbezüge zwischen Anbau-, Handels- und Konsumproblematik sind vielfältig: Der entwicklungspolitische Zusammenhang, auch mit Themen wie fehlendem Zugang zu Gesundheitssystemen und Schmerzmitteln, muss weiter untersucht werden, um entsprechende Handlungsoptionen zu generieren.

Reduzierung des Drogenanbaus durch Alternative Entwicklung

Für die meisten Kleinbäuerinnen und Kleinbauern ist der Anbau von Drogenpflanzen tatsächlich nur wenig attraktiv. Häufig zählen sie zum ärmsten Segment der ländlichen Bevölkerung. Faktisch sind Drogenpflanzen niedrigpreisige Agrarprodukte, die – wenn überhaupt – nur wenig mehr Ertrag als andere, legale landwirtschaftliche Erzeugnisse einbringen, oft aber für die Bauern das einzige Produkt mit garantierter Abnahme durch Zwischenhändler darstellen. Daneben geht mit dem Anbau dieser Pflanzen ein hohes Risiko für die Kleinbäuerinnen und Kleinbauern einher: Staatliche Repression des illegalen Anbaus zählt ebenso dazu wie klimatische Auswirkungen auf den Anbau von Drogenpflanzen in Monokultur sowie die Willkür irregulärer Gewaltakteure und krimineller Netzwerke, die vielfach die Hauptabnehmer der Ernten sind. Es ist kein Zufall, dass illegale Anbauregionen für Drogenpflanzen meist fernab staatlicher Kontrollinstanzen und häufig in Gebieten mit Präsenz bewaffneter Gruppierungen liegen. Dies ist etwa der Fall in einigen Regionen in Afghanistan, Kolumbien und Myanmar. Die betroffenen Familien haben also starke Anreize, ein Leben in der Illegalität und Willkür aufzugeben und legale Alternativen zu etablieren. An diesem Punkt setzt die Entwicklungszusammenarbeit an.

Die Bundesregierung ist international einer der größten Geber im Bereich der Alternativen Entwicklung. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) verfügt über mehr als drei Jahrzehnte Erfahrung in diesem Feld und hat eine klare Position zum Umgang mit der Drogenanbauproblematik entwickelt. Sie beschreibt integrale Projekte der ländlichen Entwicklung zur Substitution des illegalen Drogenanbaus durch legale alternative

Einkommensmöglichkeiten und eine Verbesserung der Lebenssituation der Kleinbäuerinnen und Kleinbauern. Die zentrale Wirkung der geförderten Projekte ist die Bekämpfung der strukturellen Ursachen des Drogenanbaus, insbesondere durch die Diversifizierung landwirtschaftlicher Produktion in den Koka- und Schlafmohnanbauregionen, in denen die Drogenökonomie die Haupteinkommensquelle darstellt.

Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH berät das BMZ zu Fragen der Drogenanbauproblematik. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit finanziert derzeit Maßnahmen der Alternativen Entwicklung in Bolivien, Kolumbien, Peru und Myanmar, implementiert durch oder gemeinsam mit dem UNODC. Im Rahmen des Vorhabens Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung (GPDPPD) fördert die GIZ im Auftrag des BMZ den drogenpolitischen Dialog auf internationaler Ebene und setzt bilaterale Beratungsmaßnahmen in ausgewählten Partnerländern um. Die Beratungsmaßnahmen zielen auf einen verbesserten Umgang mit der Drogenanbau- sowie der Drogenkonsumproblematik. Hinzu kommt die Förderung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Drogenpolitik. Schirmherrin des Vorhabens ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Daneben setzt die GIZ im Auftrag des BMZ und unter Führung der Spanischen Entwicklungszusammenarbeit Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) die Komponente Alternative Entwicklung im Kooperationsvorhaben der EU zur Drogenpolitik mit Lateinamerika und der Karibik – COPOLAD – um. Im Rahmen dieses Vorhabens werden zahlreiche Beratungs- und Pilotmaßnahmen im Bereich Alternative Entwicklung mit fast allen Staaten Lateinamerikas mit einer Anbauproblematik durchgeführt. 2016 ist die COPOLAD-Initiative mit einer zweiten Phase gestartet. Im Bereich Alternative Entwicklung wurde zum Auftakt ein Dialogforum in Kolumbien veranstaltet, an dem neben Vertretern aus den traditionellen Kokaanbauländern auch neue Akteure in dem Feld, etwa Mexiko, Guatemala und Paraguay sowie einige Karibikstaaten, teilnahmen.

Weitere Informationen finden Sie hier:

www.gdpdp.org



Kinder aus suchtbelasteten Familien

5 | Kinder aus suchtbelasteten Familien

1 Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage

Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein, Prof. Dr. med. Rainer Thomasius und Dr. rer. nat. Diana Moesgen

Zusammenfassung

Eine elterliche Suchterkrankung ist eines der zentralsten Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Studien zeigen, dass über 3 Millionen Kinder und Jugendliche – vermutlich deutlich mehr – mindestens einen suchtkranken Elternteil haben. Mit der elterlichen Suchterkrankung gehen häufig ungünstige Lebensumstände einher, wie z. B. nachteilige soziodemografische Bedingungen, soziale Ausgrenzung, aber oftmals auch ein ungünstiges Eltern- und Erziehungsverhalten, welches in einigen Fällen gewalttätiges Verhalten beinhaltet. Die entsprechenden Folgen für die Kinder können sehr tiefgreifend sein und neben körperlichen Schädigungen vor allem psychische Probleme hervorbringen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn bestimmte, wichtige Schutzfaktoren nicht vorhanden sind oder nur wenig gefördert werden. In den letzten Jahren wurden verschiedene Angebote zur Unterstützung von betroffenen Kindern geschaffen. Dennoch ist die Versorgung jener Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend gewährleistet und muss dringend verbessert werden.

Epidemiologie

Verschiedene Studien haben versucht, die Anzahl der Kinder zu erfassen, die mit einem oder zwei suchtkranken Elternteilen zusammenleben. Jedoch können aus diesen Angaben keine eindeutigen Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Häufig liegen nur Schätzungen oder Hochrechnungen vor. Ein direkter Vergleich der Studienergebnisse ist nicht möglich, da a) unterschiedliche Definitionen von elterlicher Sucht zugrunde gelegt (Abhängigkeit vs. Missbrauch vs. riskanter Konsum vs. Rauschtrinken) und b) verschiedene Erhebungsmethoden angewendet wurden. Je stärker

jedoch die Orientierung an den offiziellen Kriterien einer Suchterkrankung erfolgt, desto geringer sind die Fallzahlen. Untersuchungen, die eher bei Vorstufen von Abhängigkeitserkrankungen ansetzen, zeigen, dass ein erheblicher Anteil an Kindern in Deutschland von einem kritischen Substanzkonsum durch einen Elternteil betroffen ist. Die Anzahl an Kindern, bei denen bei der Mutter und/oder dem Vater eine elterliche, diagnostizierte Suchterkrankung vorliegt, ist insgesamt niedriger, dennoch ist der Gesamtanteil jener Kinder und Jugendlichen erheblich. Eine nicht näher bestimmbare Dunkelziffer darf dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Kinder von Eltern mit Alkoholproblemen

Werden die offiziellen Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder eine Alkoholabhängigkeit zugrunde gelegt, lebt in Deutschland etwa jeder siebte Jugendliche mit einem Elternteil zusammen, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Lachner et al., 1997). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in Deutschland insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens mit einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammengelebt haben (Klein, 2005).

Neueste Ergebnisse der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ zeigen, dass 22 % der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (RKI, 2016). In Bezug auf regelmäßiges Rauschtrinken („binge drinking“) ist von 14 % der Elternteile auszugehen. Dies entspricht hochgerechnet etwa 3,8 Millionen Elternteilen mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 2,4 Millionen Müttern und/oder Vätern mit regelmäßigem Rauschtrinken. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kinderzahl bedeutet dies, dass in Deutschland schätzungsweise bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben.

Kinder von Eltern mit Konsum von illegalen Drogen

Aussagekräftige Zahlen zu Kindern von Eltern, die illegale Drogen konsumieren, sind in Deutschland kaum vorhanden. Dies ist mit der Schwierigkeit der Erhebung derart sensibler Daten im Dunkelfeld verbunden. Schätzungen zufolge stammen etwa 60.000 Kinder von einem opiatabhängigen Elternteil ab und leben teilweise mit diesem zusammen (NACOA Deutschland, 2006). Zahlen über Kinder aus Familien, in denen andere illegale Drogen, wie z. B. Cannabis, Kokain, (Meth-)Amphetamine und neue psychoaktive Substanzen (NPS), oder Medikamente eine Rolle spielen, liegen in Deutschland nicht vor.

Kinder von tabakkonsumierenden Eltern

Den Daten des deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) ist zu entnehmen, dass 7,9 % aller befragten Eltern in ihrer Wohnung in Gegenwart ihres Kindes rauchen (RKI, 2015). Insgesamt halten sich 18,8 % der befragten Jugendlichen täglich oder mehrmals pro Woche in Räumen auf, in denen entweder zu Hause oder außerhalb geraucht wird. Bei Mädchen und Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus ist die Passivrauchbelastung signifikant geringer als bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (Lampert et al., 2014). Kinder und Jugendliche aus einer niedrigen Statusgruppe haben 3,7-mal häufiger rauchende Eltern als Gleichaltrige aus einer hohen Statusgruppe. Dass die Eltern in Gegenwart ihrer Kinder in der Wohnung rauchen, wird in Familien mit niedrigem Sozialstatus 5,1-mal häufiger angegeben. Entsprechende Unterschiede bestehen auch beim Rauchen der Mütter während der Schwangerschaft.

Kinder von Eltern mit Verhaltenssüchten

Klinischen Beobachtungen zufolge hat etwa ein Viertel bis ein Drittel der (in erster Linie männlichen) pathologischen Glücksspieler minderjährige Kinder (Bachmann, 2004; Kellermann, 2005). Ausgehend von der Schätzung, dass es derzeit in Deutschland etwa 100.000 bis 300.000 pathologische Glücksspieler gibt (DHS, 2013; Erbas et al., 2012), ist von mindestens 25.000 bis zu 100.000 Glücksspielern mit Kindern zu rechnen. Hochgerechnet auf die durchschnittliche Kinderzahl

entspricht dies etwa 37.500 bis 150.000 Kindern von Glücksspielsüchtigen Eltern. Im stationären Bereich lebt etwa ein Fünftel der Spieler, die sich in Behandlung befinden, in Familien mit Kindern (Meyer et al., 2011). Zahlen über Kinder von Eltern, die unter anderen Verhaltenssüchten leiden, wie z. B. Kaufsucht oder Online-Sucht, liegen in Deutschland bislang nicht vor.

Fazit zur Epidemiologie

Die bestehenden Daten legen nahe, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien hoch ist. Allein in den Bereichen Alkohol und illegale Drogen ist auf Basis einer konservativen Schätzung von insgesamt mindestens 3 Millionen Kindern auszugehen, die einen alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil haben. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist aber von einer erheblichen Dunkelziffer und somit von einer noch höheren Gesamtzahl betroffener Kinder auszugehen. Es ist kritisch zu bewerten, dass die bisherigen Statistiken zu Kindern aus suchtbelasteten Familien häufig auf Schätzungen oder Hochrechnungen beruhen, sofern Informationen dazu vorhanden sind.



Psychosoziale Lebensbedingungen suchtbelasteter Familien

Die ungünstigen Lebensbedingungen von Kindern aus suchtbelasteten Familien sind aus Forschungssicht eindeutig belegt (Thomasius et al., 2008; Klein, 2007; Moesgen, 2014), insbesondere im Kontext alkoholbelasteter Familien. Die belastenden Lebensumstände betreffen mehrere Ebenen: zum einen bringt eine elterliche Suchterkrankung oft nachteilige strukturelle Bedingungen mit sich, zum anderen sind es aber vor allem die psychologischen Belastungen, die für die Kinder suchtkranker Eltern kritisch sind. Die Art und Ausprägung der Belastungen sind teils abhängig, teils unabhängig von der Art der elterlichen Suchterkrankung.

Suchtmittelunspezifische Risikofaktoren

Die im Folgenden genannten ungünstigen Lebensbedingungen wurden mehrfach und in vielen suchtbelasteten Familien beobachtet und scheinen wenig davon abhängig zu sein, welche Substanz vom Elternteil konsumiert wird bzw. welche Art der Suchterkrankung besteht.

Nachteilige soziodemografische Bedingungen

In alkoholbelasteten Familien sind höhere Raten an Arbeitslosigkeit und ein niedrigerer sozioökonomischer Status zu beobachten als in Familien ohne Suchtbelastung (Serec et al., 2012). Kinder aus alkoholbelasteten Familien zeigten außerdem eine schlechtere schulische Leistung als unbelastete Gleichaltrige. Alkoholbelastete Familien leben häufiger in ungünstigen Wohnverhältnissen und schwierigen nachbarschaftlichen Umfeldern (Wolfe, 2016). All dies ist noch stärker für drogenbelastete Familien anzunehmen.

Trennungen oder Scheidungen der Eltern oder sogar den Tod eines Elternteils erleben Kinder aus suchtbelasteten Familien häufiger als Kinder aus unbelasteten Familien (Waldron et al., 2013). Dies bedeutet für das Kind einen Beziehungsabbruch zu einer wichtigen Bezugsperson, bisweilen auch eine schwerwiegende Traumatisierung. Auch häufige (und wiederholte) Fremdunterbringungen der Kinder (Forrester et al., 2011), stationäre Aufenthalte oder Inhaftierungen der

Eltern sorgen für eine instabile Eltern-Kind-Beziehung und begünstigen damit eine fehlende oder unsichere Bindung (Anda et al., 2002). Insbesondere Frauen, die in einer alkoholbelasteten Familie aufgewachsen sind, tendieren im Erwachsenenalter dazu, mit einem Partner mit Alkoholproblemen zusammen zu sein (Kelley et al., 2014). Somit laufen sie zum einen Gefahr, dass sich in der Beziehung substanzbedingte, traumatische Erlebnisse wiederholen, zum anderen bringen sie ihre eigenen Kinder in die Situation, dieselben negativen Kindheitserfahrungen zu sammeln wie sie selbst.

Soziale Ausgrenzung

Kinder von alkohol- oder drogenabhängigen Eltern erleben häufiger eine soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung durch die Gesellschaft als andere Kinder (Haverfield et al., 2016). Kinder mit einer mütterlichen Alkoholkrankung berichten z. B. mehr negative Interaktionen mit Klassenkameraden als andere Kinder (Wolfe, 2016), was zum einen mit der sozialen Ausgrenzung zu tun haben kann, zum anderen aber auch mit der Tatsache, dass einige Kinder nicht regelmäßig die Schule besuchten, um für den suchtkranken Elternteil zu Hause da zu sein (Backett-Milburn et al., 2008). Auch die unten genannten Verhaltensauffälligkeiten können hier im Sinne eines Teufelskreises eine Rolle spielen. Betroffene Kinder haben oft das Gefühl, nicht „normal“ zu sein. Sie schämen sich deshalb und fühlen sich als Außenseiter. Dies verleitet die Kinder dazu, zu versuchen, ihre Situation vor anderen geheim zu halten, zu lügen oder Phantasiegeschichten zu erfinden (Hill, 2013). Dadurch können auch Realitätsflucht und -verlust entstehen.

Problematisches Elternverhalten

Alkohol- oder drogenabhängige Eltern können genauso wie andere Eltern ein günstiges oder ungünstiges Erziehungsverhalten aufzeigen. Jedoch wurde bei Eltern, die Alkohol- oder Drogenprobleme haben, ein erhöhtes Risiko für unpassende, schädigende und traumatisierende Verhaltensweisen gefunden. So ist zum Beispiel die Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern häufiger gefährdet oder defizitär. Eltern mit Alkohol- oder Drogenproblemen vernachlässigen einerseits oft die materielle Versorgung des Kindes, andererseits erfüllen sie in vielen Fällen auch nicht die

emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes nach Nähe, Zuwendung und Liebe (Klein et al., 2016). Durch die Vernachlässigung der elterlichen Pflichten werden die alltäglichen Aufgaben innerhalb der Familie oftmals neu verteilt. Kinder können dann bestimmte Rollen zugeschrieben bekommen, die nicht altersgerecht sind, wie z. B. jüngere Geschwister oder einen Elternteil zu versorgen („Parentifizierung“) (Backett-Milburn et al., 2008). Betroffene Kinder können dadurch ihre altersstypischen Entwicklungsaufgaben nicht richtig bewältigen und sind chronisch überfordert. Insbesondere Mädchen scheinen hiervon betroffen zu sein (Pasternak et al., 2014).

Alkohol- oder drogenabhängige Eltern zeigen außerdem oftmals ein problematisches Erziehungsverhalten (Calhoun et al., 2015). Beobachtete Formen ungünstiger Erziehung waren z. B. ein sehr scharfer Ton, häufiges Schreien oder körperliche Bestrafung des Kindes. Auch ein sprunghaft wechselndes Verhalten des suchtkranken Elternteils konnte immer wieder beobachtet werden und gehört zu einer der wesentlichsten Veränderungen durch die Suchterkrankung, von der die Familie direkt betroffen ist (Templeton et al., 2009). Kinder erleben ihre Eltern grundsätzlich verändert, wenn sich diese im Rauschzustand befinden. Dies kann sich abwechselnd z. B. in Form von übertriebener Milde oder Härte in der Erziehung des Kindes äußern (Klein et al., 2016), aber auch in Form eines unpassenden Kommunikationsstils (z. B. undeutliche oder lautere Sprache; ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Zuneigung vs. Ablehnung). Insgesamt zeigen sich suchtkranke Eltern in ihrem Erziehungsverhalten schneller veränderlich, instabiler und unberechenbarer als andere Eltern. Durch die fehlende Konsequenz und Kontinuität in der Erziehung mangelt es den Kindern an verlässlicher Orientierung. Auch kann es in alkohol- oder drogenbelasteten Familien vorkommen, dass z. B. Versprechungen der Eltern oder gemeinsame Pläne durch einen übermäßigen Konsum vergessen oder geändert werden. Dies kann eine Störung wichtiger Familienrituale, wie z. B. gemeinsamer Mahlzeiten oder Familienausflüge, mit sich bringen (Templeton et al., 2009). Das ist für die Kinder ungünstig, denn verlässlich geplante und gemeinsam durchgeführte Aktivitäten wirken stabilisierend, da sie erwartete Rollen klarstel-

len, Grenzen innerhalb der Familie beschreiben und Regeln so definieren, dass sich Kinder darüber bewusst werden, wie die Familie (und andere soziale Gefüge und Beziehungen) funktioniert und wie sie sich in der Familie sicher fühlen können.

Familiäre Konflikte und häusliche Gewalt

Kinder aus suchtbelasteten Familien erleben häufig Streitigkeiten in der elterlichen Partnerschaft (Rounsaville et al., 2014) und werden dementsprechend oftmals Zeuge von elterlichen Auseinandersetzungen (Templeton et al., 2009). Betroffene Kinder sind außerdem oft selbst in Konflikte mit ihren Eltern involviert (Barber et al., 1999). Sie können dabei sehr gegensätzliche Gefühle entwickeln, insbesondere gegenüber ihrem suchtabhängigen Elternteil (Klein, 2005), wie z. B. Hass und Verachtung vs. Sorge um den Elternteil. Konflikte werden in suchtbelasteten Familien nicht nur lautstark verbal ausgetragen, sondern können auch körperliche Gewalt beinhalten (Conners-Burrow et al., 2013). Es ist seit Langem bekannt, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Zeuge oder Opfer von häuslicher Gewalt zu werden, als Kinder aus unbelasteten Familien (Ellis et al., 1997). Die Ausmaße der berichteten häuslichen Gewalt in suchtbelasteten Familien sind teilweise extrem ausgeprägt und können zu schwerwiegenden körperlichen Verletzungen und psychischen Traumatisierungen führen (Velleman et al., 2008).

Suchtmittelspezifische Risikofaktoren

Zusätzlich zu den genannten, substanzunabhängigen Risikofaktoren gibt es auch substanztypische Risikofaktoren, wie z. B. die jeweiligen Wirkweisen der Substanzen. Hierzu gehören z. B. Aggressivität und rasche Stimmungswechsel nach Alkoholkonsum, Teilnahmslosigkeit nach Heroinkonsum oder langanhaltende Wachheit, starke Unruhe oder sogenanntes „Punding“ (z. B. zwanghaft anmutendes Sortieren von Gegenständen oder Putzen) nach Konsum von Crystal Meth. Die dauerhafte Einwirkung der Substanzen auf den Organismus verändert das elterliche Verhalten grundsätzlich (im negativen Sinne) und führt so zu ungünstigen und unerwünschten Verhaltensweisen gegenüber dem Kind.

Besonderheiten der Lebenswelten von Kindern mit Eltern, die illegale Drogen konsumieren

Kinder von drogenabhängigen Eltern erleben im Gegensatz zu Kindern alkoholabhängiger Eltern häufiger eine Abhängigkeitserkrankung bei beiden Elternteilen, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten üblicher ist als bei Alkoholabhängigen (Klein, 2007). Dadurch können die negativen Erfahrungen noch weniger durch einen gesunden Elternteil kompensiert werden. Die höhere Rate an Frühgeburten und das oftmals schwierige Temperament (z. B. im Sinne einer negativen Stimmungslage, geringes Anpassungsvermögen) von Kindern drogenabhängiger Mütter kann bei den Eltern Überforderung und Stress auslösen und ihre Beziehung zu den Kindern beeinträchtigen.

Kinder aus drogenbelasteten Familien erleben häufig die typischen Bedingungen der Drogensubkultur, wie z. B. Beschaffungskriminalität, Prostitution, Strafverfolgung o. Ä. (Calhoun et al., 2015). Inhaftierungen und längere stationäre Aufenthalte bei Drogenabhängigkeit sorgen für einen Beziehungsabbruch zwischen Eltern und Kind. Eine Trennung von Eltern und Kind erfolgt häufig auch durch Fremdunterbringungen und Inobhutnahmen im Kontext von Kindeswohlgefährdung. Eine Analyse von 306 Fallakten aus sächsischen Suchtberatungsstellen ergab z. B., dass sich jedes dritte Kind eines Methamphetamin-abhängigen Elternteils in Fremdunterbringung befindet (Klein et al., 2016). Obwohl eine Fremdunterbringung sowohl durch das Kind als auch durch den Elternteil als traumatisch erlebt werden kann, kann ein Verbleib in der Familie einen hohen Risikofaktor für die weitere Entwicklung des Kindes darstellen (Forrester et al., 2008), sofern keine intensiven, begleitenden Unterstützungsmaßnahmen für die Familie angeboten werden (Forrester et al., 2014).

Eine Abhängigkeit von illegalen Drogen wird in der gesellschaftlichen Wahrnehmung noch negativer bewertet als eine Alkoholabhängigkeit. Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung erleben drogenbelastete Familien daher häufiger und intensiver als alkoholbelastete Familien. Kinder drogenabhängiger Eltern lernen so weniger sozial förderliche Verhaltensweisen, haben

Folgen von Suchterkrankungen der Eltern für ihre Kinder können sein:

- nachteilige soziodemografische Bedingungen
- soziale Ausgrenzung
- Vernachlässigung
- instabiles Erziehungsverhalten und wenig Verlässlichkeit
- unsichere Bindung
- Trennung von den Eltern, Fremdunterbringung
- Parentifizierung der Kinder
- Konflikte, Aggressivität und Gewalt in der Familie
- psychische Erkrankungen der Kinder

dadurch ein geringeres Selbstwertgefühl und fühlen sich wertloser (Klein, 2007). Durch die vergleichsweise höhere Rate an psychischen Begleiterkrankungen bei drogenabhängigen Eltern laufen deren Kinder zudem Gefahr, schwerwiegendere psychologische Probleme zu erleiden.

Besonderheiten der Lebenswelten von Kindern glücksspielsüchtiger Eltern

Die Probleme, die Angehörige von pathologischen Glücksspielern erleben, ähneln grundsätzlich denen von Angehörigen Alkohol- oder Drogenabhängiger (Krishnan et al., 2002). Ein besonderes Merkmal bei pathologischem Spielen ist jedoch, dass Glücksspielsüchtige zur Finanzierung ihrer Abhängigkeit teils sehr hohe Geldsummen benötigen, die ihre finanziellen Möglichkeiten in der Regel weit übersteigen (Bachmann, 2004). Mehr als 16 % der Glücksspieler haben Schulden über 25.000 Euro (Meyer, 2015). Bei z. B. Alkohol- oder Kokainabhängigen trifft das nur für 4 % bzw. 8 % der Fälle zu. Diese Verschuldung kann zu Armut führen und die damit verbundenen Existenznöte der Familie übertragen sich auch auf die Kinder.

Fazit zu belastenden Lebensumständen

Die Lebensbedingungen in alkohol- und drogenbelasteten Familien sind oft kritisch. Neben den nachteiligen strukturellen Bedingungen ist vor allem das ungünstige Elternverhalten im Kontext von Alkohol- oder Drogenkonsum als besonders problematisch zu betrachten. Dieses Handeln kann sich abträglich auf verschiedene Verhaltensweisen und unterschiedliche zwischenmenschliche Interaktionen auswirken,



beeinflusst aber insbesondere den Bereich der Erziehung negativ. Dadurch kann die gesunde Entwicklung betroffener Kinder schwerwiegend beeinträchtigt werden. Bei einer elterlichen Abhängigkeit von illegalen Drogen sind diese Risiken oft vermehrt vorhanden.

Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf das Kind

Eine elterliche Abhängigkeitserkrankung gilt innerhalb aller bekannten Risikofaktoren als ein besonders negativer Gefährdungsfaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes (Klein et al., 2013). Die negativen Auswirkungen für betroffene Kinder sind durch zahlreiche Studien gut belegt – vor allem im Kontext einer elterlichen Alkoholabhängigkeit – und beziehen sich sowohl auf körperliche Schädigungen als auch auf die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen.

Körperliche Schädigungen

Pränatale Exposition an Suchtmittel

Bereits während der Schwangerschaft kann das ungeborene Kind den schädlichen Einflüssen eines mütterlichen Substanzkonsums ausgesetzt sein.

Generell birgt eine pränatale Exposition an Alkohol oder Drogen verschiedene Gefahren (Calhoun et al., 2015), wie z. B. ein geringes Geburtsgewicht, frühe Fütterungsstörungen, eine erhöhte Erregbarkeit des Neugeborenen sowie eine verzögerte kognitive, körperliche und/oder emotionale Entwicklung in verschiedenen Altersstufen (Lester et al., 2010). Speziell in Bezug auf eine pränatale Alkoholexposition besteht für das ungeborene Kind die Gefahr der Entwicklung einer sogenannten Fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD) (Landgraf et al., 2013). Diese äußert sich durch ein geringes Geburtsgewicht und eine geringe Körpergröße, einen kleineren Kopfumfang, auffällige Gesichts-

merkmale und Schädigungen des zentralen Nervensystems. Methamphetamin-Missbrauch in der Schwangerschaft steht in Zusammenhang mit Fehl- und Frühgeburten, einer zu geringen Körpergröße bei Geburt, niedrigem Erregungsniveau, Bewegungseinschränkungen, erhöhtem körperlichem Stress sowie späteren Verhaltens- und Entwicklungsdefiziten beim Kind (Mühlig et al., 2016). Ein pränataler Methamphetamin- oder Heroinkonsum kann außerdem infolge der beendeten Zufuhr der Substanz im Mutterleib nach der Geburt zu einem Neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS) führen (Calhoun et al., 2015). Pränatal erworbene Schädigungen interagieren oft in komplexer Weise mit den ungünstigen Entwicklungsbedingungen im späteren Kindesalter.

Ein mütterlicher Tabakkonsum in der Schwangerschaft kann ebenfalls schwerwiegende Auswirkungen haben, wie z. B. spontane Fehlgeburten, vorzeitige Plazentaablösung als auch Früh- oder Totgeburten (Lampert et al., 2010). Bei den Neugeborenen bestehen etliche Komplikationen und Risiken, wie z. B. ein geringeres Geburtsgewicht und eine geringere Größe oder andere Geburtsdefekte. Postnatal kann ein plötzlicher Kindstod (SIDS) auftreten. Pränatal exponierte Kinder zeigen auch im weiteren Verlauf oft beeinträchtigte Lungenfunktionen, Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen oder Verhaltensauffälligkeiten.

Indirekte Exposition an Tabakrauch

Die durch das Passivrauchen hervorgerufenen gesundheitlichen Schäden ähneln denen des aktiven Rauchens (DKFZ, 2010). Ein indirektes Inhalieren von Tabakrauch erhöht generell das Risiko für Herz-Kreislauf- sowie Atemwegs- und Krebserkrankungen (Lampert et al., 2010; DKFZ, 2015). Kinder und Jugendliche reagieren besonders empfindlich auf Tabakrauch, da sie – verglichen mit Erwachsenen – eine höhere Atemfrequenz haben und entsprechend mehr Giftstoffe aufnehmen. Da die Entwicklung ihrer Organe noch nicht abgeschlossen ist, können sie die Schadstoffe schlechter abbauen. Heranwachsende, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden u. a. häufiger an Erkrankungen der Atemwege und Mittelohrentzündungen (DKFZ, 2015).

Gesundheitsverhalten

Bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien wurde ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten beobachtet als bei Kindern aus unbelasteten Familien (Serec et al., 2012): Betroffene Kinder verbrachten mehr Zeit sitzend vor dem Fernseher oder PC, bewegten sich insgesamt weniger und wiesen ein ungesünderes Ernährungsverhalten auf. Im Kontext von illegalen Drogen und Verhaltenssuchten wurde das Gesundheitsverhalten von Kindern suchtkranker Eltern noch nicht untersucht. Es sind jedoch ähnliche Ergebnisse wie aus dem Kontext der elterlichen Alkoholbelastung zu erwarten.

Entwicklung psychischer Probleme

Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung

Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien gelten als eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (Klein, 2005; Thomasius et al., 2008). Ein früher Alkoholkonsum ist der am häufigsten untersuchte Gegenstand im Themenbereich „Kinder aus suchtblasteten Familien“ (Rossow et al., 2016). Zahlreiche Studien konnten nachweisen, dass bei Kindern aus suchtblasteten Familien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass sie a) früher beginnen, Substanzen zu konsumieren (Waldron et al., 2014), b) früher erste Rauscherfahrungen erleben (Wong et al., 2006), c) mehr „binge drinking“ betreiben (Weitzmann et al., 2000) und d) einen schnelleren Übergang vom ersten Konsum alkoholischer Getränke bis hin zu Alkoholproblemen vollziehen als Kinder aus unbelasteten Familien (Hussong et al., 2008). Letzteres wurde auch im Kontext illegaler Drogen beobachtet.

Die Mechanismen der Übertragung von substanzbezogenen Problemen der Eltern auf ihre Kinder sind komplex. Bei Alkoholproblemen spielen sowohl genetische (Sörensen et al., 2011; Zimmermann et al., 2008) als auch psychologische Faktoren wie Modelllernen (z. B. Konsum zur Selbstmedikation, Umgang mit negativen Gefühlen) (Cleveland et al., 2014) oder die Vermittlung positiver, substanzspezifischer Wirkungserwartungen (Barnow et al., 2007) eine Rolle. Eine besondere Bedeutung besitzen außerdem die oben genannten negativen Kindheitserfahrungen, die später mithilfe von Alkohol oder Drogen auf ungünstige Weise bewältigt werden (Zobel, 2006).

Entwicklung anderer psychischer Störungen

Außer (bzw. zusätzlich zu) eigenen Suchtstörungen entwickeln Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien häufig andere psychische Erkrankungen (Thomasius et al., 2005; Klein, 2007; Moesgen, 2014).

So besteht bei Kindern aus suchtbelasteten Familien z. B. ein erhöhtes Risiko für sogenannte externalisierende Auffälligkeiten. Hierzu gehören Störungen des Sozialverhaltens (Molina et al., 2010; Waldron et al., 2009) oder hyperkinetische Störungen wie z. B. die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Parvaresh et al., 2015; Kendler et al., 2016). Diese externalisierenden Störungen können sich in allen Altersstufen der Kindheit und Jugend oder später im Erwachsenenalter äußern (Park et al., 2015). Außerdem verfügen z. B. Söhne von alkoholabhängigen Vätern über eine geringe Selbstregulation (Adkison et al., 2013), was die spätere Entwicklung von externalisierenden Störungen begünstigen kann (Eiden et al., 2016).

Darüber hinaus scheinen Kinder aus suchtbelasteten Familien auch in Bezug auf die Entwicklung sogenannter internalisierender Störungsbilder besonders gefährdet zu sein (Hussong et al., 2008): Betroffene Kinder zeigen im Vergleich zu unbelasteten Kindern erhöhte Raten an Depressionen (Hill et al., 2011; Fuller-Thomson et al., 2013) oder Angststörungen (MacPherson et al., 2001), sowohl bereits im Kindes- und Jugend- als auch später im Erwachsenenalter (Park et al., 2015).

Externalisierende und internalisierende Störungen gelten als besondere Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (King et al., 2008). Frühe Anpassungsprobleme bei Kindern suchtkranker Eltern sind außerdem mit der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im (jungen) Erwachsenenalter verbunden: Ergebnisse einer 33-jährigen Längsschnittstudie belegen, dass ein Viertel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien mindestens eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielt (Drake et al., 1988).

Schutzfaktoren und Resilienzen

Die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung oder anderer psychischer Störungen bei Kindern aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien kann nicht durch die elterliche Suchterkrankung allein erklärt werden. Die (ungünstige) Entwicklung eines Kindes hängt grundsätzlich ab von der Anwesenheit bestimmter Risiko- und Schutzfaktoren, die sowohl in der Umgebung des Kindes als auch beim Kind selbst zu finden sind (Petermann, 1997). Da in suchtbelasteten Familien oft ein gehäuftes Aufkommen an Risikofaktoren zu beobachten ist, kommt den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren und individuellen Resilienzen (engl. „resilience“ = „Widerstandsfähigkeit“) eine ganz besondere Bedeutung zu.

Umgebungsbezogene Schutzfaktoren

Zu den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren zählen z. B. menschliche Wärme, Fürsorge und Zuneigung durch mindestens einen Elternteil oder soziale und emotionale Unterstützung durch Bezugspersonen außerhalb der suchtbelasteten Kernfamilie (Eiden et al., 2016). Eine besondere Bedeutung besitzt in diesem Zusammenhang auch eine elterliche Abstinenz. Viele suchtkranke Eltern sind sich (zumindest rückblickend) ihrer ungünstigen Verhaltensweisen und der Auswirkungen auf die Kinder bewusst (Fraser et al., 2008; Haight, 2009). Dies führt zwar zu starken Gefühlen von Schuld und Sorge, aber Kinder stellen dadurch auch ein besonders starkes bzw. sogar das vorrangige Abstinenzmotiv dar (Fraser et al., 2008; Klein et al., 2016). Diese Abstinenzmotivation der suchtkranken Elternteile kann therapeutisch genutzt werden, ohne dass die Kinder dabei funktionalisiert werden dürfen. Das Kindeswohl muss jederzeit im Laufe von Beratung und Therapie der Eltern beachtet und sichergestellt werden. Grundsätzlich scheint eine elterliche Suchtmittelfreiheit das familiäre Leben insgesamt zu stabilisieren (Fraser et al., 2008), was der weiteren Entwicklung von betroffenen Kindern besonders zugutekommt (Andreas et al., 2017): So zeigen z. B. Untersuchungen, dass sich die psychischen Auffälligkeiten von Kindern von alkoholabhängigen Eltern zurückbilden konnten bzw. dass sie sogar langfristig unauffällig wurden, wenn der suchtkranke Elternteil

erfolgreich eine abstinentorientierte, stationäre Therapie absolviert hatte (Andreas et al., 2017; Andreas et al., 2007; Klein et al., 2016). Wird der Elternteil allerdings wieder rückfällig, steigt auch gleichzeitig wieder das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten beim Kind. Betroffene Kinder berichten selbst, dass eine Suchtmittelfreiheit des Elternteils einen wesentlichen Beitrag zu einem besseren Leben leisten würde (Moe et al., 2007).

Kindbezogene Resilienzen

Kindbezogene Resilienzen wurden im Kontext von suchtblasteten Familien mehrfach und umfassend untersucht. Wünschens- und förderungswert sind u.a. folgende Merkmale bzw. Fähigkeiten (Velleman et al., 2016): persönliche Qualitäten (z. B. angenehmes Temperament, Sozialkompetenz, Fähigkeit zur Selbstreflexion und Emotionsregulation); das Gefühl, selbst etwas bewirken zu können; angemessene Bewältigungsstrategien und Problemlösekompetenzen; Unterstützung und Aktivitäten außerhalb der Kernfamilie und Einsicht und Verständnis bezüglich der elterlichen Suchtproblematik.

Auch auf Familienebene wurden sogenannte Schlüsselmerkmale der Resilienz identifiziert (Walsh, 2006): 1.) sinnstiftende Überzeugungen der Familie, z. B. in schwierigen Lebensumständen einen Sinn finden, optimistische, aber realistische Grundeinstellung, Aufrechterhaltung übergeordneter Werte und Sinnsysteme (z. B. religiös-spiritueller Glaube), 2.) funktionale strukturelle und flexible organisatorische Muster, z. B. Flexibilität in den familialen Strukturen (Offenheit für Erfahrungen), Aufrechterhaltung des Gefühls der Verbundenheit auch in Krisenzeiten, soziale Unterstützung und ökonomische Ressourcen und 3.) angemessene Kommunikation, z. B. offenes Ansprechen von Problemen und Emotionen und gemeinsame Lösungsfindung. Im Rahmen dieser Schlüsselprozesse ist eine grundlegende emotionale Verbundenheit und Lernfähigkeit der Familien wichtig (Fernandez et al., 2013).

Fazit zu den Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf die Kinder

Elterliche Abhängigkeitserkrankungen und deren Begleiterscheinungen können für Kinder in jeder Altersstufe gravierende Auswirkungen besitzen, wie z. B. eigene Suchtgefährdung oder andere psychische Erkrankungen wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen oder Angststörungen. Damit riskante Einflüsse für die Kinder bestmöglich „abgefedert“ werden, müssen umgebungsbezogene, individuelle und familiäre Schutzfaktoren dringend gefördert werden, insbesondere dann, wenn eine Vielzahl riskanter Bedingungen und Belastungen vorliegt. Die Risiken für die betroffenen Kinder lassen sich durch vielfältige Präventionsmaßnahmen reduzieren, die sich entweder direkt an die Kinder, die Eltern oder die gesamte Familie richten können. Diese Maßnahmen können, aber müssen nicht zwingend eine elterliche Suchtmittelfreiheit anstreben, obwohl diese wünschenswert wäre.

Hilfebedarf suchtblasteter Familien und Unterstützungsangebote

Es besteht ein hoher Hilfebedarf für suchtkranke Eltern und deren Kinder. Grundsätzlich ist der Zugang für betroffene Familien zum professionellen Hilfesystem aus unterschiedlichen Gründen oftmals erschwert. Alkohol- oder drogenabhängige Eltern sind z. B. aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen oft nicht bereit, ihren Kindern eine Teilnahme an professionellen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen (Kelley et al., 2014). Diese elterliche Zurückhaltung muss im Zuge von Ansprachen betroffener Familien dringend berücksichtigt werden. Fachkräfte sollten mit den Eltern, sofern keine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt, über einen längeren Zeitraum hinweg prozesshaft einführend und motivierend arbeiten, um bestmögliche Unterstützungsstrategien für deren Kinder bzw. die ganze Familie zu entwickeln. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich dadurch, dass die Eltern oft nicht wissen, wo und bei wem sie Hilfe in Anspruch nehmen können. Hier mangelt es bisher an einem Lotsen- oder Navigationssystem, das den Eltern das Finden der richtigen Hilfe erleichtert (Drogen- und Suchtbericht 2016).

Wissenschaftlich erwiesene Hilfeangebote, speziell für Kinder suchtkranker Eltern, sind in Deutschland insgesamt nur wenig vorhanden. Es existiert aber eine Vielzahl an qualifizierten Hilfeangeboten, die entweder auf die Förderung der Erziehungs- und Elternkompetenz von suchtkranken Eltern abzielen oder sich direkt an die betroffenen Kinder wenden. Andere Programme richten sich eher an Risikofamilien im Allgemeinen und schließen damit suchtkranke Eltern und deren Kinder ein. Darüber hinaus existieren verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte, die diese für den Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien ausbilden sollen. Im Folgenden werden Beispiele bestehender Unterstützungsangebote vorgestellt.

Interventionen für suchtmittelabhängige Eltern

In Deutschland existieren kaum Hilfeangebote, die speziell für suchtkranke Eltern konzipiert wurden und deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist. Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt werden konnte, sind fast ausschließlich im US-amerikanischen Raum zu finden.

Ein in Deutschland bestehendes und wissenschaftlich untersuchtes Programm ist das Mütter-Unterstützungs-Training (MUT!), ein Gruppentraining für opiatabhängige, substituierte Mütter zur Förderung der Erziehungscompetenz (Klein, 2006). MUT! soll bei den Müttern unter anderem das Wissen über die kindliche Entwicklung erweitern und ihren Umgang mit dem Kind verbessern. Sie sollen außerdem in ihrer Rolle als Mütter gestärkt werden sowie das Gefühl erhalten, in der Erziehung etwas bewirken zu können. Das Programm konnte mehrfach positive Effekte erzielen.

Das Strengthening Families Program 10-14 (SFP 10-14) (deutsch: Familien stärken) (Bröning et al., 2014) wurde ebenfalls in Deutschland an mehreren Standorten angeboten und wissenschaftlich untersucht. SFP 10-14 richtet sich speziell an Risikofamilien und versucht, der Entwicklung von Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Das Programm beinhaltet getrennte Sitzungen für die Eltern und Jugendlichen sowie gemeinsame Familiensitzungen. In diesen Sitzungen werden z. B. die Themen Erziehung, Gefühle, Um-

gang mit Stress und Kommunikation behandelt. Das Programm hatte auf verschiedenen Ebenen positive Effekte für die Familien (Baldus et al., 2016). Derzeit erprobt und wissenschaftlich überprüft wird das SHIFT-Elterntraining (Suchthilfe und Familientraining). SHIFT ist ein Gruppenprogramm speziell für Eltern mit Crystal Meth-Erfahrung, die Kinder zwischen 0 und 8 Jahren haben (Moesgen et al., 2016). SHIFT versucht unter anderem die Elternkompetenzen und familiären Resilienzen zu stärken. Erste Evaluationsergebnisse aus Sachsen und Thüringen werden 2018 erwartet. Das Programm soll später für alle elterlichen Suchtformen erweitert werden. Für Männer mit einer Alkoholabhängigkeit existiert das Gruppenprogramm „Männlichkeiten und Sucht“ (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2014). Dieses Programm richtet sich zwar nicht an Väter im Speziellen, widmet sich aber auch dem Thema Vaterschaft. Dabei werden beispielsweise die Folgen einer Alkoholabhängigkeit auf das Erziehungsverhalten thematisiert, wie z. B. häusliche Gewalt. Ziel ist es, die eigene Vaterrolle zu reflektieren, das Zusammensein mit dem Kind zu verbessern und die Männer für die Perspektive ihrer Kinder zu sensibilisieren. Das Programm erzielte sowohl bei Teilnehmern als auch bei den Fachkräften eine gute Akzeptanz. Bella Donna e.V. in Essen bietet seit vielen Jahren hilfreiche Angebote und Aktivitäten für suchtmittelabhängige Frauen an und hat den Fokus inzwischen auch auf den problematischen Substanzkonsum von Vätern erweitert.

Interventionen speziell für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Im internationalen Raum gibt es verschiedene Programme für Kinder aus suchtbelasteten Familien, deren Wirksamkeit wissenschaftlich bestätigt wurde (Bröning et al., 2012; Johnson et al., 2011). In Deutschland ist das Angebot an wissenschaftlich untersuchten Programmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien überschaubar (Arenz-Greiving et al., 2007; Ruths et al., 2013).

Das Trampolin-Projekt ist bundesweit das einzige wissenschaftlich belegte Unterstützungsangebot, welches sich direkt und speziell an Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien im Alter zwischen



8 und 12 Jahren richtet (Klein et al., 2013). Ziel des Gruppenprogramms ist es, den Kindern hilfreiche Stressbewältigungsfertigkeiten und Wissen zu den Themen Sucht und Substanzen zu vermitteln und sie in ihrem Selbstwert und in dem Gefühl, selbst etwas bewirken zu können, zu stärken. Außerdem sollen sie durch die Enttabuisierung des Themas Sucht psychisch entlastet werden. In den begleitenden Elternsitzungen sollen die Eltern u. a. für die Bedürfnisse ihrer Kinder und die Auswirkungen der Suchterkrankung sensibilisiert werden und Vertrauen in ihre Erziehungskompetenz gewinnen. Studienergebnisse zeigen, dass teilnehmende Kinder von der Trampolin-Gruppe kurz- und mittelfristig profitieren. Trampolin wurde 2016 von der zentralen Prüfstelle des GKV-Spitzenverbands als Stressbewältigungsprogramm zertifiziert und kann seitdem von den Krankenkassen erstattet werden. Neben Trampolin existieren in Deutschland weitere qualifizierte und erfolgreiche Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Diese sind häufig im Bereich der lokalen Suchthilfe angesiedelt, wie z. B. die Gruppenprogramme FitKids in Wesel, Feuervogel in Aachen, Huckleberry & Pippilotta in Balingen, MAKS in Freiburg, MIKADO in Köln, Wigwam in Berlin, HiKiDra in Kiel usw., nur um einige wenige Beispiele zu nennen. Darüber hinaus gibt es

niedrigschwellige Programme, wie z. B. das Patenschaftsprojekt „Vergiss mich nicht“ in Berlin. In besonders von Crystal Meth-Konsum betroffenen Regionen, wie z. B. Sachsen oder Thüringen, gibt es Hilfeangebote, die speziell für Kinder konzipiert wurden, deren Eltern Methamphetamin-abhängig sind, wie z. B. PICKNICK in Chemnitz oder sCHILD-kroete im Vogtland. Beides sind Gruppenangebote für betroffene Kinder mit begleitender Elternarbeit.

Neben diesen professionellen Präventionsangeboten gibt es auch solche der Suchtselbsthilfe (z. B. Alateen-Gruppen oder die Smiley-Gruppen des Kreuzbundes in Westfalen) sowie überregionale Hilfeangebote, z. B. das zielgruppenspezifische Online-Projekt Kidkit (www.kidkit.de) oder das kostenfreie Notteléfono für Kinder suchtkranker Eltern des Sucht- und Wendepunkt e. V. aus Hamburg (Tel.-Nr. 0800-280 2801). Mit NACOA Deutschland e. V. (www.nacoa.de) besteht außerdem eine Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien, welche Betroffenen nicht nur umfassende Informationen, sondern auch direkte Hilfen in Form von E-Mail- oder Telefonberatung anbietet.

Angebote, die sich unter anderem an suchtbelastete Familien richten

Neben den genannten, suchtspezifischen Unterstützungsangeboten gibt es Angebote, die nicht ausschließlich für suchtbelastete Familien vorhanden sind, jedoch sehr häufig von ihnen in Anspruch genommen werden.

Kinder suchtbelasteter Familien unter drei Jahren und deren Eltern können z. B. durch die Einrichtung der Frühen Hilfen profitieren. Die Frühen Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren. Kleine sowie ältere Kinder können ebenfalls Hilfen über die Angebote aus dem Bereich der Jugendhilfe nach SGB VIII erhalten, wie die Sozialpädagogischen Familienhilfen und andere Hilfen zur Erziehung für suchtbelastete Familien sowie die Erziehungsberatung nach SGB VIII. In Regionen mit einer überdurchschnittlichen Prävalenz von Methamphetamin-abhängigkeit, wie z. B. in Sachsen, kümmern sich zuständige Bereiche oftmals vorrangig bzw. besonders intensiv um Familien mit Crystal Meth-Problematisierung. Beispiele hierfür sind die Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht (SoFaSu) in Zwickau, der Fachbereich Familienhilfe des St. Georg Klinikums in Leipzig oder die Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Dresden sowie die fachübergreifende Initiative „Mama, denk an mich“ am Universitätsklinikum Dresden, welche die Expertise von Geburtshilfe, Neugeborenenmedizin und Suchttherapie bündelt und Crystal Meth-Konsumentinnen zu einem suchtmittelfreien Leben verhilft. Generell empfiehlt sich eine dauerhafte und verbindliche Kooperation zwischen der lokalen Jugend- und Suchthilfe. Eine derartige strukturelle Zusammenarbeit ist gemäß § 81 SGB VIII bereits rechtlich verankert; es ist sehr wichtig, dass alle Akteure dieser Verpflichtung entsprechen. Vorzugsweise wird für jede beteiligte Einrichtung eine verantwortliche Schlüsselperson benannt. Verbindliche Kooperationen zwischen Sucht- und Jugendhilfe sowie der medizinischen Versorgung bestehen bereits auf kommunaler Ebene, wie z. B. in Essen oder München. Die Evaluationsergebnisse des Projektes Schulterchluss, welches in Bayern und Baden-Württemberg durchgeführt wurde, um die

Kooperationsbeziehungen zwischen Jugend- und Suchthilfe zu optimieren, bestätigen den hohen Kooperationsbedarf, der im Alltag der Fachkräfte aber oft nicht abgedeckt werden kann.

Direkt an betroffene Kinder im frühen Kindesalter können sich auch z. B. Projekte wie Papilio oder Jolinchen Kids richten. Papilio ist ein universelles Sucht- und Gewaltpräventionsprogramm, welches in Kindergärten durchgeführt wird. Jolinchen Kids ist ein Kita-Programm zur Förderung der Gesundheit von Kindern bis zu sechs Jahren. Im Fokus stehen die Themen Ernährung, Bewegung und seelisches Wohlbefinden. Beide Projekte werden von den Krankenkassen gefördert.

Angebote zur Qualifizierung von Fachkräften

Es gibt verschiedene Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen auf lokaler, regionaler oder landesweiter Ebene, die sich an unterschiedliche Fachkräfte und Multiplikatoren richten, welche mit suchtbelasteten Familien in Berührung kommen. Als aktuelle und überregionale Beispielprojekte können in diesem Kontext das derzeit laufende Projekt „Entwicklung und Erprobung eines internetbasierten Schulungsmoduls“ für Fachkräfte, die mit gesundheitlich belasteten Eltern arbeiten, an der Universität Ulm sowie die Broschüre „Mia, Mats und Moritz“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) mit einem Begleitheft, welches eine Anleitung für Fachkräfte, Ehrenamtler und Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern anbietet, genannt werden. Für die Durchführung des Trampolin-Programms wurden bundesweit inzwischen mehr als 300 Fachkräfte geschult, die dadurch auch als zertifizierte Trainer für Krankenkassen im Bereich der Stressprävention für Kinder tätig werden können.

Fazit zu den Unterstützungsangeboten für suchtbelastete Familien

Trotz bestehender Angebote ist insbesondere die zielgruppenspezifische Versorgung von Kindern aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien unzureichend. Einen Ausgangspunkt für entsprechende Hilfen bieten das Suchthilfesystem und der Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Im Idealfall besteht eine

Kooperationsvereinbarung zwischen den beiden Bereichen, die von allen Akteuren verbindlich eingehalten wird. Um auch suchtblastete Familien zu erreichen, die (noch) keinen Kontakt zur Sucht- oder Jugendhilfe haben, sollten auch der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Ärzteschaft (insbesondere Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen) in entsprechende Kooperationen und Hilfenetzwerke eingebunden werden. Die angebotenen Hilfsmaßnahmen für suchtblastete Familien müssen leicht auffindbar sein und möglichst viele Hemmschwellen abbauen können. Ein Ausbau von wissenschaftlicher Begleitforschung für die angebotenen Maßnahmen

wäre von großer Bedeutung. Das Thema Kindeswohl sollte außerdem stärker in die Behandlung von suchtkranken Eltern integriert werden, da es zum einen eine wesentliche Motivation für Abstinenz und zum anderen ein zentrales Thema des Alltags der betroffenen Mütter und Väter darstellt. Da ein funktionales Elternverhalten eines der größten Defizite in suchtblasteten Familien darstellt und die entsprechenden Auswirkungen für die Kinder gravierend sein können, muss das Angebot an entsprechenden Hilfenangeboten für suchtkranke Eltern und ihre Kinder dringend verstärkt werden.



„Ich weiß nicht mehr weiter“

„Ich bin manchmal so fertig, dass ich nur noch weinen kann.“

„Ich mache mir sehr große Sorgen um meinen Vater. Ich habe Angst, dass er wegen dem Trinken irgendwann stirbt.“

„Ich habe das Gefühl, meine Mama zu verraten. Aber ich weiß auch, dass sie Hilfe benötigt.“

„Ich habe jedes Mal Angst, wenn ich nicht da bin, dass Mama irgendetwas zustößt oder dass sie denkt, ich lasse sie alleine. Ich habe deswegen auch keine Freunde mehr.“

„Ich fühle mich so allein“

„Ich wünsche mir, dass wir einfach eine normale Familie sind“

„Mir fällt es schwer, mich in der Schule zu konzentrieren“

„Mir geht's wirklich schlecht, weil ich mir so viele Sorgen mache.“

„Mein einziger Wunsch ist es, dass es Mama wieder besser geht. Wie es mir geht, ist nicht so wichtig, aber Mama soll es gut gehen“

„Wenn ich Hilfe hole, darf ich dann nicht mehr bei meiner Mutter wohnen?“

„Ich vertraue euch etwas an, was ich eigentlich nicht sagen darf.“

„Ich frage mich, ob das Leben noch einen Sinn hat“

2 Kinder stärken – Resilienz fördern

Wie können Kinder so gestärkt werden, dass sie sich trotz schwieriger Lebensumstände gut entwickeln können? Aus der Resilienzforschung lassen sich Faktoren ableiten, die Kindern dabei helfen, besser mit ihrer familiären Situation zurechtzukommen:

- verlässliche Beziehungen zu Erwachsenen
- Verstehen der elterlichen Sucht als Krankheit und der eigenen Schuldlosigkeit daran
- das Wissen und Gefühl, mit diesem Problem nicht allein zu sein
- eigene Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und umsetzen

Die hier vorgestellten Projekte greifen diese Aspekte in unterschiedlicher Gewichtung auf. Dabei spielt auch das Alter der Kinder eine wichtige Rolle. Ältere Kinder und Jugendliche sind häufiger in der Lage, sich selbst aktiv Unterstützung zu suchen, zum Beispiel durch eine Beratung per Chat. Je jünger die Kinder sind, umso mehr sind sie darauf angewiesen, dass sie in ein passgenaues Angebot vermittelt werden. Die genann-

ten Gruppenangebote richten sich in erster Linie an Kinder und Jugendliche, beziehen aber auch die Eltern durch gemeinsame Unternehmungen oder Gespräche ein, um den Umgang miteinander positiv zu beeinflussen.

Einzelberatung per Chat und E-Mail

KidKit.de

KidKit ist ein seit 2003 bestehendes internetbasiertes Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren, deren Eltern suchtkrank sind. Kooperationspartner des Projektes sind die Drogenhilfe Köln e.V. und KOALA e.V. Die wissenschaftliche Begleitforschung erfolgt durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP).

KidKit liefert betroffenen Kindern und Jugendlichen altersgerechte, fundierte und ausführliche Informationen zu den Themen Sucht, Gewalt und psychische Erkrankungen in der Familie und bietet ihnen vor allem die Möglichkeit der Kontaktaufnahme und



Beratung an. Der Schwerpunkt dabei liegt in einer qualifizierten, kostenlosen und anonymen E-Mail- und Chat-Beratung. Da KidKit eine gesicherte Online-Beratungstechnik nutzt, wird für die Beratung keine eigene E-Mail-Adresse benötigt. Stattdessen können sich die Betroffenen mit einem selbst gewählten Benutzernamen und Passwort anonym anmelden und die Antworten in ihrem „Postfach“ bei KidKit abrufen. Die gebotene Anonymität führt zu einer erhöhten Erreichbarkeit der oftmals unter enormen Angst- und Schuldgefühlen leidenden und nicht selten sozial isoliert aufwachsenden Kinder und Jugendlichen.

Darüber hinaus findet bei Bedarf eine Weitervermittlung der Betroffenen an passgenaue Kontakt- und Beratungseinrichtungen vor Ort statt. Um diese Vermittlung verlässlich gewährleisten zu können, wird aktuell eine bundesweite Datenbank mit bestehenden Hilfeangeboten für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern aufgebaut. Durch eine gleichzeitig entstehende digitale Landkarte auf der Website von KidKit werden auch betroffene Kinder und Jugendliche selbst sowie Fachkräfte und andere Interessierte auf die Datenbank zugreifen können. Diese Erweiterung wird derzeit im Rahmen des Projekts „KidKit networks“ bundesweit entwickelt und auf Initiative der Drogenbeauftragten durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Chat mit Leon¹

Bemerkung bei der Anmeldung: Hallo. Bin neu hier und hab mich angemeldet, weil ich Probleme in meiner Familie habe. Ähm ... ich weiß nicht, mir fällt es schwer drüber zu schreiben. Ich bin 14 Jahre und Schüler. Ich brauch dringend Hilfe, denn meine Eltern verhalten sich nicht wie welche. Ich habe noch 2 kleine Geschwister, um die ich mich kümmerge.

Leon: hallo

KidKit: hallo leon, willkommen in unserem chat!

Leon: das ist mein erster chat heute. ähm, ich bin ziemlich aufgeregt.

KidKit: das ist gar kein problem und normal! ich freue mich, dass du da bist!:-) du hast ja bei der anmeldung schon etwas zu deinem anliegen geschrieben. magst du mir die schwierigkeiten in deiner familie etwas genauer beschreiben?

Leon: ja schon. es ist mir halt sehr peinlich. meine eltern können nicht so für uns sorgen wie sie es sollten.

KidKit: das tut mir sehr leid! wieso schaffen deine eltern es nicht, sich um euch zu kümmern? geht es ihnen nicht gut?

Leon: nein ihnen geht es nicht gut. mein vater trinkt viel und so.

KidKit: da wir bei kidkit sehr viel mit problemen in familien zu tun haben, muss dir das nicht peinlich sein. auch bleibt alles, was du mir erzählst, unter uns, da ich der schweigepflicht unterliege.

Leon: das heißt egal wie schlimm es bei mir ist, ich habe nichts zu befürchten?

KidKit: nein, wir möchten versuchen, mit dir gemeinsam nach einer lösung zu suchen. magst du mir etwas mehr über deine familie erzählen? wohnst du z. B. mit deinem vater, deiner mutter und deinen geschwistern zusammen?

Leon: egal was auch immer ist?

KidKit: natürlich gibt es ausnahmen, z. B. wenn das leben von jemandem akut in gefahr ist, aber ansonsten unterliege ich erst mal der schweigepflicht.

Leon: hm ok. also ... wir wohnen alle zusammen. ich habe zwei geschwister. meine eltern nehmen beide drogen, mein vater trinkt auch sehr viel und meine mutter ist selten zuhause.

KidKit: ich kann mir gut vorstellen, dass die situation sehr belastend für dich ist. Ich bin froh, dass du dich an uns gewendet hast, damit wir dich unterstützen können. kannst du in etwa sagen, seit wann die situation so ist und wie sich das auswirkt?

Leon: ich weiß nicht genau wie lang das schon so geht. es sind bestimmt ein paar jahre. wie es sich auswirkt? meine mutter ist oft feiern. und wenn sie da ist, dann ist sie entweder total aufgedreht oder total kaputt.

KidKit: das hört sich sehr anstrengend für dich an, auch weil du noch sehr jung bist. 14 jahre, richtig? du hattest auch geschrieben, dass du dich um deine kleinen geschwister kümmerst. wie alt sind deine geschwister?

¹Nickname geändert, Chatverlauf gekürzt

Leon: sie sind jünger als ich. ja ich bin 14.

KidKit: gibt es jemanden außerhalb deiner familie, der von der situation weiß? oder hast du schon mal mit jemandem über deine situation gesprochen?

Leon: nein. es soll auch niemand etwas mitbekommen. das darf nicht sein.

KidKit: du hattest in der anmeldung geschrieben, dass du dringend hilfe benötigst. wollen wir mal zusammen überlegen, was es für möglichkeiten gibt? was für eine art hilfe könntest du dir vorstellen? wobei brauchst du am meisten unterstützung?

Leon: ich schaffe das alles manchmal nicht mehr. wir haben auch schon wieder kein geld. ich weiß nicht mehr wie ich für meine geschwister sorgen soll.

KidKit: es ist vollkommen klar, dass dir das zu viel wird. gehen deine eltern noch arbeiten?

Leon: nein. ich trage zeitung aus aber das ist auch nicht der hit.

KidKit: eigentlich ist es nicht deine aufgabe, für deine geschwister zu sorgen, sondern deine eltern haben für dich und deine geschwister die verantwortung. leider sind sie aber, so wie du es beschreibst, zurzeit nicht in der lage dazu. gerade deshalb wäre es sehr wichtig, dass wir nach einer hilfsmöglichkeit für dich und deine familie suchen, damit du entlastet wirst.

Leon: hm. was passiert denn, wenn jemand davon was mitbekommt? die werden uns doch sicher trennen. und mama sagt ja auch immer davon darf niemand was wissen.

KidKit: es gibt z. B. beratungsstellen, bei denen du zunächst anonym bleiben könntest. und grundsätzlich ist es so, dass immer versucht wird, eine lösung für die ganze familie zu finden, damit sie nicht getrennt wird.

Leon: und wer bezahlt so eine beratung?

KidKit: eine beratung ist kostenlos:-)

Leon: hm ... ich weiß nicht.

KidKit: du kannst mit einer beratung ja nichts falsch machen, wenn du zunächst anonym bleibst. du könntest dir ja einfach erst mal anhören, was sie dort für vorschläge machen?

Leon: und die werden nichts machen was ich nicht will?

KidKit: sie werden alles mit dir absprechen.

Leon: hm. es ist irgendwie so falsch. so wie verrat.

KidKit: das geht fast allen kindern und jugendlichen so, die in einer ähnlichen situation wie du sind. sie denken, dass sie ihre eltern verraten. trotzdem ist es aber doch wichtig, dass die situation nicht so bleibt, oder? und dass es euch allen, und vor allem dir, in zukunft besser geht, oder?

Leon: wenn es nach mir gehen würde ... dann soll es zumindest meinen geschwistern gut gehen.

KidKit: könntest du dir vielleicht vorstellen, nach unserem chat an unsere online-beratung zu schreiben? dort könnten wir dich intensiver beraten und dich z. B. an eine geeignete beratungsstelle vermitteln.

Leon: ist der kontakt da ungefähr so wie hier im chat? haben die dort auch schweigepflicht?

KidKit: ja, der kontakt in der online-beratung ist genauso wie hier. die berater haben dieselbe schweigepflicht:-) es wird dich dort ein zuständiger berater oder eine beraterin durchgehend begleiten.

Leon: ist das denn wirklich ok, wenn ich davon jemanden erzähle?

KidKit: ja, das ist wirklich total in ordnung! und vor allem ist es sehr wichtig, dass du darüber sprichst. das ist der erste schritt zur hilfe.

Leon: hm ... ok.

KidKit: das ist toll! ich werde unseren beratern bescheid geben, dass du schreibst, ok?

Leon: ja ok. ich mach das gleich.

KidKit: super, schön, dass du den mut hast, auch an unsere online-beratung zu schreiben, damit wir dir besser helfen können. ich wünsche dir ganz viel kraft und alles gute!

Leon: danke. bis bald.



Marlene Mortler besucht 2016 Initiatoren und Mitarbeiterinnen von KidKit

Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche

MIKADO und StandUp Köln

Der Sozialdienst katholischer Männer e. V. Köln bietet seit 2002 Gruppen für Kinder (7–11 Jahre, Mikado) und Jugendliche (12–17 Jahre, StandUp) aus suchtbelasteten Familien an. Der Einstieg in die wöchentlichen Gruppentreffen ist aufgrund des fortlaufenden, nicht modularen Charakters der Gruppen jederzeit möglich. Die Gruppenangebote werden je nach Bedarf durch Einzelgespräche ergänzt.

Die zentrale Zielsetzung von MIKADO/StandUp besteht in der Aufhebung der Isolation und dem Anbieten eines geschützten Rahmens, in dem sich die Kinder und Jugendlichen in altersadäquater Weise über ihre Lebenssituation und ihre Erfahrungen austauschen können. In den Gruppen erleben sie teils zum ersten Mal, dass sie nicht alleine mit dem Problem der Eltern sind und dass sie erst recht nicht daran Schuld tragen – eine bei den Kindern weitverbreitete Befürch-

Maren, 15 Jahre
Durch MIKADO habe ich mich verändert. Und dadurch hat sich auch in meiner Familie etwas verändert.

Julia, 17 Jahre
Dass es nicht meine Schuld ist, dass mein Vater getrunken hat, das war die wichtigste Erkenntnis für mich. Dass ich nichts dafür kann! Und dass es auch nicht meine Schuld ist, dass er damit nicht aufhören konnte!

tung. Dieser Austausch ermöglicht die Entlastung von vielfach gefühlter Verantwortung und die Entwicklung von Handlungsalternativen.

Durch die Einbindung der Eltern und durch gemeinsame Unternehmungen trägt das Projekt auch zum gegenseitigen Verständnis in der Familie und zur Stärkung der familiären Struktur bei. Dabei steht

natürlich immer das Kindeswohl im Vordergrund. In vielen Fällen ergänzt die MIKADO/StandUp-Gruppe Maßnahmen des Jugendamtes, etwa Ambulante Hilfen zur Erziehung.

Der Ansatz von MIKADO/StandUp ist lebensphasenbegleitend angelegt. Den Kindern und Jugendlichen wird so die Möglichkeit geboten, das Angebot über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu nutzen und sich altersspezifisch mit dem Thema der elterlichen Sucht auseinanderzusetzen. Bei den Jugendlichen geht es darüber hinaus um die Entwicklung einer eigenen, angemessenen Haltung zu Suchtmitteln als typischer Entwicklungsaufgabe dieser Altersgruppe. Kinder aus suchtbelasteten Systemen gehören zur Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Das spenden- bzw. stiftungsfinanzierte Angebot trägt deshalb auch zur Prävention bei.

www.facebook.com/mikado.skm.koeln

PICKNICK Chemnitz

Bei PICKNICK stehen Kinder im Mittelpunkt, die mit suchtbelasteten Eltern oder Elternteilen aufwachsen und suchtbedingte Verhaltensweisen der Eltern miterleben. Das von der Stadt Chemnitz und dem Freistaat Sachsen geförderte Angebot entwickelte sich unter dem Dach der Ambulanten Suchthilfe und Suchtprävention der Stadtmission Chemnitz e.V. und ist eine der familienorientierten Hilfen. Das Know-how aus Suchthilfe und Jugendhilfe, welches für die adäquate Unterstützung suchtbelasteter Eltern und ihrer Kinder gebraucht wird, wird verknüpft.

Ziel ist es, die kognitiven und emotionalen Bewältigungsstrategien der Kinder zu stärken, um die multiplen Risikofaktoren abzumildern oder zu verändern. Nachhaltige Verbesserungen zeigen sich, wenn betroffene Eltern wertschätzend hinsichtlich ihrer Elternverantwortung miteinbezogen werden können.

Kinder und Jugendliche treffen sich in der Montagsgruppe (6–10 Jahre) und in der Dienstagsgruppe (10–14 Jahre) wöchentlich über einen Zeitraum von einem Jahr für 1,5 Stunden in einem eigens dafür zur Verfügung stehenden Gruppenraum. Danach können

Jessi, 11 Jahre
MIKADO ist mir sehr wichtig, hier kann man Spaß haben, aber auch Sachen besprechen: Familiengeschichten und wie ich mit meiner Mutter reden kann.

Deniz, 16 Jahre
Ich wusste vorher nicht, dass es so viele gibt, die dasselbe wie ich mitmachen. Aber durch die anderen konnte ich dann endlich frei sprechen!

Kilian, 11 Jahre
MIKADO ist meine erste Ansprechperson, wenn ich Hilfe brauche.

die Kinder noch ein halbes Jahr zum Wiedersehen in größeren zeitlichen Abständen kommen.

Unterstützt durch vielfältige Methoden erarbeiten sich die Kinder kindgerechtes Wissen über die Suchtbelastung der Eltern, einen optimistischeren Blick auf ihr Leben und Lösungsideen für mögliche Probleme. Damit diese individuelle Stärkung der Resilienz gelingen kann, setzen wir neben einer inhaltlich durchdachten Gruppenarbeit auf vertiefte Kontakte mit den Kindern. Das braucht zeitliche und personelle Ressourcen. Für jede Gruppe steht ein Beraterinnen-Team mit zwei Beraterinnen zur Verfügung, die über einschlägige Berufserfahrungen und Zusatzqualifikationen im Kontext der Suchthilfe verfügen und in anderen Arbeitsbereichen unserer Ambulanten Suchthilfe und Suchtprävention verortet sind.

Der Gruppenarbeit geht eine Kontaktphase voran, in der zunächst Nutzen und Eignung des Angebotes besprochen und mögliche Bedenken ausgeräumt werden. Der Kontakt zu Eltern oder anderen Angehörigen wird über den gesamten Zeitraum gehalten durch Kurzkontakte beim Bringen und Holen sowie Elternberatung und Familienveranstaltungen wie Eltern-Kind-Nachmittage und Feste.

www.stadtmission-chemnitz.de



Drachenherz Marburg



„Drachenherz“ ist ein Angebot des Blaukreuz-Zentrums Marburg der Blaukreuz Diakonie und richtet sich sowohl an Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 19 Jahren, die in einer suchtbelasteten Familie leben oder aufwachsen, als auch an deren Eltern oder andere Bezugspersonen.

Der Ansatz versteht sich als eine professionell helfende Begleitung unter Zuhilfenahme von beraterischen und psychotherapeutischen Methoden und Interventionen – insbesondere der personenzentrierten Spiel- und Gesprächstherapie – und hat einen nachsorgenden und längerfristigen Charakter.

Die vertrauliche Beratung ist kostenfrei und basiert auf Freiwilligkeit. Ziele der Arbeit sind:

- Das Vorhalten eines modularen Beratungsangebotes, innerhalb dessen betroffene Kinder und Jugendliche entwicklungsfördernde Bedingungen vorfinden, sodass sowohl individuelle Anpassungsreaktionen als auch innerseelische Spannungen (Inkongruenzen/Symptome) verändert werden können.
- Das Informieren und Sensibilisieren der Fach-/Öffentlichkeit für die Lebenslagen Betroffener durch Fortbildungen und Informationsveranstaltungen und Veröffentlichungen in lokalen und überregionalen Print-/Medien.
- Das Pflegen des Kooperationsnetzwerkes und das Bemühen darum, neue Kooperationen zu stiften.

www.suchtberatung-blaues-kreuz-marburg.de

Kurzzeitprogramm „Trampolin“



Trampolin ist ein evaluiertes Gruppenprogramm für 8- bis 12-jährige Kinder. In neun Gruppenterminen mit einem zertifizierten Trampolin-Trainer werden altersgerecht und manualbasiert folgende Inhalte vermittelt:

- Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen
- Selbstwert fördern
- Über Sucht in der Familie reden
- Informationen zum Thema Sucht
- Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern
- Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen
- Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie erlernen
- Hilfe und Unterstützung einholen
- Positives Abschiednehmen

Methodisch werden Gespräche, Rollenspiele, Fantasie-reisen, Spiele, Übungen und Geschichten eingesetzt. Vor und nach dem Gruppenprogramm wird jeweils ein Elternabend durchgeführt, bei dem die Eltern Informationen zu Trampolin erhalten sowie für die Situation ihrer Kinder sensibilisiert werden sollen.

Trampolin wurde als Stressbewältigungsprogramm für Kinder von der Zentralen Prüfstelle Prävention der GKV zertifiziert. Die Kosten können somit von den gesetzlichen Krankenkassen anteilig oder vollständig übernommen werden, wenn das Programm von einem zertifizierten Kursleiter durchgeführt wird. Trampolin ist derzeit das einzige Gruppenprogramm, für das eine solche Kostenübernahmefähigkeit durch die Krankenkassen vorliegt. Auf der Webseite können sowohl angebotene Trampolin-Kurse als auch Fortbildungen zum Trampolin-Trainer abgerufen werden.

www.projekt-trampolin.de

Patenschaften

Vergiss mich nicht

Seit 2008 vermittelt das Projekt „Vergiss mich nicht“ (Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.) ehrenamtliche Patenschaften an Kinder aus suchtbetroffenen Familien mit dem Ziel, die Kinder so zu stärken, dass sie sich stabil und gesund entwickeln. Kinder aus suchtbelasteten Familien werden häufig übersehen. Das Patenschaftsprojekt richtet sich an Kinder, die in Familien leben, in denen eines oder beide der Elternteile suchtmittelabhängig sind. Das betrifft in Berlin etwa 70.000 Kinder.



„Vergiss mich nicht“ ist ein Projekt, das sich durch einen besonders niedrigschwelligen Zugang auszeichnet, um die oft vergessenen Kinder suchtbelasteter Familien zu erreichen und ihnen einen entwicklungs-fördernden Schutzfaktor, eine Patin oder einen Paten, zur Seite zu stellen. So erfahren die Kinder eine stabile Beziehung zu einem verlässlichen Erwachsenen. Die Resilienzforschung der letzten Jahre führte zu dem Ergebnis, dass eine stabile Beziehung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson einen entscheidenden Schutzfaktor für die Kinder darstellt. Die stabile Beziehung zur Patin oder zum Paten fördert die Beziehungsfähigkeit und das Vertrauen auf die Unterstützung durch Erwachsene. Die Patinnen und Paten treffen sich regelmäßig einmal pro Woche für einige Stunden mit dem Kind und verbringen eine unbeschwernte Zeit mit ihm. Durch gemeinsame Aktivitäten und eine wertschätzende Haltung den Kindern gegenüber werden wichtige Schutzmechanismen, ihr Selbstwertgefühl und ihre sozialen Kompetenzen gestärkt. All diese Aspekte sind wichtige Faktoren für ein suchtmittelfreies Leben.

www.diakonie-stadtmitte.de

„Unbeschwert Kind sein können“

Wie eine Patenschaft Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken kann, erzählt Christian Z., seit drei Jahren Pate von Elias* (12).

*Name geändert



Beim ersten Treffen habe ich Elias, damals 9, gemeinsam mit der Patenbetreuerin von „Vergiss mich nicht“ zu Hause besucht und dort zunächst mit seinen Eltern gesprochen. Elias hielt sich im Hintergrund und wirkte noch etwas schüchtern. Gleichzeitig merkte man ihm aber auch die Vorfreude auf den Beginn der Patenschaft an. Er stellte mir dann seine beiden Haustiere vor, einen Hasen und eine Katze, und wurde dabei gesprächiger.

Auch heute handeln seine Geschichten meist von seinen beiden Haustieren oder haben etwas mit Computern, Handys und dem Internet zu tun, also seinen Freizeitaktivitäten. Über Erlebnisse in der Schule berichtet er nur kurz und auch von seiner Familie spricht er relativ selten. Wir machen meistens einen Ausflug zu bestimmten Orten, z. B. Planetarien oder Museen. Das Ausflugsziel setzt in der Regel jedoch nur den Rahmen für unsere Treffen, im Mittelpunkt stehen die Gespräche mit Elias. Am lebhaftesten ist er zumeist auf den Wegen zum jeweiligen Ziel, da er dann die Gelegenheit hat, ausführlich über seine Freizeitaktivitäten zu berichten, mir Bilder und spannende neue Apps zu zeigen oder einfach nur Quatsch zu machen. Zu Beginn der Patenschaft war er noch etwas zurückhaltender, aber inzwischen ist er viel ausgelassener bei unseren Treffen. Er traut sich auch mehr zu, zum Beispiel auf dem Spielplatz. Hier war er oft ängstlich bei Klettergerüsten, die eigentlich für jüngere Kinder gedacht waren. Ich habe ihn immer wieder ermuntert, es zumindest einmal zu versuchen. Falls es nicht klappen sollte, wäre ich ja da und könne ihm helfen. Im

Laufe der Zeit wurde er tatsächlich selbstbewusster und mutiger.

Ich möchte für Elias einen Rahmen schaffen, in dem er für einige Stunden unbeschwert seinen Wünschen nachgehen kann und ungeteilte Aufmerksamkeit erfährt. Vielen Kindern aus suchtbelasteten Familien fehlt vor allem eine Umgebung, in der sie einfach Kind sein können und eine erwachsene Person Anteilnahme an ihren Interessen zeigt. Elias' Eltern geben ihm vor allem materielle Dinge, scheinen sich aber wenig aktiv mit ihm und seinen Interessen zu beschäftigen. Mit der Patenschaft möchte ich auch dazu beizutragen, dass Elias später keine Drogen nimmt.

Ich versuche ihm deutlich zu machen, dass er mit mir über alles sprechen kann, wenn er das möchte. Ansonsten gebe ich ihm einfach die Möglichkeit, Spaß zu haben und seine Gefühle auszuleben. Der Umgang mit ihm macht auch mir viel Freude. Es ist schön, Elias neue Dinge zeigen zu können und zu sehen, wie er die Welt außerhalb seines gewohnten Umfelds erkundet.

Selbsthilfe

Alateen

Selbsthilfegruppen und -verbände bieten neben den Treffen für Suchtkranke oft auch Gruppen für Angehörige an. Diese erleben es häufig als Erleichterung, sich mit Menschen auszutauschen, die in einer ähnlichen familiären Situation leben. Viele Angehörigengruppen entstanden zunächst, weil sich Partnerinnen und Partner von suchtkranken Menschen trafen. Inzwischen gibt es auch viele Gruppen für Jugendliche, deren Eltern suchtkrank sind. Ein Beispiel sind die Alateen-Gruppen. Hervorgegangen aus den Angehörigengruppen der Anonymen Alkoholiker gibt es Alateen (Al-Anon teenagergroup) seit über 40 Jahren in Deutschland. Jugendliche, die sich allein mit ihren Problemen fühlen, können hier erfahren, dass es Gleichaltrige mit ähnlichen Erfahrungen gibt. Die gemeinsame Reflexion von Situationen hilft den Heranwachsenden dabei, neue Sichtweisen und innere Distanz zu entwickeln.

<http://al-anon.de/fuer-neue/familienkrankheit/alateen-fuer-jugendliche/>

3 Frühzeitig helfen – Angebote für Schwangere und Eltern mit Kleinkindern

Schwangere und Mütter mit Suchtproblematik können trotz hohen Hilfebedarfs und eines erhöhten Risikos für Kindeswohlgefährdung oft nur sehr schwer erreicht werden. Sie nehmen Angebote der Frauen-, Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe kaum von sich aus in Anspruch bzw. halten hier die Suchtproblematik geheim. In der Suchthilfe wiederum fehlen meist die passgenauen Hilfen. So bleiben Schwangere, Mütter und Kinder in ihren komplexen Problemlagen häufig isoliert und ohne Unterstützung.

Bei suchtkranken Schwangeren und Müttern finden sich häufig folgende Merkmale:

- Vorliegen multikomplexer Problemlagen, etwa eine schlechte sozioökonomische Lage, Gewalterfahrungen, Wohnungslosigkeit, soziale Isolation, Schädigung der Gesundheit, Komorbidität, Krankenhaus- und Gefängnisaufenthalte etc.
- Leben in der Drogenszene: Prostitution, Gewalt, Sucht, Suchtdruck
- Traumatisierung durch Erleben von (sexualisierter) Gewalt (häufig in der Kindheit) mit entsprechenden Folgen auch hinsichtlich der Bindungsmuster
- defizitäre Bindungserfahrungen der Frauen in der eigenen Kindheit
- diskontinuierliches, ambivalentes Erziehungsverhalten sowie mangelnde Feinfühligkeit für die Bedürfnisse des Kindes
- Schwangerschaften sind häufig ungeplant oder ungewollt und dadurch mit hoher Stressbelastung verbunden. Die Gefahr der Retraumatisierung kann während der Schwangerschaft/Geburt zu erhöhtem Suchtdruck bzw. Konsum führen.
- Schuld- und Schamgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl sowie Angst vor Sorgerechtsentzug

Die Kinder werden so häufig in einen Kreislauf aus Trauma, Sucht und Bindungsstörungen hineingeboren. Sie sind auch aufgrund pränataler Schädigungen

einem erhöhten Risiko für Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten ausgesetzt. Bei den Babys zeigen sich nicht selten Regulationsstörungen mit einem entsprechend hohen Betreuungsbedarf. Dies kann Mütter rasch an Grenzen bringen. Diese Kinder sind häufiger von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen. Viele entwickeln im Laufe ihres Lebens eine eigene psychische Erkrankung oder Suchterkrankung.

Anne Leuders, Leiterin Liliput – Mutter + Kind bei Lilith e.V. Nürnberg

Die folgenden Projekte zeigen exemplarisch, wie die genannten Herausforderungen berücksichtigt und bewältigt werden können. Teilweise werden die Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen umgesetzt, die im Kapitel „Kommunale Netzwerke“ vorgestellt werden.

Liliput – Mutter + Kind



Die Drogenhilfeeinrichtung Lilith e.V. Nürnberg bietet Frauen mit Drogenproblematik und ihren Kindern seit über 20 Jahren vielfältige Unterstützung: Streetwork, Frauencafé, Frauenberatung, Ambulant Betreutes Einzelwohnen, Arbeitsprojekte und Liliput – Mutter + Kind.

2015 konnte in Kooperation mit der Stadt Nürnberg ein Angebot im Rahmen der Frühen Hilfen für suchtmittelabhängige Schwangere und Mütter mit Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren geschaffen werden. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung ist, dass Lilith e.V. durch seine verschiedenen Angebote bereits Kontakte zur ansonsten nur schwer zu erreichenden Zielgruppe hatte. Liliput arbeitet eng verzahnt mit allen anderen Arbeitsbereichen von Lilith e.V. zusammen. Betroffene Frauen entsprechen in der Eigen- und Fremdwahrnehmung oft nicht dem Bild einer

glücklichen, fürsorglichen Schwangeren oder einer „guten“ Mutter. Schuld- und Schamgefühle sowie die Angst vor Sorgerechtsentzug halten viele davon ab, bestehende Angebote anzunehmen. Bei Lilith e.V. sollen sie sich in der Rolle der (werdenden) Mutter gesehen und wertgeschätzt fühlen sowie durch die gezielten Angebote angesprochen werden. Das Thema Sucht – Schwangerschaft – Mutterschaft ist nicht tabuisiert. Liliput – Mutter + Kind gelingt es, durch einen akzeptierenden und niedrigschwelligen Ansatz das Vertrauen von Schwangeren, Müttern und Kindern zu gewinnen.

Die intensive Netzwerkarbeit von Lilith e.V. führt außerdem dazu, dass verstärkt Geburtskliniken, Kinderkliniken, Suchtberatungsstellen, Substitutionspraxen, Jugendämter, Schwangerenberatungsstellen und viele mehr Klientinnen an Liliput vermitteln.

Liliput – Mutter + Kind umfasst im Wesentlichen vier Bausteine:

- Einzelfallarbeit: Beratung, Vermittlung an und Begleitung zu den Kinder- und Jugendhilfen sowie in das Netz der Gesundheits- und Frühen Hilfen: Die qualitativen und quantitativen Auswertungen zeigen, dass mit diesem Konzept die Zielgruppe erfolgreich angesprochen werden konnte. Gerade in der Arbeit



mit Schwangeren ist die niedrigschwellige, zeitnahe sowie traumasensible Begleitung und Vermittlung zu den Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfen zielführend. Gefährdungsmomente für das Kindeswohl konnten so frühzeitig erkannt und abgewendet werden. Zudem können Frauen und Kinder den kostenlosen Mittagstisch sowie die regelmäßigen medizinischen Sprechstunden bei Lilith e.V. nutzen.

- Gruppenangebote und Elternbildung werden zum Teil in Kooperation mit externen Referentinnen durchgeführt und konzeptionell auf die Zielgruppe abgestimmt. Hier hat sich gezeigt, dass etablierte Elternbildungsangebote („Starke Eltern – Starke Kinder“), die von der Zielgruppe bei anderen Institutionen in der Regel kaum besucht werden, bei Lilith unter diesen Prämissen von den Klientinnen gut genutzt werden. Freizeitangebote für Mütter mit Kindern sind ebenfalls wichtiger Bestandteil des Gesamtkonzeptes.
- Angebote für Fachkräfte: Für Fachkräfte aus den verschiedensten Institutionen, insbesondere auch der Jugendhilfe, werden fallübergreifend auf Anfrage Informationen und Fortbildungen bereitgestellt. Daneben werden anonymisierte Fallberatungen durchgeführt.
- Netzwerkarbeit: Mit zahlreichen Institutionen konnten verbindliche Kooperationen geschlossen werden. Besonders zu erwähnen sind hier die Kooperationsvereinbarungen mit Substitutionspraxen zur Verbesserung der Versorgung schwangerer Substituierter, den Entbindungskliniken/Neonatologien und Jugendhilfen.

Einzelfall-, Gruppen- und Netzwerkarbeit werden aufeinander abgestimmt und erfordern entsprechende fachliche, personelle und zeitliche Ressourcen. Dadurch werden Betroffene gezielt angesprochen. Unverzichtbar ist hier eine Niedrigschwelligkeit, die durch eine pauschale Finanzierung gewährleistet ist. Damit kann eine Zielgruppe frühzeitig erreicht werden, die hinsichtlich des Kindeswohls und Langzeitschädigungen für die Kinder zahlreiche Risikofaktoren aufweist.

www.lilith-ev.de

Clearingwohnen für suchtkranke Schwangere und Mütter

Basierend auf seinen Erfahrungen mit konsumierenden und suchtkranken Müttern entwickelte der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln das Konzept des „Clearingwohnens“, das seit 2005 unterstützt von der Cornelius-Stiftung im „Corneliushaus“ in Köln umgesetzt wird. Für die vier Mutter-Kind-Apartments für drogen- und/oder alkoholkonsumierende Schwangere und Mütter gibt es eine große Nachfrage von Jugendämtern bundesweit.

Alleinstellungsmerkmal ist, dass die Frauen bei der Aufnahme noch nicht abstinent oder therapiebereit sein müssen. Der bis zu 18 Monate dauernde Aufenthalt dient der Sicherung des Kindeswohls sowie der Klärung der Veränderungsbereitschaft, der Erziehungs- und Bindungskompetenz der Mutter und der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme für das eigene Leben und das des Kindes. Ist die Trennung von Mutter und Kind notwendig, wird dieser Prozess begleitet.

Bei 70 bis 75 % der Frauen sind frühkindliche Traumatisierungen durch Vernachlässigung und Misshandlungen in den Herkunftsfamilien Ursachen oder Auslöser von Suchterkrankungen und psychischen Auffälligkeiten. Daher werden in einem vernetzten Hilfesystem mit den Bewohnerinnen ganzheitliche Ansätze bestehend aus Diagnostik, Therapie, sozialer Absicherung, Ressourcenstärkung und Perspektiventwicklung initiiert und begleitet. Die Kinder werden bezüglich der Folgen des Konsums in der Schwangerschaft medizinisch begleitet und durch bedarfs- und altersgerechte Frühförderangebote in ihrer Entwicklung gestützt.

www.skf-koeln.de

Präventive und frühe Förderung der Bindungs- und Erziehungskompetenzen drogenabhängiger Mütter

BELLA DONNA – Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. bietet individuelle Unterstützung in unterschiedlichen Lebensbereichen. Das im Rahmen des Aktionsplanes gegen Sucht Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt „Präventive und frühe Förderung der Bindungs- und Erziehungskompetenzen drogenabhängiger Mütter“ beinhaltet die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer differenzierten Angebotsstruktur für drogenabhängige Mütter und ihre Kinder. Übergeordnete Projektziele sind die Förderung und Stärkung der Bindungsqualität und Erziehungskompetenz drogenabhängiger Mütter, ihre psychosoziale und gesundheitliche Stabilisierung, die Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit und ihrer Motivation zum Ausstieg aus der Drogenbindung. Gleichzeitig wird durch frühe Unterstützungsmaßnahmen im Sinne von Suchtprävention und der Stärkung von Schutzfaktoren (Resilienz) ein wesentlicher Beitrag zum Schutz der betroffenen Kinder vor (bekannten) Risiken, die zu späterem Suchtmittelmissbrauch führen können, angestrebt.

Die Zielgruppen sollen durch verschiedene Angebotsmodule erreicht werden: eine Frühstücks- und angeleitete Spielgruppe für drogenabhängige Mütter mit Kleinkindern (bis Kindergartenalter), ein Gruppenangebot zur frühen Bindungsintervention (angelehnt an „PEKIP“, modifiziert hinsichtlich der spezifischen Zielgruppe) für drogenabhängige Mütter mit Babys bis zum Alter von einem Jahr und eine Kochgruppe für Mädchen im Übergang vom Kindergarten zur Schule.

Das Projekt beinhaltet eine selektive Aufhebung der Komm-Struktur zugunsten einer Hol-Struktur, wodurch eine kontinuierliche Arbeit mit drogenabhängigen Müttern und ihren Kindern ermöglicht werden soll. Die konsequente qualifizierte und geschlechtsbezogene Ausrichtung des Projekts soll die Erreichbarkeit der Frauen und ihrer Kinder sowie die Wirksamkeit der Angebote zusätzlich erhöhen.

www.belladonna-essen.de

4 Kooperation gestalten – familien- und fallorientierte Zusammenarbeit

Damit Familien unterstützt werden können, muss ihr Hilfebedarf erkannt werden. Aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen suchen viele Menschen bei Problemen mit Suchtmitteln nicht von sich aus aktiv nach Hilfe. Auch wenn Mütter oder Väter das Suchthilfesystem in Anspruch nehmen, wird ihre Elternkompetenz häufig noch nicht ausreichend thematisiert.

Barrieren für eine effektive Unterstützung ergeben sich auch aus dem gegliederten Sozialsystem. Unterschiedliche Kosten- und Leistungsträger für die verschiedenen Hilfesysteme wie Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Rehabilitation etc. können in der Praxis zu Unklarheit führen, wer für die Organisation und Finanzierung der Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien zuständig ist. Hier setzen Initiativen an, die die Zusammenarbeit verschiedener Akteure regional und familienorientiert organisieren mit dem Ziel, Eltern und Kinder zu erreichen und das Familiensystem zu stärken. Auch der Austausch der Fachkräfte untereinander spielt dabei eine wichtige Rolle, denn dadurch erhöht sich ihre Handlungskompetenz.

Kommunale Netzwerke

connect Hamburg



connect wurde 2003 bis 2005 als Modellprojekt in Hamburg-Altona entwickelt. Seit 2008 entstanden weitere Netzwerke in den übrigen Hamburger Bezirken. connect wendet sich an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit Kindern in den Bereichen der medizinischen Versorgung, der Jugendhilfe, der


Suchthilfe, in Kita, Schule und Stadtteil zu tun haben. Die connect-Koordinatorin bzw. der Koordinator in der Region ist die zentrale Ansprechperson für die Netzwerkpartner im Bezirk. Einrichtungen, Projekte und Institutionen rund um Kind und Familie aus allen Arbeitsfeldern einer Region werden eingeladen, am connect-Netzwerk teilzunehmen.

Ziel der Kooperation ist es, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und ihnen angemessene Unterstützung anzubieten. Der familienorientierte Ansatz erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten Helfer. Die Realisierung und Finanzierung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem bezirklichen Fachamt für Jugend- und Familienhilfe. Die connect-Kooperationsvereinbarung bietet einen Rahmen, der Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit erhöht. In kollegialen Fallberatungen können durch die interdisziplinäre Zusammensetzung der Teilnehmenden neue Hilfemöglichkeiten über die Grenzen der einzelnen Arbeitsfelder hinaus entwickelt werden, mit denen die Kollegin bzw. der Kollege im Alltag weiterarbeiten kann.

www.sucht-hamburg.de

„Die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilen“ – Wie kommunale Netzwerke Fachkräfte stärken und Familien unterstützen

Interview mit Irene Ehmke, Gesamt-Koordinatorin für die connect-Netzwerke in Hamburg


 Um Kinder aus suchtbelasteten Familien erreichen und unterstützen zu können, ist die Zusammenarbeit verschiedener Akteure notwendig. Welche Institutionen sollten an einem Netzwerk beteiligt sein?

Wichtig ist, dass ein möglichst großes Spektrum der unterschiedlichen Arbeitsfelder und Institutionen der Hilfen für Familien beteiligt ist – behördliche und kommunale Einrichtungen ebenso wie Freie Träger, der Gesundheitsbereich ebenso wie die Jugendhilfe, Regeleinrichtungen wie Kita und Schule und selbstverständlich die Suchthilfe.




 In Hamburg existiert mit connect seit mehreren Jahren ein regionales Hilfenetz. Welche Ziele verfolgen Sie?


Es geht darum, die Fachkräfte rund um Kind und Familie auf regionaler Ebene für das Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien zu sensibilisieren und fortzubilden, dort, wo sich Fachkräfte aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern gemeinsam, aber an unterschiedlichen Stellen um dieselben Familien kümmern. Die Zusammenarbeit im Alltag soll praxisorientiert gefördert werden, sodass sich eine nachhaltige Vernetzung entwickelt. Dafür wird ein klarer und entlastender Rahmen geschaffen: connect-Fallberatungen sind professionell vorbereitet und moderiert, anonymisiert, systemisch und ressourcenorientiert gestaltet. Sie leben von der Mitwirkung der Teilnehmer und dem Know-how, das sie aus ihren unterschiedlichen Arbeitsfeldern mitbringen.

 Welche Schwierigkeiten gab es beim Aufbau des Netzwerkes und wie konnten Sie diese bewältigen?


Es wird zunächst häufig bezweifelt, ob so ein Netzwerk überhaupt nötig sei. connect versteht sich aber nicht als zusätzliches Gremium, sondern als ein Strukturelement, das vorhandene Gremien mit einem spezifischen Thema verknüpft und professionalisiert. Entscheidend ist, dass ein (fach-)politischer Wille auf der Ebene der kommunalen, Bezirks- oder Kreisverwaltung formuliert wird. Damit sind die Türen für ein Netzwerk geöffnet. Parallel ist natürlich die Haltung der Akteure aus den Praxisfeldern wichtig, denn sie sind das Netzwerk.

 Nach der anfänglichen Motivation, ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen, folgt oft die Schwierigkeit, dieses langfristig zu etablieren. Wechselnde Mitarbeiter in Institutionen, die allgemeine Arbeitsbelastung oder unterschiedliche Bedürfnisse der Netzwerkmitglieder können beispielsweise zu Hindernissen werden. Wie schaffen Sie es bei connect, dass das Netz keine Löcher bekommt?


Der Durchbruch gelingt, wenn die ersten Fallberatungen durchgeführt werden und der konkrete Nutzen erfahrbar wird: Zwischen den Mitgliedern des Netzwerks wird Vertrauen aufgebaut. Die Handlungssicherheit steigt. Die Fachkräfte erfahren durch den Blick der anderen neue Perspektiven und lernen Abläufe und innere Dynamik der anderen Institutionen kennen. Ganz wichtig ist die Erkenntnis, Probleme nicht allein lösen zu müssen. Es sind viele Schultern, die den jeweiligen Fall tragen. Eine entscheidende Rolle spielt auch die Koordinationskraft. Ihre Professionalität und ihre Akzeptanz bei den Beteiligten haben große Bedeutung. Sie steuert die Qualität der Fallberatung und sorgt für einen wertschätzenden Umgang. Dadurch entsteht Motivation für weiteres Engagement und aktive Zusammenarbeit in einer Region.

 Welche Empfehlungen können Sie kommunalen Netzwerken aus Ihrer Erfahrung noch geben?

Struktur und Inhalt müssen ineinandergreifen und parallel entwickelt werden: Wir starten mit einer Fortbildung – daraus entwickelt sich der Wunsch nach Austausch und Vernetzung in der Regel von ganz allein. Ist das Netz gegründet, sind auch weiterhin inhaltliche Impulse wichtig. Eine schriftliche Vereinbarung ist auf jeden Fall ein wichtiger Grundbaustein. Sie macht transparent und greifbar, worum es geht, und sie schafft Verbindlichkeit und Kontinuität. Aber der politische Wille in der Kommune, dieses Thema als relevant für die Region zu definieren, ist die entscheidende Basis. Nur so können die Ressourcen für die Koordinationskraft bereitgestellt werden, ohne die die Netzwerkarbeit nicht möglich wäre.

 Woran merken Sie, dass Ihr Netzwerk effektiv funktioniert?

Das wichtigste Kennzeichen: Die Fachkräfte kommen wieder. Und sie äußern selber immer wieder den konkreten Nutzen und Gewinn. Sie denken mit und entwickeln bei den Jahrestreffen gemeinsam kleine, aber tragende Ideen für die weitere Perspektive. Connect-Fallberatungen haben aufgrund der Professionalität und des persönlichen Nutzens insbesondere für schwierige Fälle einen guten Ruf in der Region.

 Gab es ein Erlebnis, das Ihnen besonders vor Augen geführt hat, wie wichtig Ihre Arbeit ist?

Wenn ich ein einzelnes Erlebnis nennen soll, dann ist es gleich die erste Fallberatung in der Modellregion gewesen. Es ging um eine 13-Jährige und für sie und ihr Umfeld konnten grundlegende Veränderungen initiiert werden. Besonders ist mir der Kommentar der Fallgeberin in Erinnerung geblieben. Sie leitete ihren Bericht beim zweiten Treffen, in dem es um die Fallentwicklung ging, mit den Worten ein, es sei eigentlich nicht viel passiert. Tatsächlich aber hatten sich sowohl die Jugendliche als auch ihre Eltern für neue Maßnahmen geöffnet. Das heikle Thema war auf dem Tisch und nicht mehr unter dem Teppich. Ein zentrales Element ist also die Wertschätzung für das eigene Handeln, das positive Entwicklungen ermöglicht. Und genau solche Erlebnisse gibt es bei jeder Fallberatung immer wieder aufs Neue – das ist wirklich wunderbar. Auch wenn es keine sofortige Lösung für alle Probleme gibt, wir bleiben dran und connect schafft den Rahmen dafür, dass das gut gelingt.

Wie funktioniert die Fallberatung im Netzwerk?*

In einer Kita fällt auf, dass Nina, ein dreijähriges Mädchen, in der letzten Zeit sehr unregelmäßig erscheint. Die alleinerziehende Mutter bringt das Kind morgens oft sehr spät, manchmal gar nicht. Die Erzieherinnen stellen fest, dass Nina oft viel zu dünn angezogen und die Kleidung häufig verschmutzt ist. Das Mädchen wirkt sehr zurückgezogen und still. Die Mutter bringt das Kind meist nur bis zum Kita-Eingang und vermeidet den Kontakt mit den Erziehern. Heute ist eine Erzieherin dennoch auf die Mutter zugegangen und hat sie begrüßt. Danach grübelt sie: Hat sich

* bei connect aus mehreren Fällen generiertes und dadurch anonymisiertes Beispiel

Frau M. nicht etwas ungenau bewegt und eine Fahne gehabt?

Die Kollegen besprechen die Situation mit der Kita-Leiterin und wenden sich an die connect-Koordinatorin in ihrer Region. Diese lädt sie zur nächsten Fallberatung des Netzwerkes ein. Das ist zwar ein zusätzlicher Aufwand für die Kita, aber der Wunsch, dem Kind und der Mutter zu helfen, ist groß – und gleichzeitig auch die Unsicherheit, was am besten zu tun ist.

In der Fallberatung erzählt die Erzieherin von Nina und ihrer Mutter, ohne deren Namen zu nennen. Gemeinsam wird herausgearbeitet, welche der geschilderten Zusammenhänge auf Vermutungen basieren und welche Dinge die Erzieherin sicher weiß. Nur diese können im Gespräch mit der Mutter thematisiert werden. Nach einigen Nachfragen zum Verständnis werden Ideen gesammelt. Als wichtig wird erachtet, Kontakt mit einer Suchthilfeeinrichtung aufzunehmen, um mit fachlicher Unterstützung Wege zu finden, wie das Gespräch mit der Mutter gestaltet werden kann. Außerdem werden für die Mutter unterschiedliche Angebote gesammelt, die sie unterstützen könnten, wie eine Beratung für Alleinerziehende oder ein Müttertreff. Die Erzieherin hat nun eine Palette an passenden Angeboten für die junge Frau. Wie sie in Gesprächen mit ihr agiert, kann sie immer wieder mit der Suchthilfeeinrichtung besprechen.

Die Erzieher der Kita erhalten über das Netzwerk Informationsmaterialien, Kontakte und Fortbildungsangebote. Sie vereinbaren eine Fachberatung mit einem Träger, der spezielle Hilfen für Kinder aus alkoholbelasteten Familien anbietet. Die Kolleginnen besprechen, wie sie Nina in der Kita bestärken und fördern können.

Ein halbes Jahr später berichtet die Erzieherin, wie sich die Situation entwickelt hat. Die fachliche Beratung und Anleitung durch die Suchthilfeeinrichtung und die Schulung der Mitarbeiterinnen zeigen Erfolge. Zur Mutter konnte ein stabiles Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Sie wurde auf ihren Alkoholkonsum angesprochen und öffnete sich für Unterstützungsangebote. Inzwischen sucht sie regelmäßig die Beratung

für Alleinerziehende der Jugendhilfeeinrichtung auf und war bei einem ersten Gespräch im Suchthilfezentrum. Nina wirkt weniger angespannt und nimmt vermehrt Kontakt zu anderen Kindern in der Kita auf.

Schulterschluss Bayern

Prävention und frühzeitige Interventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind aufgrund der komplexen Anforderungen nur über gut funktionierende Netzwerke und zielführende Kooperationen zwischen Jugend- und Suchthilfe zu implementieren.

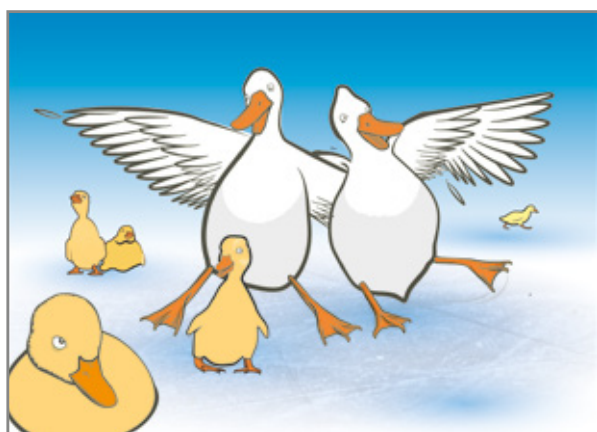
Das zentrale Element von Schulterschluss bilden zweitägige regionale Inhouse-Seminare auf Landkreis- oder städtischer Ebene. Zielgruppen der Seminare sind Mitarbeiter/innen der Jugend- und der Suchthilfe in bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten. Dabei sind insbesondere die Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD), die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi), Suchtberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen sowie die familienunterstützenden Hilfen angesprochen. Im Rahmen eines gemeinsamen Kooperationsseminars zum Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ wird das Verständnis für die Problemsituationen in den betroffenen Familien und der Kinder gestärkt sowie die Kooperationsbeziehungen zwischen Jugend- und Suchthilfe gefördert. Ziel ist unter anderem der gegenseitige Austausch der fachlichen Expertise, einerseits im Hinblick auf die Schwere der Suchtproblematik und andererseits im Hinblick auf die Beurteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Ergänzend werden gemeinsam Frühinterventionsstrategien und weitere präventive Angebote für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Familien entwickelt.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt im Rahmen des Bayerischen Präventionsplans mit Beschluss des Bayerischen Landtags. Das Projekt wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert und im Schulterschluss mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration durchgeführt. Projektnehmer ist die Aktion Jugendschutz Bayern in Kooperation mit dem Suchthilfeträger Prop – Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie e. V. Das Vorbild für Schulterschluss in Bayern stammt aus Baden-Württemberg. In Bayern

konnten für 2016/2017 bereits über 30 Schulterchluss-Kooperationsseminare umgesetzt bzw. verbindlich terminiert werden.

www.schulterchluss-bayern.de

PLAN B in Chemnitz



Das interdisziplinäre Hilfsangebot Plan B richtet sich an konsumierende Eltern und deren Kinder (0 bis 18 Jahre). Adressaten der familienorientierten Suchthilfe sind außerdem Angehörige, Freunde sowie professionelle Helfer der Familie.

Mit Plan B gelang es, die vorhandenen professionellen Hilfsangebote der Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe und anderer Hilfeformen, zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfen, mit ihren Kompetenzen zusammenzuführen, wissenschaftlich begründete Handlungsgrundsätze wie Case Management in der professionellen Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen einzuführen und fach- sowie substanzspezifische Weiterbildung in erster Linie für Mitarbeiter der Jugendhilfe anzubieten.

Mit Plan B sollen Kindeswohlgefährdungen und daraus erfolgreiche Fremdunterbringung verhindert werden. Um diese Ziele zu erreichen, setzt Plan B folgende Arbeitsschwerpunkte um:

- Suchtkranke bzw. -gefährdete Eltern werden informiert und motiviert, damit sie ihrer Elternrolle gerecht werden.

- Suchtkranke Eltern werden zur Reflexion über ihren Suchtmittelgebrauch und dessen nachteiligen Einfluss auf das Familiensystem und den Familienalltag angeregt. Mit der Familie werden ein Krisenmanagement und eine verlässliche Anbindung an das familientherapeutische und suchtttherapeutische Hilfesystem entwickelt. Eltern werden bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung unterstützt.
- Die Netzwerkpartner der Jugendhilfe erhalten Informationen zur Suchterkrankung und zu deren Auswirkungen auf das Familiensystem. Das suchtbelastete Familiensystem wird bezüglich einer unterstützenden Beziehungsabhängigkeit (Co-Verhalten) von Helferinnen, Helfern und Angehörigen betrachtet und diese Abhängigkeit wird beendet. Es werden kollegiale Fallreflexionen zur Planung weiterer Schritte durchgeführt und eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Hilfesysteme hergestellt.

Weitere Methoden, die zum Einsatz kommen, sind Case Management, nachgehende und aufsuchende Hilfe, Einzel-, Paar- und Familienberatung, motivierende Gesprächsführung, nicht direktive Beratungsansätze, systemische Familienberatung und -therapie und sozialpädagogische Gruppenarbeit.

Plan B ist ein Angebot der Stadtmission Chemnitz e.V. und wird durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und das Amt für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz gefördert.

Eine Weiterentwicklung des Konzeptes auf Grundlage von Evaluation, Supervision und kollegialer Fallreflexion ist notwendig, um diesen neuen Ansatz der Zusammenarbeit zu professionalisieren und die strukturellen Hindernisse zu überwinden.

www.stadtmission-chemnitz.de



Netzwerke „Frühe Hilfen“

Frühe Hilfen im Kontext von suchtblasteten Familien

Frühe Hilfen sind lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-jährigen. Neben alltagspraktischer Unterstützung leisten Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Damit tragen sie zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei. Der Auf- und Ausbau von Netzwerken „Frühe Hilfen“ der zuständigen regionalen Leistungsträger und Institutionen wird ergänzt durch den Einsatz von Familienhebammen. Durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen sollen die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen zur Etablierung verbindlicher Netzwerkstrukturen und zur Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen verstärkt werden. Dafür werden durch den Bund jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Zu

den für die Frühen Hilfen maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen zählen unter anderem das Bundeskinder-schutzgesetz, die Sozialgesetzbücher und landesgesetzliche Bestimmungen.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gegründet. Es entstand im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“. Träger des NZFH ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V.

Die unterschiedlichen Angebote der Akteure, Einrichtungen und Institutionen aus den verschiedenen Sozialsystemen werden in „Netzwerken Frühe Hilfen“ koordiniert. Die Netzwerke haben die Aufgabe, den fachlichen Austausch zu organisieren und die Zusammenarbeit zu sichern. Wichtige Voraussetzung ist die gemeinsame Erarbeitung geregelter Verfahren zur übergreifenden, aber auch familienbezogenen Zusammenarbeit, verknüpft mit der beständigen Weiterent-

wicklung und Aushandlung eines gemeinsamen Fachverständnisses.

Frühe Hilfen schaffen niederschwellige Zugänge zu Unterstützungsangeboten für Eltern aus dem Gesundheitsbereich und der Kinder- und Jugendhilfe. Ziel ist, allen Familien die Teilhabe an diesen Hilfen zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für belastete Familien, die es aus eigener Kraft häufig nicht schaffen, sich Unterstützung zu holen. Das setzt ein frühzeitiges, systematisches Erkennen relevanter Belastungsfaktoren von Eltern auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Zugangs voraus. Die Zusammenarbeit und die Vernetzung von Angeboten des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe sind hier besonders wichtig, um vor allem Eltern mit hohem Hilfebedarf (z. B. aufgrund einer Suchterkrankung) zu unterstützen: Das Gesundheitswesen verfügt über notwendige, nicht stigmatisierende Zugänge zu allen – und somit auch zu den belasteten, schwer erreichbaren – Familien. Die Kinder- und Jugendhilfe kann hingegen auf eine breite Palette an psychosozialen Hilfen zurückgreifen, um die Kompetenzen der Eltern zu stärken.

Spezifische Risiken bei Säuglingen und Kleinkindern sind die Etablierung einer unsicheren Bindung zum psychisch kranken Elternteil und die Entwicklung einer Bindungsstörung, gegebenenfalls im Kontext von Vernachlässigung oder Misshandlung (Ziegenhain & Deneke, 2014).

Der repräsentativen Studie „Kinder in Deutschland (KiD 0-3)“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zufolge wurden bei 12,3 Prozent der Eltern mit Suchtanzeichen Hinweise auf Gewalt gegenüber dem Kind oder eine Vernachlässigung des Kindes festgestellt. Bei Eltern ohne Suchtanzeichen lag die Häufigkeit bei 2,3 Prozent. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Suchterkrankung der Eltern einen eigenständigen Risikofaktor für das Auftreten von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung darstellt und der Zusammenhang nicht allein durch den Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren erklärt werden kann (Fullerton, B., Eickhorst, A., Sann, A., Simon, L., 2017).

Von Dezember 2013 bis März 2015 hat das NZFH eine Online-Erhebung bei den Familienhebammen (FamHeb) und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (FGKiKP) durchgeführt (Renner & Scharmanski, 2016). FamHeb und FGKiKP sind staatlich examinierte Hebammen und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pfleger mit einer Zusatzqualifikation, die in den Frühen Hilfen eingesetzt werden. Die Zusatzqualifikation befähigt die Angehörigen beider Berufsgruppen in besonderem Maße dazu, Familien zu unterstützen, die unter psychosozial belastenden Bedingungen Kinder erziehen (NZFH 2013, NZFH 2014). Ihr Einsatz ist Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

Die Fachkräfte (FamHeb und FGKiKP) machten Angaben zum Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen in den betreuten Familien. Hohe Prävalenzen berichteten die Fachkräfte in Bezug auf Tabakkonsum: So waren 22,8 Prozent der Säuglinge in den betreuten Familien Tabakrauch ausgesetzt. Am Ende der Betreuung reduzierte sich der Anteil der Betreuungspersonen, die in Anwesenheit des Kindes rauchten, auf 19,8 Prozent.

Bei 13 Prozent der Familien stellten die Fachkräfte bei Betreuungsbeginn einen Bedarf an professioneller Hilfe aufgrund einer Suchterkrankung fest. 62,7 Prozent dieser Familien nahmen zu Beginn der Betreuung durch die Fachkraft (noch) keine Hilfen zur Bewältigung der Suchterkrankung an. Dieser Anteil reduziert sich im Betreuungsverlauf auf 56,6 Prozent.

Bei 0,5 Prozent der Hauptbezugspersonen war Drogenkonsum „sicher erkennbar“. In weiteren 1,8 Prozent der Familien konsumierte eine weitere Person im Haushalt Drogen. In 1,5 Prozent der Familien nahm die Hauptbezugsperson an einem Substitutionsprogramm (Methadon) teil, in 0,6 Prozent (mindestens) eine weitere Person im Haushalt (NZFH, 2017).

Mittlerweise wurden die Netzwerke Frühe Hilfen flächendeckend in Deutschland durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen auf- und ausgebaut. Allerdings sind noch nicht alle relevanten Institutionen und Akteure ausreichend in die lokalen Netzwerke eingebunden. In

einem Drittel der Kommunen sind niedergelassene psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen, aber auch stationäre psychiatrische Einrichtungen in die Netzwerke integriert. Die Suchtberatung beteiligte sich an der fallübergreifenden bzw. fallbezogenen Kooperation (NZFH, 2014).

Bei einer Suchterkrankung von Eltern ist eine alleinige Versorgung der Familien durch die Frühen Hilfen nicht ausreichend. Die Familienhebammen und -pfleger können als Netzwerkpartner der psychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung unterstützend tätig sein, die Fachkräfte weisen aber darauf hin, dass die Installierung weiterer Hilfen in diesen Fällen erforderlich ist, um beispielsweise eine Kindeswohlgefährdung sicher abzuwenden. Versorgungslücken zeigen sich beim Übergang mancher Eltern aus den Frühen Hilfen zu weiter gehenden Unterstützungsangeboten, da diese oftmals nicht (zeitnah) verfügbar sind.

Mechthild Paul, Leiterin des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Familienorientierte Rehabilitation

Behandlung und Rehabilitation sind überwiegend auf den suchtkranken Menschen ausgerichtet. Die Einbeziehung der Kinder erfolgt nicht regelhaft. Wenn ein Elternteil (oft die Mutter) die Kinder mit in eine Reha-Einrichtung nimmt, werden diese meist als sogenannte „Begleitkinder“ betreut. Dies beinhaltet hauptsächlich die Unterbringung, die Organisation des Schul- bzw. Kindergartenbesuchs und die Betreuung in der Freizeit. Die Kosten für die „Begleitkinder“ werden überwiegend von der Rentenversicherung bzw. zu einem geringeren Anteil von den Krankenkassen oder der Jugendhilfe übernommen (Sucht Aktuell, 1/2017).

Liegt ein Behandlungsbedarf bei den Kindern aufgrund einer diagnostizierten Erkrankung vor, stehen einzelne Angebote für eine Kinder- und Jugendrehabilitation parallel zur Entwöhnungsbehandlung der Eltern zur Verfügung.

Familienorientierte therapeutische Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen werden bislang nur in geringem Umfang umgesetzt. Als Barriere für eine

stärkere Familienorientierung wirkt vor allem das gegliederte Sozialsystem mit seinen unterschiedlichen Kostenträgern. Einzelne Rehabilitationseinrichtungen setzen daher verschiedene Kooperationsmodelle um, um die ganze Familie in die Behandlung einzubinden. Dadurch sollen die Erziehungskompetenzen der Eltern und die Beziehung zwischen Eltern und Kindern gestärkt werden. Da Kinder suchtkranker Eltern häufig selbst psychische Störungen entwickeln, wird mit der familienorientierten Rehabilitation auch eine präventive Wirkung bei den Kindern angestrebt.

Kinderhaus Tannenhof in Berlin



Im Kinderhaus Tannenhof können 16 Kinder bis zum Alter von 10 Jahren betreut werden, deren Eltern parallel im Tannenhof Zentrum I eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolvieren. Je nach Alter sind die Kinder während des 6- bis 10-monatigen Aufenthaltes zusammen mit ihren Eltern oder in einem eigenen Zimmer neben dem Elternzimmer untergebracht. Auch schwangere Rehabilitandinnen werden im Haupthaus aufgenommen und nach der Geburt mit ihren Säuglingen betreut. Die Konzepte beider Häuser sind darauf ausgerichtet, auch in schwierigen Konstellationen Eltern mit ihren Kindern aufzunehmen. Dazu zählen beispielsweise Kinderschutzfälle, Zwangskontexte (Auflagen des Gerichts oder des Jugendamts) oder eine Rückführung der Kinder in die Familien.

Tannenhof ermöglicht es den Eltern, ihre Suchttherapie zu absolvieren, ohne von ihren Kindern getrennt zu werden. Zum anderen wird durch die pädagogische und familientherapeutische Begleitung das ganze Familiensystem gestärkt sowie die Erziehungskompetenzen gezielt gefördert. Die Eltern erhalten besondere

Therapiepläne und Unterstützung, um die Anforderungen der Therapie neben den Elternaufgaben zu bewältigen.

Die Angebote des Kinderhausteams orientieren sich an den Belastungen suchtkranker Familien und sind speziell auf die Bedürfnisse von Kindern suchtkranker Eltern ausgerichtet.

www.tannenhof.de/kinderhilfe/das-kinderhaus/

Modellprojekt der Rentenversicherung Baden-Württemberg

Die Rentenversicherung Baden-Württemberg testet im Rahmen eines Modellprojekts die stationäre und ambulante familienorientierte Suchtrehabilitation.

Im stationären Setting werden für die familienorientierte Suchtrehabilitation Synergieeffekte von zwei Rehabilitationseinrichtungen auf demselben Gelände genutzt. Die Rehaklinik Birkenbuck bietet Suchtrehabilitationen an, die Rehaklinik Kandertal psychosomatische Rehabilitationsleistungen für Jugendliche und Erwachsene sowie Familienrehabilitationen. Für suchtblastete Rehabilitanden und deren ebenfalls behandlungsbedürftige Familienmitglieder kann durch die Kombination dieser Angebotspalette beider Einrichtungen eine gemeinsame, familienorientierte Rehabilitation durchgeführt werden.

Vor Ort können bei gemeinsamer Unterbringung der Familie sowohl der abhängigkeitskranke Elternteil als auch Partner und Kinder mit eigenem Rehabilitationsbedarf therapiert werden. Für die Kinder stehen auf dem Gelände der Rehaklinik Kandertal neben den Rehabilitationsangeboten ein Kinderhaus mit Kinderkrippe und Kindergarten sowie eine Klinikschule zur Verfügung, sodass eine Betreuung gewährleistet ist.

Die Rehabilitation erfolgt für jedes Familienmitglied bei erkennbarem Rehabilitationsbedarf entsprechend den eigenen Indikationen vor allem an den Vormittagen. Einige Nachmittage werden je nach Bedarf für gemeinsame familientherapeutische Angebote und Familiengespräche genutzt. Für die Koordination der Angebote und Begleitung der Familien während des Rehabilitationsaufenthaltes ist als Fallmanager ein Mitarbeiter der beiden Rehabilitationseinrichtungen für die Familien zuständig.

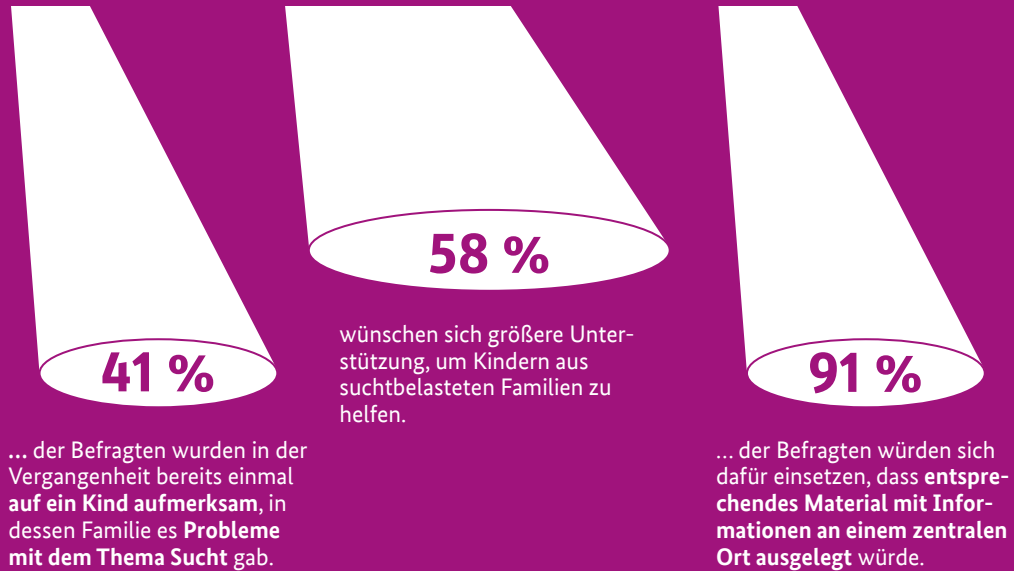
Das Angebot der familienorientierten Suchtrehabilitation besteht seit Ende 2015 und wird von einer regelmäßig tagenden Projektbegleitgruppe gesteuert.

Im ambulanten Setting wird über das Projekt FoRaN (Familienorientierte Rehabilitation und Nachsorge) eine speziell auf die Familie der Rehabilitandin/des Rehabilitanden ausgerichtete ambulante Rehabilitation mit anschließender Nachsorge erprobt. An dem Projekt sind fünf Beratungsstellen des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V. beteiligt, welche zusätzlich zu den Leistungen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation bzw. Nachsorge entsprechende Angebote für Familien vorhalten. Durch Familiengespräche, Familientage oder Familienwochenenden soll die gesamte Familie, welche durch die Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils belastet ist, gestärkt werden. Das Projekt FoRaN wird seit Anfang 2016 in den teilnehmenden Beratungsstellen umgesetzt und ebenfalls von einer regelmäßig tagenden Projektbegleitgruppe gesteuert.

ABBILDUNG 23:

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Situation von Lehrern und Erziehern im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung:

(CATI-Umfrage, März 2017, GMS Dr. Jung GmbH)



5 Mehr erfahren – Informationen, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit

Kinder aus suchtbelasteten Familien brauchen Erwachsene, die ihre Situation wahrnehmen und handeln. Oftmals bestehen bei pädagogischen Fachkräften und Betreuungspersonen im Umfeld der Kinder aber Unsicherheit und Unkenntnis.

Fortbildungen und Informationsmaterialien vermitteln Wissen zum Thema und geben praxisnahe Hinweise zum Umgang mit den Kindern und ihren Eltern. Dadurch wird die Handlungskompetenz von Fachkräften gestärkt.

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.



NACOA Deutschland wurde 2004 in Berlin als offizielle Partnerorganisation der amerikanischen National Association for Children of Alcoholics (NACoA) gegründet. Der Verein hat das Ziel, die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien zu verbessern. Dies geschieht durch:

- Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit über die Auswirkungen familiärer Suchtprobleme auf die Kinder
- Lobbyarbeit für Kinder aus suchtbelasteten Familien: NACOA bringt gegenüber Politik und Verbänden die Problematik dieser Kinder zur Sprache und arbeitet mit Fachleuten und Institutionen zusammen

- Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten: Auf der Webseite wird ein umfangreiches Verzeichnis von Hilfsangeboten für Kinder suchtkranker Eltern und ihre Angehörigen zur Verfügung gestellt
- Online-Beratung von Kindern und Jugendlichen
- Fortbildung, Information und Fachberatung von Menschen, die beruflich mit Kindern arbeiten, zur Vermittlung von Kenntnissen, die ihnen dabei helfen, Kinder aus Suchtfamilien zu erkennen, zu verstehen und zu unterstützen
- Organisation der jährlichen bundesweiten Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien

www.nacoa.de

www.coa-aktionswoche.de

Kindern von Suchtkranken Halt geben – Broschüre der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe

Die Broschüre der Selbsthilfeorganisation „Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe“ in Kooperation mit dem BKK Bundesverband wird in diesem Jahr aktualisiert und neu aufgelegt. Enthalten sind neben Informationen und Projekten zum Thema auch viele Hinweise für Lehrer, Erzieher und andere Betreuungspersonen zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern.



www.freundeskreise-sucht.de

Alles total geheim – Fortbildung und Broschüre der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen

Damit nicht „alles total geheim“ bleibt, richtet sich diese Broschüre zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien in erster Linie an pädagogische Fachkräfte. Die Broschüre wurde als Begleitmaterial für die Fortbildung „Alles total geheim“ entwickelt. Sie enthält Hinweise, wie Kinder aus suchtbelasteten Familien erkannt und unterstützt werden können, sowie Gesprächstechniken für die Kommunikation mit den Eltern.



www.suchtpraevention-sachsen.de

Ein Nachdruck der Broschüre „Alles total geheim“ wird durch die Geschäftsstelle der Bundesdrogenbeauftragten geprüft.

Mia, Mats und Moritz – Broschüren der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

Die Geschichte „Mia, Mats und Moritz“ erzählt von den Alltagsproblemen in einer Familie mit einem suchtkranken Elternteil. Sie erzählt aber auch von den Stärken der Kinder, von ihrem kreativen Umgang mit Schwierigkeiten und davon, dass es nicht immer alleine gehen muss.



Die von der DHS herausgegebene Broschüre wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.



Zur Geschichte gibt es ein Begleitheft für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie für Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern.

www.dhs.de

Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für Mitarbeiter der Suchthilfe

Ziel des noch laufenden Projekts ist die Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für die Einschätzung von elterlichen Erziehungskompetenzen sowie von Belastungen bzw. möglichen (Entwicklungs-)Gefährdungen von Kindern aus suchtbelasteten Familien. Das internetbasierte Schulungsmodul wird auf der Internetplattform des E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ angesiedelt und von Blended-Learning-Kursen flankiert. Adressaten sind Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen sowie aus der Kinder- und Jugendhilfe. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Modul wird in Kooperation des Universitätsklinikums Ulm, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg entwickelt.

<https://fruehehilfen-bw.de>

FITKIDS – Gesundes Aufwachsen für Kinder mit süchtigen Eltern



FITKIDS ist ein Organisationsentwicklungsprogramm zur Familienorientierung für Drogen- und Suchtberatungsstellen. Ergänzend zu den bestehenden Angeboten der Beratungsstellen wird die Thematik „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ nachhaltig in die Arbeitsstrukturen und Handlungsabläufe integriert.

Die Kinder suchtkranker Mütter und Väter werden mit in den Blick der Beratungsstellen genommen und die für eine adäquate Versorgung der Personengruppe notwendigen internen und externen Organisationsstrukturen werden geschaffen. Hierzu zählen eine standardisierte Datenerfassung der Kinder, Beurteilung von Gefährdungssituationen, Entwicklung von internen Handlungsabläufen bei möglichen Kindeswohlgefährdungen, Entwicklung von Kooperationsstrukturen und -verträgen, Schnittstellenarbeit und die Einbindung der Beratungsstellen in das regionale Hilfesystem zur Wahrnehmung der notwendigen „Lotsenfunktion“ für Eltern und ihre Kinder. Das Programm besteht aus zwei Basis- und vier Praxisbausteinen:

- Die Kinder in den Blick nehmen – interne Voraussetzungen
- Netze knüpfen – Kooperationen und Netzwerke
- Bevor es zu spät ist – praktische Arbeit mit den Kindern
- Früh hilft früh – Arbeit mit Schwangeren und Frühe Hilfen
- Sprache finden – Arbeit mit substituierten Eltern
- Voneinander lernen – Multiplikatorenschulung

Die FITKIDS-Beratungsstelle in Wesel beschäftigt sich seit 1996 mit Kindern suchtkranker Eltern. Aus der langjährigen Erfahrung und Expertenwissen aus verschiedenen Ländern wurde das Programm FITKIDS

entwickelt und im Rahmen einer Pilotphase (2011–2012) an sieben Standorten umgesetzt. Das Programm wird evaluiert und verfügt über ein Manual, das FITKIDS-Ringbuch. Im Rahmen von 10 Inhouse-Schulungen innerhalb von 3 Jahren wurde und wird FITKIDS inzwischen in 40 andere Kommunen übertragen. Darüber hinaus stellen die Weseler Fitkids-Mitarbeiter Erfahrungswissen, Methoden, Arbeitshilfen, Kontaktadressen, Literaturhinweise, Fachartikel, QM-Prozesse, Möglichkeiten der EDV-gestützten Dokumentation und vieles mehr für die praktische Arbeit vor Ort zur Verfügung.

www.fitkids.de

Kind s/Sucht Familie – Fortbildungsprogramm der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.

Durch die Fortbildung werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren befähigt, Schulungen für Fachkräfte in Jugendämtern, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen bzw. Kindertageseinrichtungen und anderen Institutionen durchzuführen. Praxisnah werden Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Kind und seinen Bezugspersonen beleuchtet und Wege zur Unterstützung dieser Kinder und Jugendlichen entwickelt.

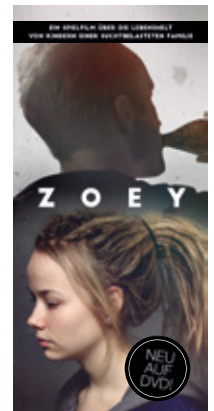
www.lzg-rlp.de



ZOEY – Spielfilm über die Lebenswelt von Kindern in einer suchtbelasteten Familie

In dem 40-minütigen Spielfilm geht es um die 14-jährige Zoey, die mit dem Rückfall ihres alkoholkranken Vaters zu kämpfen hat. Der Alltag des Teenagers gerät ins Wanken und sie muss Verantwortung für ihren Vater, ihren 8-jährigen Bruder und sich selbst übernehmen. Der Film wurde vom Medienprojekt Wuppertal im Auftrag des Blauen Kreuzes Deutschland e.V. produziert. Der DVD liegt eine Broschüre mit anschaulichem Arbeitsmaterial für die Nutzung des Filmes in Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe bei.

<http://zoey-der-film.blaues-kreuz.de/zoeyfilm.html>





Hamburger Basiscurriculum
JUGEND UND SUCHT



Klartext
reden!



Abis



PA-TRES



6 | Projekte, Studien, Initiativen

1 Vom Bund geförderte Projekte

1.1 Suchtstoff- bzw. suchtfarmbezogene Projekte

Tabak

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Konsumgewohnheiten und Motive von E-Zigaretten-Konsumierenden in Deutschland – Eine Querschnittsanalyse

E-Zigaretten finden bei ca. einer Million Menschen in Deutschland regelmäßige Verwendung und werden hauptsächlich von Rauchenden oder Ex-Rauchenden genutzt. In einer Online-Querschnittsstudie des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) Hamburg unter E-Zigaretten-Konsumierenden waren 91,5 Prozent ehemalige Rauchende, 7,5 Prozent dual Konsumierende und lediglich 1 Prozent tabakunerfahrene Personen. Das Ergebnis, dass Personen, die zuvor keine Tabakprodukte gebraucht hatten, sehr selten regelmäßig E-Zigaretten nutzen, ist mit internationalen Studien vergleichbar. Während Online-Studien mit einer ähnlichen Rekrutierungsstrategie (Bekanntmachung der Studie über Foren, Informations-, Händler- und Herstellerwebseiten) zu einer vergleichbaren Verteilung von Ex-Rauchenden und dual Konsumierenden kommen, ist die Anzahl an dual Konsumierenden in repräsentativen Befragungen in der Regel deutlich höher.

Ehemalige Rauchende und dual Konsumierende weisen in der durchgeführten Befragung eine vergleichbare Tabakbiografie auf. Sie sind im Durchschnitt 41 Jahre alt, zu 80 Prozent männlich und mit 22 Konsumjahren und 25 täglich gerauchten Zigaretten als langjährige, starke Rauchende zu klassifizieren. 50 Prozent der Befragten haben in der Vergangenheit mithilfe von Nikotinersatzprodukten erfolglos versucht, ihren Tabakkonsum zu beenden. Beide Gruppen nutzen E-Zigaretten im Durchschnitt seit zwei Jahren, ohne einen Ausstieg zu planen. 90 Prozent der Ex-Rauchenden gelang der vollständige Umstieg von Tabakprodukten auf ein elektronisches Dampferzeugnis innerhalb weniger Tage. Ex-Rauchende nutzen

E-Zigaretten täglich, haben die Nikotinstärke des Liquids reduziert, benutzen selten Tabakaromen und berichten über deutliche gesundheitliche Verbesserungen. Die anfängliche Motivation war die Hoffnung auf gesundheitliche Änderungen durch eine vollständige Tabakabstinenz. E-Zigaretten-Konsum wird mit Genuss und sozialen Aspekten assoziiert (Genießen des Dampfrituals und Hobbyaspekt). Dual Konsumierende nutzen E-Zigaretten seltener täglich, jedoch mit Liquids mit einem höheren Nikotingehalt. Hauptmotive waren die Reduktion des Zigarettenkonsums und gesundheitliche Aspekte. Gesundheitlich profitieren sie deutlich weniger als Ex-Rauchende und Genuss- und Hobbyaspekte sind nur von untergeordneter Bedeutung. Sie nutzen E-Zigaretten häufiger als Ex-Rauchende an Orten, an denen das Tabakrauchen untersagt ist. Die Anzahl an aktuell täglich gerauchten Zigaretten ist mit knapp 14 Zigaretten relativ hoch.

Personen, die E-Zigaretten nutzen, ohne vorher geraucht zu haben, weisen keinerlei körperliche Abhängigkeit auf (Fagerström-Test), konsumieren zu 50 Prozent ohne Nikotin und gebrauchen keine Liquids mit Tabakaromen.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Abschlussbericht/161005_Anlage_5-Abschlussbericht_ZIS.pdf

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Nutzen und Nutzung der E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung

Etwa acht Prozent der Raucher, die einen Aufhörversuch unternehmen, versuchen dies mithilfe einer E-Zigarette (Kröger et al., 2015, ESA Datensatz 2012). Die 2015 veröffentlichte deutsche interdisziplinäre S3-Leitlinie zu „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (AWMF Leitlinien-Registernummer 076-006) spricht sich allerdings gegen das Anbieten der E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung aus, weil die Datenlage derzeit unzureichend ist. Vor dem Hintergrund dieser Diskrepanz zwischen der Beliebtheit und Anwendung der E-Zigarette unter Rauchern und der skeptischen Einschätzung von Experten war es das Ziel der Beobachtungsstudie der IFT-Gesundheitsförderung

München, den Einsatz der E-Zigarette in Tabakentwöhnungskursen und deren Nutzen für die Erlangung der Abstinenz zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden über 600 Kursteilnehmer des „Rauchfrei Programms“ ein Jahr nach Kursende telefonisch befragt. Das „Rauchfrei Programm“ ist ein seit vielen Jahren im deutschsprachigen Raum etabliertes Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung, welches durch das Institut für Therapieforchung (IFT) mit Förderung der BZgA entwickelt wurde.

12,5 Prozent der Teilnehmer hatten während des Kurses die E-Zigarette genutzt. Von den Anwendern der E-Zigarette gaben 88 Prozent an, dass die E-Zigarette sie beim Rauchstopp unterstützen sollte. Zum Zeitpunkt der Befragung benutzten 67 Prozent die E-Zigarette nicht mehr. Die Nutzer der E-Zigarette schätzten die E-Zigarette in den meisten Aspekten positiver ein als Raucher, die die E-Zigarette nicht angewendet hatten. Sowohl ein Nutzen für die Abkehr von der Tabakzigarette als auch positive Eigenschaften wie guter Geschmack, guter Geruch und geringere Kosten werden von den Anwendenden häufiger berichtet. Die Nutzer der E-Zigarette waren im Durchschnitt stärker körperlich von der Zigarette abhängig als Teilnehmer, die keine zusätzlichen Hilfsmittel in Anspruch nahmen. Hinsichtlich sozialökonomischer Merkmale waren die Personengruppen vergleichbar. E-Zigaretten-Nutzer waren ein Jahr nach Kursende deutlich seltener abstinent als die übrigen Kursteilnehmer. Nur 20 Prozent der Nutzer von E-Zigaretten waren abstinent, während 39 Prozent der Kursteilnehmer, die keine E-Zigarette genutzt hatten, und 36 Prozent der Nutzer medizinischer Nikotinprodukte (Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, Nikotinspray) angaben, abstinent zu sein. Auch wenn man in der statistischen Auswertung berücksichtigt, dass die Nutzenden der E-Zigarette stärker abhängig waren und somit eine geringere Erfolgswahrscheinlichkeit für einen Rauchstopp aufwiesen, ist der Unterschied signifikant. Das Ergebnis zeigt, dass die Nutzung der E-Zigarette als Hilfsmittel in einem strukturierten Gruppenprogramm zum Rauchstopp den langfristigen Erfolg deutlich verringert. Die Ähnlichkeit im Nutzungsverhalten von Tabakzigaretten und E-Zigaretten verhindert möglicherweise, dass sich eine stabile

Abstinenzmotivation ausbildet und sich ein rauchfreier Lebensstil etabliert, und begünstigt somit einen Rückfall. Anders als bei den medizinischen Nikotinprodukten gibt es auch keine spezifischen Regeln, wie die E-Zigarette als zeitlich befristete Hilfsmaßnahme konkret eingesetzt und wieder beendet wird. Aufgrund des Ergebnisses der Studie wird davon abgeraten, die E-Zigarette im Rahmen von verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenprogrammen zur Tabakentwöhnung einzusetzen.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Abschlussbericht/161005_Anlage_6-Abschlussbericht_IFT.pdf

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Der Konsum von elektronischen Dampferzeugnissen unter Jugendlichen

Das Forschungsprojekt „Der Konsum von elektronischen Dampferzeugnissen (eDe) unter Jugendlichen“ hatte die Generierung von validem Grundlagenwissen über Prävalenzen sowie Muster des Konsums von eDe unter Jugendlichen (14–24 Jahre) unter Berücksichtigung möglicher Zusammenhänge mit konventionellem Tabakkonsum zum Ziel. Die Forschungsergebnisse basieren auf der Durchführung einer systematischen Literaturstudie, qualitativen problemzentrierten Interviews und einer quantitativen Online-Umfrage. Zudem wurde eine Sekundäranalyse im Rahmen der repräsentativen Frankfurter Befragung von Schülerinnen und Schülern (MoSyD) durchgeführt. Hinsichtlich der wesentlichen Projektergebnisse ist vor allem ein ansteigender Trend der Lebenszeit- und der 30-Tages-Prävalenz für E-Zigaretten und E-Shishas unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen festzuhalten. Trotz der vergleichsweise hohen Prävalenzraten zeigen die Ergebnisse der repräsentativen Befragung allerdings, dass nur sehr wenige der Schülerinnen und Schüler in Frankfurt am Main täglich E-Produkte konsumieren.

Allgemein zeigten sich differenzierte Ergebnisse im Hinblick auf unterschiedliche E-Produkte in unterschiedlichen Altersgruppen sowie im Kontext eigener Raucherfahrungen.

So besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Konsum von konventionellen Tabakprodukten und E-Produkten. Dabei scheinen E-Produkte vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 18-jährigen Raucher als Ergänzung zu bestehenden Konsummustern zu funktionieren, oft, um bestimmte Nachteile herkömmlicher Zigaretten zeitweise umgehen zu können. Nur sehr wenige in dieser Altersgruppe beabsichtigen, eDe als Ausstiegshilfe zu verwenden. Ein gewisser Anstieg 2015 im Vergleich zu 2014 zeigte sich im Hinblick auf Personen mit Tabakerfahrungen ohne aktuellen Zigarettenkonsum, die auf nikotinfreie E-Produkte zurückgreifen. Die Gateway-Hypothese bestätigt sich in den vorliegenden Daten nicht. Es gibt zwar in beiden Stichproben eine kleine Gruppe an Schülern, die zunächst ein E-Produkt und erst danach Tabak konsumierten, diese weisen jedoch – zumindest in der repräsentativen Erhebung – eine geringere Wahrscheinlichkeit als ihre Mitschüler auf, einen regelmäßigen Zigarettenkonsum zu entwickeln. Bisher scheinen sich keine intensiven Konsummuster in der Breite zu etablieren, Probier- und Gelegenheitskonsum sind hier die Regel. Hinsichtlich der Konsummotivationen offenbart sich ein breites Spektrum an Motivlagen, wobei neben dem häufigsten Probiergrund „Neugierde“ unter anderem diverse „Vorteile“ gegenüber herkömmlichen Zigaretten eine wichtige Rolle spielen, aber auch soziale Motive und ein (zumindest zeitweise und in bestimmten Gruppen) positives Image von E-Produkten. In der Altersgruppe der 19- bis 24-jährigen stehen sowohl aktuelle Motive als auch Einstiegsmotive von E-Zigaretten häufig im Zusammenhang mit konventionellem Zigarettenkonsum. Es zeigte sich, dass die Befragten umso häufiger zur E-Zigarette als zur E-Shisha greifen, je älter sie sind. Zudem werden mit ansteigendem Alter Motive wichtiger, die sich auf Harm Reduction oder Rauchausstieg beziehen.

E-Produkte werden im Vergleich zu Tabakerzeugnissen mehrheitlich als weniger schädlich wahrgenommen. Interessanterweise scheint jedoch gegenüber der E-Shisha eine größere Verunsicherung bezüglich ihrer Gesundheitsgefahren vorzuherrschen als gegenüber der E-Zigarette. Insgesamt scheint die E-Zigarette, vor allem in der spezifischen Stichprobe der Dampf- und Raucherfahrenen, hinsichtlich ihrer Gesundheitsgefah-

ren ein positiveres Image zu haben als die E-Shisha. Festzuhalten ist ein allgemein hoher Aufklärungsbedarf für alle Arten von E-Produkten.

<http://isff.info>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

MIRAS – Miteinander Rauchbelastung senken



MIRAS
Miteinander Rauchbelastung senken

Zielgruppe des 18-monatigen Projekts sind sozial benachteiligte Eltern, die Zigaretten rauchen. Ziel ist, die Passivrauchbelastung ihrer Kinder zu verringern. Hintergrund der Studie sind Ergebnisse des Deutschen Krebsforschungszentrums, wonach insbesondere Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und diejenigen mit einem Migrationshintergrund Tabakprodukte rauchen. Kinder und Jugendliche aus diesen Familien sind in einem besonderen Maße durch Passivrauchen gefährdet.

Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg und die FOGS GmbH in Köln führen das Projekt in Kooperation durch. In den Städten Hamburg und Köln wurden Eltern einbezogen, die keinen Migrationshintergrund bzw. einen türkischen oder russischsprachigen Migrationshintergrund aufweisen. In geschlechtshomogenen Gruppen wurden die Eltern zu ihrem Rauchverhalten und zu gewünschten Aufklärungsmaßnahmen befragt. Zudem wurden Fachkräfte aus verschiedenen Organisationen für Migranten, Eltern, Gesundheit etc. systematisch in die Erarbeitungsprozesse einbezogen. Methodisch basiert das Projekt auf einem partizipativen und qualitativen Ansatz, um gendergerechte Zugangswege und Aufklärungsmaterialien zu entwickeln und die Akzeptanz des entwickelten Konzepts zu erproben.

Nach Abschluss aller Befragungen wurden auf deren Grundlage verschiedene Aufklärungsmaterialien entwickelt. So wurde ein kurzer dreisprachiger Videofilm für die Zielgruppe der Eltern produziert und

eine dreisprachige Webseite erstellt. Zudem wurden ein Wissensquiz zur Passivrauchbelastung und Poster mit Regeln zum Schutz der Kinder vor Passivrauchen in drei Sprachen gedruckt. Die gedruckten Materialien stehen auf der Internetseite auch als Download zur Verfügung. Die Akzeptanztestung der erarbeiteten Materialien und Zugangswege wird 2017 durchgeführt. www.kinder-zigarettenrauch.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

KOPA – Kinder ohne Passivrauch

Passivrauchbelastung im Kindesalter ist mit erhöhter Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit assoziiert. Insbesondere Migranten und Personen mit niedrigem Bildungsstatus sind sich dieses Risikos oft nicht bewusst bzw. kennen häufig keine einfachen Möglichkeiten, die Exposition in Innenräumen zu vermindern.

Ziel des Projekts ist es, eine Aufklärungskampagne zu entwickeln, die insbesondere Migranten und Personen mit niedrigem Bildungsstatus Wissen zum Thema Passivrauchbelastung von Kindern erfolgreich vermittelt. In einem ersten Schritt wurden von Studienteilnehmern mit und ohne Migrationshintergrund Wissen und Einstellungen zu den möglichen Gefahren des Passivrauchens für Kinder sowie Normen und Restriktionen bezüglich des erwünschten Verhaltens zur Verminderung der Passivrauchexposition in Innenräumen erhoben. Danach wurden gemeinsam mit den Teilnehmern erfolgversprechende Kernbotschaften und mögliche Zugangswege entwickelt und evaluiert. Hierfür wurden 26 qualitative Interviews durchgeführt, die zeigten, dass bezüglich der Definition und Schädlichkeit der Passivrauchexposition bei der Zielgruppe Wissenslücken bestehen, das Thema aber als wichtig eingeschätzt wird. Auf Basis der Ergebnisse wurden zwei Kampagnen ausgearbeitet, die anschließend durch die Teilnehmer in insgesamt vier Gruppendiskussionsrunden evaluiert wurden. Nach erneuter Überarbeitung werden die Botschaften und Zugangswege abschließend noch einmal mittels quantitativer Befragung hinsichtlich Passung zur Zielgruppe, Akzeptanz und generellen Eindrucks bei der Zielgruppe bewertet. Das Projekt wird von Instituten des Klinikums der Universität München durchgeführt.

http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Institut-und-Poliklinik-fuer-Arbeits-Sozial-und-Umweltmedizin/de/forschung/arbeitsgruppen/Prof_Radon/forschung/national/laufende-projekte/KOPA.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Projekt PA-TRES 2 – Verstetigung Qualifizierungsangebote für Lehrende und Bezugspersonen von Pflegeauszubildenden



Der Raucheranteil unter Auszubildenden in Pflegeberufen ist deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Projekt PA-TRES umfasste bis 2015 die Entwicklung und Evaluation eines Präventionskonzepts mit dem Ziel, bereits in der Pflegeausbildung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren, einen Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern und Rauchenden den Ausstieg zu erleichtern. Kernelement ist ein zwölfstündiger Unterricht zu gesundheitsförderlichem Lebensstil, Raucherberatung sowie Stressbewältigung im Pflegeberuf. Daten von mehr als 400 Pflegeauszubildenden bestätigen den deutlich höheren Anteil an Rauchenden gegenüber der Allgemeinbevölkerung in der vergleichbaren weiblichen Altersgruppe (etwa 45 vs. 30 Prozent). Die Daten belegen auch Zusammenhänge zwischen Rauchen und ungesundem Lebensstil, höherem Stresserleben und ungünstigeren Stressbewältigungsstilen. Zur Verbreitung des Konzepts wurden in PA-TRES 2 ein Train-the-Trainer-Seminar (TTT) zum PA-TRES-Unterricht sowie eine Fortbildung zu motivierenden Gesprächen mit Pflegeauszubildenden entwickelt, erprobt und evaluiert. Das TTT zum PA-TRES-Unterricht umfasste die Vermittlung des theoretischen Hintergrundes, der Inhalte und didaktischen Kompetenzen zur selbstständigen Durchführung des PA-TRES-Curriculums. Die Fortbildung zu motivierenden Gesprächen vermittelte Gesprächskompetenzen zur Motivation von Auszubildenden zum Rauchstopp sowie ausgewählte Techniken des Motivational Interviewings (Miller und Rollnick, 2016). Beide Fortbildungen wurden von den Teilnehmenden als

sehr gut bewertet. Um eine dauerhafte Verstetigung der Angebote zu gewährleisten, wurden in einem zweiten Schritt die Konzepte von astra und PA-TRES integriert. PA-TRES ist mit seinem Ansatz primär verhaltenspräventiv, astra verfolgt hingegen schwerpunktmäßig verhältnispräventive Angebote.

www.pa-tres.de

www.astra-programm.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

astra – Implementierungsforschung



Pflegeberufe übernehmen eine wichtige Rolle in der Tabakprävention und Tabakentwöhnung. Sie stellen jedoch aufgrund der hohen Raucherprävalenz selbst eine Zielgruppe für Tabakpräventionsmaßnahmen dar. Während die Raucherprävalenz in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 25 Prozent zurückgegangen ist, rauchen noch 30 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, 42 Prozent der Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie bis zu 50 Prozent der Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen (Mikrozensus 2013, Statistisches Bundesamt 2015, Schulze 2014). Im Modellprojekt „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ wurde 2013 bis 2015 ein verhaltens- und verhältnisorientiertes Programm entwickelt, das sich komplett in das Ausbildungscurriculum integrieren lässt. Machbarkeit und Veränderungspotenzial des astra-Interventionsprogramms konnten belegt werden. Bedarf an systematischer Unterstützung für eine nachhaltige Umsetzung wurde als erforderlich angesehen.

Im Folgeprojekt „astra-Implementationsforschung“ wurden daher Implementierungsvoraussetzungen der astra-Intervention erarbeitet. Basierend auf den Ergebnissen des Modellprojekts sowie Erkenntnissen aus der Implementationsforschung wurden folgende

vier Unterstützungsbereiche entwickelt:

1. Eine Fortbildung für astra-Trainerinnen und -Trainer ermöglicht die selbstständige Durchführung des manualisierten Programms. 21 Trainerinnen und Trainer an 9 Schulen wurden geschult und das Programm in das Curriculum integriert. Ein Unterrichtsmodul zur Kurzintervention bei rauchenden Patientinnen und Patienten durch Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen wurde entwickelt und getestet.
2. Zur Steigerung des Problembewusstseins und Förderung der Implementierungsbereitschaft, einschließlich der Förderung rauchfreier Normen in der Berufsgruppe, wurde eine gemeinsame Initiative „Rauchfrei Pflegen“ gestartet, die von Interessenvertretungen gezeichnet wird. astra-Botschafterinnen und -Botschafter wurden als Multiplikatoren in der Berufsgruppe ernannt.
3. Eine Betreuungsstruktur wird über das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRFK e. V.) und die Förderung durch Krankenkassen gewährleistet.
4. Evidenzen zum langfristigen Nutzen des Programms sowie zur Beurteilung der Implementationsprozesse wurden über eine Nutzerbefragung generiert.

Mit astra plus ist es gelungen, die zentralen Bausteine des astra-Projekts mit dem parallel geförderten Projekt PA-TRES synergetisch zu verknüpfen und in einem gemeinsamen Programm zu implementieren. Ziel ist es, eine professionelle Gesundheitskompetenz in den Pflegeberufen aufzubauen. Diese umfasst nicht nur die Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern, sondern auch die Befähigung, das eigene gesundheitliche Wissen auf individueller und organisatorischer Ebene im beruflichen Handeln umzusetzen.

www.astra-plus.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„rauchfrei“

Mit den beiden „rauchfrei“-Kampagnen, zum einen für die Zielgruppe der Jugendlichen, zum anderen für die Zielgruppe der Erwachsenen, leistet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einen Beitrag zur Strategie der nationalen Tabakprävention in Deutschland. Ziele der Kampagnen sind im Wesentlichen, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern bzw. einen möglichst frühzeitigen Ausstieg aus dem Rauchen zu fördern. Weitere Ziele sind der Schutz von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vor Passivrauch, die Bereitstellung und Bekanntmachung von Hilfsangeboten zum Rauchverzicht sowie die Qualifizierung von Multiplikatoren.

Die „rauchfrei“-Jugendkampagne ist konzipiert als eine Informations- und Kommunikationskampagne, die Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren in Deutschland Wissenswertes über das Rauchen bzw. Nichtrauchen vermitteln und eine selbstkritische Auseinandersetzung der jungen Zielgruppe mit dem eigenen Rauchverhalten fördern will.

Die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne beinhaltet als zentrales Element eine umfangreiche Informationsplattform im Internet. Das Portal www.rauchfrei-info.de bietet neben Informationen zum Rauchen, Passivrauchen und Rauchstopp sowie zu den gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz auch ein Online-Ausstiegsprogramm mit Online-rauchfrei-Lotsen, die individuell beim Rauchstopp beraten und begleiten. Mit 25.000 Neuanmeldungen im Online-Ausstiegsprogramm hat sich 2016 die Zahl der Anmeldungen gegenüber 2015 mehr als verdoppelt.

Auch die telefonische Beratung zum Rauchstopp unter der kostenfreien Rufnummer 0800 8 31 31 31 gehört zum Service-Angebot der BZgA. Mit der Umsetzung der Tabakproduktverordnung im Mai 2016 hat sich das durchschnittliche Anrufvolumen seither mehr als verfünffacht: Von durchschnittlich 1.000 Anrufen pro Monat ist die Zahl auf rund 5.000 Anrufe pro Monat angestiegen.

Ergänzend bietet das Präventionsprogramm „rauchfrei“ der BZgA auch zielgruppenspezifische Informationsmedien für Schwangere, Eltern und Ärztinnen sowie Ärzte.

www.rauchfrei-info.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Be Smart – Don't Start

Der Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen „Be Smart – Don't Start“ motiviert seit dem Schuljahr 1997/98 Jugendliche in Deutschland zu einem rauchfreien Leben. Im Schuljahr 2016/2017 haben sich insgesamt 6.800 Schulklassen mit rund 180.000 Schülern angemeldet. Sie bekennen damit: Wir sind rauchfrei!

www.besmart.info

Alkohol

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Alkoholatlas 2017

Die Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums ist eine vordringliche gesundheitspolitische Maßnahme, denn Alkohol schädigt viele Organe des Körpers und ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes. Übermäßiger Alkoholkonsum verkürzt das Leben um rund zwei Jahre. Außerdem verursacht er der Gesellschaft durch direkte Krankheitskosten, Produktionsausfälle und alkoholbedingte Arbeitsunfälle mit Sachschäden jedes Jahr Kosten in Höhe von fast 27 Milliarden Euro.

Der Alkoholatlas 2017 wird vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sowie weiteren Experten erstellt. Er ist als übersichtliches und umfassendes Handbuch für Journalisten, Angehörige der Gesundheitsberufe und Lehrende sowie für politische Entscheidungsträger konzipiert. Der Alkoholatlas fasst in kurzen, prägnanten und leicht verständlichen Texten mit zahlreichen anschaulichen Grafiken verschiedene Aspekte des Alkoholkonsums sowie dessen Einfluss auf

die Gesellschaft zusammen. Dazu gehören neben den Wirkungen des Alkohols auf den Körper und die Gesundheit auch die Auswirkungen auf Mitmenschen. Aktuelle Daten zum Ausmaß des Alkoholkonsums in der Bevölkerung und in ausgewählten Bevölkerungsgruppen werden zusammengetragen. Außerdem werden die in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zur Eindämmung des Alkoholkonsums dargestellt. Der Alkoholatlas erscheint Mitte 2017.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Schwanger? Dein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – Kein Risiko!



Im April 2015 startete die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF) bundesweit ein schulisches Aufklärungsprojekt zu FASD (Fetale Alkoholspektrumstörungen) im Vorfeld von Schwangerschaften. FASD, das ausschließlich durch mütterlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft entsteht, ist die häufigste nicht genetisch bedingte Ursache für angeborene Fehlbildungen, geistige Behinderungen, Wachstums- und Entwicklungsstörungen sowie extreme Verhaltensauffälligkeiten.

Jährlich werden in Deutschland etwa 10.000 Kinder mit FASD geboren. Mit dem deutschlandweit einzigartigen Projekt unter dem Motto „Schwanger? Dein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – Kein Risiko!“ werden die Ärztinnen der ÄGGF bis Anfang 2018 1.200 schulische Informationsstunden für die 8. bis 13. Klassen, vor allem an Haupt-, Mittel-, Gesamt- und Berufsschulen, durchführen. Dabei werden die Schülerinnen und Schüler alters- und entwicklungsbezogen über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft informiert. Zu den bisher durchgeführten 90-minütigen ärztlichen Informationsstunden haben die Schülerinnen und Schüler ein positives Feedback gegeben. Begleitend werden Lehrkräfte und Eltern der

Schülerinnen und Schüler im Rahmen von Lehrerfortbildungen und Elternabenden informiert.

Das Projekt wird vom IFT-Nord wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Auch die Schauspielerin Sofie Schütt unterstützt das FASD-Projekt.

www.aeggf.de

http://www.aeggf.de/fileadmin/user_upload/content/PDF/AEGGF_FASD_Flyer_Webversion.pdf

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

S3-Leitlinie Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Implementierungsmaßnahmen der S3-Leitlinie FASD; Bedarfsplanung von FASD-Forschung und -Versorgung



Pocketguide FASD

Das Ziel des Projekts war die Entwicklung eines evidenzbasierten, formalen Expertenkonsenses über die notwendigen diagnostischen Kriterien und relevanten Empfehlungen für das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS), die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND) und die alkoholbedingten angeborenen Malformationen (ARBD) aus dem Formenkreis der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Die für diese FASD entwickelten diagnostischen Kriterien

wurden als Ergänzung und Update in die S3-Leitlinie zur Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms von 2012 integriert. Nach Abschluss des Projekts wurde eine aktualisierte S3-Leitlinie für die Diagnose aller Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vorgestellt.

Die Inhalte der S3-Leitlinie wurden auf verschiedenen nationalen und internationalen Kongressen präsentiert und in der medizinischen Fachzeitschrift „Kinderheilkunde“ veröffentlicht. Als weiterer Implementierungsschritt wurde ein Pocketguide FASD (siehe Abbildung) entwickelt, der die diagnostischen Empfehlungen für Kinder und Jugendliche mit FASD anhand von Diagnose-Algorithmen für den klinischen und psychologischen Alltag veranschaulicht, Differenzialdiagnosen darstellt und weitere Informationsquellen aufzeigt.

Der Pocketguide wurde an alle Kinderkliniken, Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Neuropädiater und Jugendämter in Deutschland sowie an die beteiligten Fachgesellschaften/Berufsverbände und andere Interessierte verschickt. Ein mitgesendeter sowie online verfügbarer Fragebogen diente der orientierenden Evaluation von Fachpersonal unterschiedlicher Disziplinen hinsichtlich der Kenntnis der Leitlinie, des Wissensstandes zu FASD und der Betreuung von Kindern/Jugendlichen mit FASD.

Die Auswertung ist in Arbeit und erfolgt durch ein statistisches Institut der LMU München. Diese Evaluation dient nicht nur der orientierenden Erfassung der bisherigen Leitlinienimplementierung, sondern auch der Steigerung der „Awareness“ der involvierten Professionellen.

Der Inhalt der Leitlinie wurde in einem Buch FASD zusammengestellt, dessen Veröffentlichung und Distribution an die relevanten Berufsgruppen 2017 erfolgt. Zusätzlich zu diesen Implementierungsvorhaben wurde ein Treffen der FASD-Experten in Deutschland über die Koordinatorin Dr. Mirjam Landgraf des Projekts organisiert. Bei diesem Treffen wurde über Bedarfe in den Handlungsfeldern FASD-Versorgung und -Forschung diskutiert. Das Projekt wurde vom

integrierten Sozialpädiatrischen Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner) der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt.

http://www.klinikum.uni-muenchen.de/mashup/blaetterkatalog_ispz_fas_pocketcard_brochure/
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025k_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06.pdf

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Joint Action Reducing Alcohol Related Problems (RARHA)



Im Rahmen des europäischen Joint-Action-Projekts „RARHA – Reducing Alcohol Related Harm“ arbeiteten 31 europäische Länder mit dem Ziel zusammen, zu den Prioritäten der EU-Alkoholstrategie gemeinsame Ansätze zu entwickeln, flächendeckend einzuführen und damit alkoholbedingte Schäden in Europa zu reduzieren und risikoarmen Alkoholkonsum zu fördern. Das von 2014 bis 2016 laufende und von der Europäischen Kommission kofinanzierte Projekt umfasste sechs Arbeitspakete mit verschiedenen Schwerpunkten.

RARHA – Verbesserung des Monitorings von Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Problemen in Europa

Das Institut für Therapieforschung in München (IFT) fungierte als stellvertretender Leiter von Arbeitspaket 4 „Strengthening the monitoring of drinking patterns and alcohol related harm across EU countries“.

Dieser Projektteil baute auf den Erfahrungen früherer internationaler Projekte auf, die Daten aus verschiedenen Ländern zentralisiert und gemeinsam ausgewertet haben. Basierend auf aktuellen Daten erfolgte eine Baseline-Schätzung zum Monitoring des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Probleme in EU-Mitglied-

staaten. Zudem wurden Verbesserungen der methodischen Voraussetzungen für vergleichende Alkoholforschung vorgeschlagen.

In Arbeitspaket 4 wurden zwei Teilprojekte durchgeführt. In Teil 1 wurde ein neuer Survey mit einer gemeinsamen Methodologie auf der Grundlage des zwischen 2008 und 2010 von der Europäischen Kommission geförderten Projekts „Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles (SMART)“ durchgeführt. Teil 2 sah unter Leitung des IFT eine Datenanalyse auf Basis bestehender aktueller nationaler Surveys zum Alkoholkonsum vor. Für diese Analyse wurde ein Protokoll vergleichbarer Variablen erarbeitet und eine gemeinsame Datenbank bestehend aus 24 Datensätzen aus 20 europäischen Ländern erstellt. Neben regionalen Mustern des Alkoholkonsums wurden insbesondere Einflüsse von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status betrachtet. Das Projekt machte deutlich, dass die Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten etablierte nationale Befragungen zum Alkoholkonsum durchführt, die jedoch nur zum Teil international vergleichbar sind. Besonders schwierig ist die Vergleichbarkeit von Konsummengen und problematischen Trinkmustern. Informationen zu alkoholbezogenen Problemen werden nur in einem kleinen Teil der Länder regelmäßig erhoben. Die Ergebnisse legen nahe, dass weiterer Harmonisierungsbedarf besteht, um Surveydaten aus unterschiedlichen Ländern vergleichen zu können. Die Festlegung zentraler Kernfragen und die Entwicklung und Anwendung von Standardregeln für die Transformation nationaler Variablen werden empfohlen.

www.rarha.eu

RARHA – Empfehlungen zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden bei jungen Menschen

Innerhalb des Arbeitspakets 5 „Guidelines“ wurden Grundsätze guter Praxis für Leitlinien zum risikoarmen Alkoholkonsum als Public-Health-Instrument bestimmt. In diesem Rahmen erarbeitete die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) Empfehlungen für die Reduzierung alkoholbedingter Schäden speziell bei jungen Menschen.

Anhand einer (Literatur-)Recherche zu relevanten Forschungsergebnissen sowie existierenden Leitlinien in deutscher und englischer Sprache und einer Befragung der Mitglieder des EU-Ausschusses „Nationale Alkoholpolitik und -maßnahmen“ (CNAPA) wurden Leitlinien/Empfehlungen für junge Menschen, relevante Forschungsergebnisse und Kurzinterventionsansätze für junge Menschen in den beteiligten Ländern erhoben. Zentrale Aussagen und Empfehlungen, die sich aus der Recherche, Befragung und der Diskussion mit den Projektpartnern ergaben, wurden mit 61 europäischen Experten aus Forschung und Praxis mittels eines Online-Delphi-Prozesses abgestimmt. Die Ergebnisse wurden zusammengefasst und durch aktuelle Forschungserkenntnisse und weitere Hintergrundinformationen ergänzt.

Die Ergebnisse zeigen die unterschiedlichen Ansichten der europäischen Experten zu jugendlichem Alkoholkonsum, es gibt jedoch auch einige Annäherungspunkte. Wichtig sind vor allem die Differenzierung der Zielgruppe nach Alter sowie spezifische Empfehlungen für junge Menschen, ihre Eltern und Fachkräfte, wobei genau auf die Formulierung der Empfehlungen geachtet werden sollte. Der Fokus sollte auf qualitativen Empfehlungen liegen, bei denen kulturelle Aspekte sowie gesetzliche Rahmenbedingungen beachtet werden.

https://www.lwl.org/LWL/Jugend/twl_ks/unsere-schwerpunkte-fuer-die-suchthilfe/projekte/start-RARHA

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

RARHA – Förderung der Aufklärung zur Alkoholprävention

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) war beim Arbeitspaket 6 von RARHA „Förderung der Aufklärung zur Alkoholprävention“ als Co-Lead tätig. Die Hauptverantwortung in diesem Bereich trug das National Institut of Public Health (NIJZ) in Slowenien. Zwölf weitere Mitgliedstaaten der EU waren als assoziierte Partner beteiligt.

Ziel des Arbeitspakets 6 war es, den Austausch über Good Practice bei Aufklärungsmaßnahmen der Alkoholprävention zwischen den Mitgliedstaaten zu erleichtern und so die Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen in Europa zu befördern. Hierzu sollte ein Toolkit – in einer Print- und zusätzlich in einer Online-Fassung – erstellt werden, das zum einen die Kriterien für Good Practice bei der Alkoholprävention transparent darstellt und zum anderen entsprechende Beispiele aus den Mitgliedstaaten zusammenstellt und so für andere verfügbar macht.

Das Toolkit ist in der Printfassung unter dem Titel „Public awareness, school-based and early intervention to reduce alcohol related harm – A Toolkit for evidence based good practice“ veröffentlicht worden. Es umfasst 26 Good-Practice-Beispiele aus 16 Mitgliedsländern in drei Bereichen (Aufklärungskampagnen, Schulprogramme, Frühinterventionen). Die Maßnahmen sind entsprechend einem Bewertungssystem nach verschiedenen Evidenzniveaus skaliert.

Eine Online-Version des Toolkits ist ebenfalls abrufbar. Die BZgA hat an der Entwicklung des Toolkits maßgeblich konzeptionell und inhaltlich mitgearbeitet. Die Online-Fassung ist eigenverantwortlich in der BZgA entstanden.

<http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Pages/details.aspx?itemId=10&lista=Work%20Package%206&bkUrl=/Resources/Deliverables/>
www.rarha-good-practice.eu

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„Null Alkohol – Voll Power“ – BZgA-Präventionsprogramm für 12- bis 16-Jährige

Das Präventionsprogramm „Null Alkohol – Voll Power“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet sich an Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren. Das Programm informiert über Alkohol und hat das Ziel, eine kritische Einstellung zum Alkoholkonsum zu fördern. Um den aktuell rückläufigen Alkoholkonsumtrend der Zielgruppe zu unterstützen, soll dabei vor allem der Erstkonsum hinausgezögert und Nichtkonsumierende bestärkt werden. Neben der

Information über alkoholbedingte Probleme und Risiken rücken positive Verhaltensalternativen in den Fokus. Die Internetplattform wird ergänzt durch die Jugendbroschüre „Infos über Alkohol. Wissen was geht“.

Seit 2015 wird außerdem die „Voll Power“-Schultour entwickelt und erprobt. Ziel ist die Förderung und Einübung von Lebenskompetenzen mit Bezug zu den Lebenswelten der Jugendlichen. Hierzu werden in ausgewählten, kooperierenden Schulen Workshops zu den Themen Tanz, Parcours, Theater, Band und Gesang/Rap angeboten. 2017 soll nach der Auswertung der Modellprojektphase geprüft werden, inwieweit eine bundesweite Implementierung ermöglicht werden kann.

www.null-alkohol-voll-power.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„Alkohol? Kenn dein Limit.“ – Präventionskampagne für 16- bis 20-Jährige

Seit 2009 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – unterstützt durch den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) – die größte deutsche Kampagne zur Prävention von Alkoholmissbrauch durch. Sie richtet sich an 16- bis 20-Jährige mit dem Ziel, den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern und riskante Konsummuster wie das Rauschtrinken zu reduzieren.

Die Kampagnenwebseite stellt das zentrale Informationsmedium dar. Die Facebook-Fanpage, der Kampagnenblog und der YouTube-Kanal bieten die Möglichkeit, in einen direkten Austausch mit der Zielgruppe zu kommen und auf weiterführende Informationsangebote wie Broschüren und Beratung hinzuweisen.

„Alkohol? Kenn dein Limit.“ ist bei über 80 Prozent der Zielgruppe bekannt und akzeptiert.

Unterstützung bei einer Verhaltensänderung hin zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol erhalten Nutzer mit dem Online-Programm „Change your drinking“ auf der Webseite.

2016 waren zudem 25 speziell geschulte Peer-Educators im Alter von 18 bis 24 Jahren im Einsatz, um mit den Jugendlichen auf Augenhöhe über Alkohol und seine Risiken zu reden und zu einem verantwortungsbewussten Umgang zu motivieren. Sie sprachen mit mehr als 22.000 Jugendlichen in 85 Städten sowie auf Festivals und Veranstaltungen.

Im Schulbereich war die Kampagne durch die interaktiven Mitmachangebote der BZgA, die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und den BZgA-MitmachParcours „KlarSicht“ präsent. Seit 2015 wird im Rahmen der Kampagne auch das Modellprojekt „Klar bleiben – feiern ohne Alkoholrausch“ durchgeführt. Die Präventionsmaßnahme für 10. Klassen stellt – mit Förderung der PKV – allen Bundesländern kostenfreie KlarSicht-Koffer für die Präventionsarbeit in Schulen zur Verfügung.

In der Lebenswelt Kommune wird außerdem aktuell das Modellprojekt „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ (GigA) bis 2018 fortgesetzt. Im Rahmen von „Alkohol? Kenn dein Limit.“ werden interessierte Bundesländer bei der Durchführung von themenspezifischen Länderkonferenzen zur kommunalen Alkoholprävention unterstützt.

www.kenn-dein-limit.info
www.klarsicht.bzga.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„Alkohol? Kenn dein Limit.“ – Präventionsprogramm für Erwachsene

In Ergänzung zur Jugendkampagne richtet sich „Alkohol? Kenn dein Limit.“ – Erwachsene an die erwachsene Allgemeinbevölkerung mit dem Ziel, riskanten Alkoholkonsum zu vermindern. Das Online-Portal beinhaltet Information, Tests zur Selbstreflexion und Angebote zur Konsumreduktion. Mit der im April 2016 gestarteten Facebook-Seite soll eine Community aufgebaut werden – in Verbindung mit Anregungen zur Interaktion und zum Austausch über das Thema Alkoholkonsum. Seit dem Start konnten bereits mehr

als zwei Millionen Personen mit dem neuen Online-Angebot erreicht werden. Als besondere Zielgruppe spricht das Präventionsprogramm für Erwachsene auch Schwangere und ihre Partner an, um sie für ihre Verantwortung gegenüber dem ungeborenen Kind zu sensibilisieren. In Kooperation mit den wichtigen Berufsverbänden wurden Informationsmaterialien rund um eine gesunde, alkoholfreie Schwangerschaft und Stillzeit an Schwangere abgegeben.

www.kenn-dein-limit.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„Alkoholfrei Sport genießen“

Flankierend zu den Kampagnen „Alkohol? Kenn dein Limit.“ und „Null Alkohol – Voll Power“ kooperiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit den Breitensportverbänden im Bereich der Alkoholprävention. Im Mittelpunkt steht die Sensibilisierung von Trainern und Trainerinnen und anderen erwachsenen Vereinsmitgliedern für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol im Sportverein. Ziel ist es, dass Erwachsene sich beim Thema Alkohol ihrer Vorbildfunktion gegenüber Kindern und Jugendlichen bewusst sind und entsprechend handeln.

Um noch mehr Sportvereine zur Teilnahme an der Aktion „Alkoholfrei Sport genießen“, die seit 2011 läuft, zu motivieren, hat die BZgA im Jahr 2016 gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), dem Deutschen Fußball-Bund (DFB), dem Deutschen Turner-Bund (DTB), dem Deutschen Handballbund (DHB) und dem DJK Sportverband das Aktionsbündnis „Alkoholfrei Sport genießen“ ins Leben gerufen. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Um die meist ehrenamtlichen Kräfte in den Sportvereinen bei der Umsetzung der Aktion zu unterstützen, stellt die BZgA eine kostenlose Aktionsbox zur Verfügung, die unter anderem ein Werbebanner, T-Shirts, Rezeptheft für alkoholfreie Cocktails sowie eine Handlungsanleitung für die Durchführung von Aktionen im Sportverein enthält. Auf der Internetseite werden gute Beispiele von teilnehmenden Vereinen vorgestellt. Seit Beginn der Aktion im

Oktober 2011 wurden bundesweit rund 6.600 Aktionen unter dem Motto „Alkoholfrei Sport genießen“ in Sportvereinen durchgeführt.

www.alkoholfrei-sport-genießen.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefahren bei Jugendlichen

Die jährlichen Berichte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung belegen einen regelmäßigen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen, entsprechende Verkehrsunfälle können anhand der vorliegenden Statistiken jedoch nur vereinzelt festgestellt werden. In einem Forschungsprojekt der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) wurde der Frage nachgegangen, inwieweit Jugendliche durch Alkoholkonsum einem erhöhten Unfallrisiko ausgesetzt sind. Expertengespräche, qualitative Interviews mit Jugendlichen, Feldbeobachtungen und eine schriftliche Befragung mit rund 1.900 Jugendlichen führten zu folgenden Ergebnissen:

- Etwa zwei Drittel der befragten 12- bis 22-Jährigen waren vor dem 18. Lebensjahr mindestens einmal im Monat übermäßig alkoholisiert mobil. Mit durchschnittlich 15 Jahren tritt nicht nur der erste übermäßige Alkoholkonsum auf, sondern auch die ersten Situationen alkoholierter Mobilität finden statt, vorrangig bei männlichen Jugendlichen. Wenngleich nur rund 5 Prozent der Befragten eine erlebte gefährliche Verkehrssituation als „echten“ Verkehrsunfall bezeichneten, verwiesen immerhin etwa 27 Prozent auf mindestens eine gefährliche Verkehrssituation unter Alkoholeinfluss vor dem 18. Lebensjahr.
- Von den insgesamt 349 berichteten gefährlichen Verkehrssituationen gingen etwa ein Drittel mit leichten und rund 7 Prozent mit schweren Verletzungen einher. Aber auch die Nichtverletzten verwiesen auf zahlreiche erlebte Gefahren bei ihrer Mobilität unter Alkoholeinfluss.
- Die alkoholisierten Kinder und Jugendlichen verunfallten zumeist als Fahrradfahrer und Fußgänger. In ca. 40 Prozent der Fälle erfolgte eine medizinische Versorgung, von nur rund 20 Prozent dieser Alkoholunfälle erlangt die Polizei Kenntnis.

Unterstrichen wird die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um die empirische Basis der Erkenntnisse zu verbreitern und geeignete Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

http://bast.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2015/1402/pdf/M259_barrierefrei.pdf

Gefördert durch: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Plakataktion gegen Alkohol

Die Landesverkehrswacht Nordrhein-Westfalen e. V. hat auch 2016 die bundesweite „Plakataktion gegen Alkohol“ durchgeführt. Hierbei waren Großflächenplakate in einer Auflagenhöhe von 8.100 Stück im Herbst/Winter 2016/2017 bundesweit an wechselnden Standorten zu sehen.

Mit der Aktion sollte eine Vielzahl von Kraftfahrern erreicht werden. Angestrebt wurden 220 Millionen Blickkontakte. Mit der Kampagne soll das Bewusstsein gestärkt werden, kein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluss zu führen. Dadurch soll ein Rückgang von alkoholbedingten Unfällen sowie der damit in Zusammenhang stehenden Reduzierung von Verletzten und Verkehrstoten erreicht werden.

Medikamente

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„... da gab es so wunderbare Schlaftabletten“ – Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an der Schnittstelle von Krankenhaus und Hausarzt

Das Forschungsprojekt der Universität Göttingen beleuchtet die Gefahr eines Medikamentenmissbrauchs bei Schlafproblemen im Krankenhaus und dessen mögliche Folgen. Nahezu die Hälfte aller in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung befragten Patienten nimmt während ihres Krankenhausaufenthalts mindestens einmal ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein. Dies bestätigt sich auch in der Krankenhausdokumentation. Häufig handelt es sich bei den Schlafmitteln um Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine oder Z-Substanzen. Gerade bei älteren Patienten erhöhen diese Substanzen – auch bei

einmaliger Gabe – das Risiko eines Sturzes. Viele Patienten wünschten in der Befragung ähnliche Medikamente bei Schlafproblemen zu Hause. Die Ergebnisse einer partizipativen Intervention zur Reduzierung des Schlafmittelgebrauchs werden gegen Ende des Jahres 2017 vorliegen.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten

Um Risiken und Probleme eines nicht bestimmungsgemäßen Langzeitgebrauchs von Benzodiazepinen (BZD) und Z-Substanzen unter älteren Menschen zu untersuchen, befragte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) Hamburg 509 Versicherte der AOK Nord/West und Apothekenkunden. Ergänzend wurden Interviews mit Ärzten und betroffenen alten Menschen sowie vier Fokusgruppen mit Patienten, Ärzten, Apothekern und Pflegekräften durchgeführt. Der Frauenanteil der nach Verschreibungsverhalten (leitliniengerecht vs. leitlinienabweichend) stratifizierten Stichprobe lag bei 68 Prozent, der Altersdurchschnitt bei 71 Jahren. Z-Substanzen, vor allem Zopiclon, wurden am häufigsten eingenommen. BZD werden eher leitliniengerecht bei psychischen Symptomen verordnet. Auffällig ist, dass sich besonders in der Gruppe der Personen mit leitlinienabweichenden Verschreibungen die Anzahl an Beschwerden und Symptomen, die der Einnahme zugrunde liegen, seit Behandlungsbeginn erhöht hat. Über die Hälfte der befragten Personen gab keine Nebenwirkungen an. Bezogen auf Absetzversuche der Medikamente wird deutlich, dass diese häufig keine von ärztlicher Seite begleiteten und vorbereiteten Maßnahmen, sondern für Patienten unvorhergesehene Verweigerungen von Anschlussrezepten sind. Der Gruppe der problematischen Medikamentengebraucher können 46 Prozent der Personen mit leitliniengerechten Verschreibungen zugerechnet werden und 60 Prozent jener mit leitlinienabweichenden Verschreibungen.

Die ärztliche Schulung wurde zwar nur in einem vergleichsweise geringen Umfang nachgefragt, weist aus Sicht der Teilnehmer aber eine hohe Qualität auf.

Trotz der vorhandenen Akzeptanz des PEF-Ansatzes (Partizipative Entscheidungsfindung) sowie Förderung der aktiven Patientenbeteiligung wurden aus Sicht der Ärzte bestimmte Themen nicht ausreichend behandelt, wie zum Beispiel alternative medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Schlafproblemen und Angststörungen sowie spezifische Methoden zum Absetzen von BZD und Z-Substanzen. Deutlich wurde, dass PEF eine anwendbare Strategie für die Erstverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Menschen darstellen kann. Die entwickelten Entscheidungstabellen sind jedoch nicht für Erstverschreibungen konzipiert, sondern vor allem für den Einsatz bei Patienten mit Langzeiteinnahme geeignet. Für die Erstverschreibungen sollten symptomorientierte evidenzbasierte Entscheidungshilfen eingesetzt werden, die alle möglichen Alternativinterventionen inklusive der medikamentösen Behandlung mit BZD und Z-Substanzen beinhalten und ihre Vor- und Nachteile übersichtlich darstellen. Es lässt sich jedoch eine hohe Unsicherheit bei älteren Patientinnen und Patienten feststellen, die vorgeschlagenen alternativen, nicht medikamentösen Behandlungen auszuprobieren. Eine ähnliche Rückmeldung betrifft das Absetzen der Medikamente. Aus Sicht der Befragten reicht eine Information nicht aus, um die Einnahme von BZD und Z-Substanzen zu verändern.

www.zis-hamburg.de

www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/schlaf-und-beruhigungsmittel.html

Informationen zum Projekt Phar-Mon NPS (Informationssystem zu neuen psychoaktiven Stoffen und Medikamenten) finden Sie im Projekteteil zu illegalen Drogen.

Illegale Drogen

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

BEST – Schulungsprogramm zur Gesundheitsförderung im Partysetting (BEST Transfer)



In Kooperation mit der LiveKomm hat Fixpunkt e. V. ein Schulungsprogramm zur Gesundheitsförderung im Partysetting (modulares, settingbezogenes, zielgruppenspezifisches Fortbildungskonzept) entwickelt und erfolgreich erprobt. Mitarbeitende aus dem Partybereich (Clubs, Diskotheken, Security, Festivals, Veranstalter) werden in ihrer Gesundheits-, Risiko- und Drogenkompetenz geschult.

Im Rahmen der Transferphase 2016 wurde das Schulungsprogramm inhaltlich aktualisiert und um zwei weitere Module ergänzt. Die Module richten sich teilweise speziell an Fachkräfte, die in unterschiedlichen Bereichen tätig sind (Bar, Gästebetreuung, Verantwortliche).

- Assessment/Re-Assessment
- M 1: Organisationsentwicklung „BEST Clubbing“
- M 2: Gesundheitskompetenz in der Gästebetreuung
- M 3: Gesundheitskompetenz an der Bar
- M 4: Erste Hilfe, Infektions- und Arbeitsschutz
- M 5: Konsumkompetenz-Training
- M 6: Neue psychoaktive Stoffe (neu)
- M 7: Chemsex (neu)
- Infostand/Präsenz der Trainerinnen und Trainer im Anschluss an die Schulung

Das Projekt wurde gemeinsam mit Projekten der akzeptierenden Partydrogenarbeit und Gesundheitsförderung realisiert, die das „BEST-Netzwerk“ bilden. Es besteht mittlerweile aus acht Kooperationspartnern im Bundesgebiet: Chill out (Potsdam), manCheck (Berlin), Enterprise 3.0 (Nürnberg), ApoTheke (Dresden), Partyprojekt Odyssee (Kiel/Hamburg), Alice Project (Frankfurt a. M.), Drugscouts (Leipzig) und Fixpunkt Partyteam (Berlin).

Zur Erhöhung der Reichweite des Projekts wurde eine neue Webseite erstellt und das Projekt konnte bei zwei europäischen Konferenzen vorgestellt werden.

www.best-clubbing.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde haben hochwertige Handlungsempfehlungen für die Behandlung Methamphetamin-Abhängiger vorgelegt. Eine Gruppe von ausgewiesenen Experten hat sie unter Berücksichtigung der systematisch aufbereiteten, aktuellen Literatur gemeinsam entwickelt. Ihr gehörten neben Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch Vertreter der Psychotherapie, der Pflege, der Sozialarbeit und der Selbsthilfe an.

Innerhalb von nur 18 Monaten haben die Experten die internationale Literatur zur Therapie Methamphetamin-bezogene Störungen systematisch recherchiert, bewertet und in einem streng formalen Konsensprozess insgesamt 135 Empfehlungen ausgesprochen. Sie beschreiben umfassend die Diagnostik, Akut- und Postakuttherapie. Einen besonderen Schwerpunkt legt die Leitlinie zudem auf die Behandlung von Komorbiditäten sowie auf bestimmte Personengruppen wie Schwangere und junge Mütter, homosexuelle Männer und durch Methamphetamin-Konsum gefährdete Angehörige im Kontext von Partner- und Elternschaft. Auch Rückfallprophylaxe und Schadensminimierung werden thematisiert.

In einem Anhang bietet die Leitlinie zudem wichtige, praxisbezogene Handreichungen für alle, die an der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Methamphetamin-bezogener Störung beteiligt sind. Dazu gehören unter anderem eine ausführliche Checkliste zur Suchtmittel-Anamnese und eine Auflistung von Kontaktadressen im Suchthilfesystem. Die Arbeit hat gezeigt, dass viele Erkenntnisse zur Behandlung Methamphetamin-bezogener Störungen

noch nicht durch hochwertige Studien abgesichert sind. Hier sehen die Experten dringenden Forschungsbedarf

www.crystal-meth.aeqz.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Selbsthilfeportal Breaking-Meth.de



Breaking Meth ist ein Selbsthilfeportal für Menschen mit Methamphetamin-bezogenen Störungen. Es wurde vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) Hamburg entwickelt und wird aktuell im Rahmen eines Forschungsvorhabens für unterschiedliche Nutzergruppen optimiert. Der Betrieb erfolgt in Kooperation mit dem szenenahen Präventionsprojekt „Drug Scouts“ der SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig. Weitere Unterstützung erhält das Projekt durch die AOK PLUS Sachsen und Thüringen.

Das Portal legt besonderen Wert auf den Schutz der Mitglieder. So werden Beiträge von Nutzern, die Suchtdruck auslösen können, mittels einer Warnfunktion im Kommunikationsfluss ausgeblendet. Die Moderatoren steuern regelmäßig aktivierenden Input bei. Durch verschiedene virtuelle Kommunikationsräume werden unterschiedliche Nutzergruppen angesprochen. Mit Unterstützung des US-amerikanischen Buchautors Joseph Sharp, eines ehemaligen Crystal-Abhängigen, wird das Angebot nun durch eine online verfügbare deutsche Fassung des Selbsthilfebuches „Quitting Crystal Meth“ erweitert. Die Mitgliedschaft im Portal steht allen Betroffenen offen, ist anonym und kostenfrei. Aufgrund der sorgfältigen Moderation kann das Angebot sowohl für noch Konsumierende mit Abstinenzwunsch als auch für bereits Abstinente zur Rückfallprophylaxe und sozialen Unterstützung empfohlen werden.

<https://breaking-meth.de>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Forschungsprojekt „Crystal Meth und Familie II“

Bisherige Forschungsbefunde zu den Lebenswelten von Kindern Methamphetamin-abhängiger Eltern zeigen ein konsistent komplexes und kritisches Bild. Neben einem ungünstigen soziodemografischen Hintergrund und diskontinuierlichen familiären Beziehungen sind es vor allem die durch die Substanz Crystal Meth bedingten Verhaltensänderungen der Eltern, die für die oftmals jungen Kinder eine große Belastung darstellen.

Am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW in Köln wird ein Gruppenprogramm für Methamphetamin-abhängige Eltern mit Kindern zwischen null und acht Jahren entwickelt. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung von Elternkompetenzen und Familienresilienz, die Stabilisierung von Substanzabstinenz sowie die Förderung der weiteren Inanspruchnahme von Hilfen. Dadurch soll auch die psychische Gesundheit mitbetroffener Kinder verbessert werden.

Das Elternttraining „SHIFT“ verfügt über acht Module sowie eine kurze, vorgeschaltete Clearing-Phase. Inhaltlich und didaktisch orientiert sich die Intervention an aktuellen Forschungsergebnissen und bewährten sucht- und verhaltenstherapeutischen Techniken und Programmen. Die themenspezifischen Module haben eine Dauer von jeweils 60 Minuten. Didaktische Elemente sind zum Beispiel Psychoedukation, Arbeitsblätter oder Rollenspiele. Das Programm wird an sieben Praxisstandorten in besonders von Crystal Meth-Konsum betroffenen Regionen (Sachsen und Thüringen) in Tandemkooperation von Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen implementiert. Zur Überprüfung und Bewertung der Intervention wird ein hochqualitatives Evaluationsdesign eingesetzt, welches eine umfassende Prozess- und Wirksamkeitsevaluation auf Basis eines randomisiert-kontrollierten Forschungsdesigns mit Prä-, Post- und Follow-up-Messungen anhand standardisierter Erhebungsinstrumente beinhaltet.

www.shift-elternttraining.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Studie Crystal-Konsum von Frauen

Die Droge Crystal Meth stellt das Hilfesystem vor neue Herausforderungen. Frauen sind dabei bisher kaum – und wenn dann nur in Bezug auf Schwangerschaft und Mutterschaft – in den Fokus gerückt. Das Bild eines „typischen Konsumierenden“ ist eher männlich geprägt, obwohl Frauen laut internationalen Studien ein Drittel der Konsumierenden stellen. Aus Perspektive der Geschlechterforschung und der Beratungspraxis ergibt sich die These, dass der Konsum von Crystal Meth durch Frauen mit gesellschaftlichen Rollenerwartungen an Frauen verknüpft ist.

Ziel der Untersuchung ist es deshalb, verschiedene Konsummotive, Komorbiditäten, Konsumpraktiken und -kontexte von Crystal-konsumierenden Frauen sowie deren Wünsche an das Hilfesystem zu erheben und darüber geschlechtersensible Ansatzpunkte für Prävention und Beratungspraxis zu ermitteln.

Den Auftakt der Studie bildete ein Workshop mit Mitarbeitenden der Gesundheits- und Drogenhilfe in Nürnberg und Umgebung. Weitere leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten im Laufe des Forschungsprozesses folgten.

Der Schwerpunkt der Studie liegt auf 20 bis 25 biografisch eröffneten, episodischen, leitfadengestützten Interviews, welche seit September 2016 mit Crystal-Konsumierenden durchgeführt werden. Der Zugang zur Zielgruppe wird über die Beratungsstelle Lilith e. V. Nürnberg und deren Vernetzung im Hilfesystem gewährleistet. Auf Basis der Erkenntnis, dass die Gruppe der Konsumentinnen dieser Droge äußerst heterogen ist, wird auf ein möglichst kontrastreiches Sample geachtet. Dazu gehört auch, dass ehemalige Drogenkonsumentinnen einbezogen werden. Die Studie wird in Kooperation zwischen dem Forschungsinstitut tifs e. V. und der Universität Tübingen durchgeführt. Am Ende des Projekts entsteht ein Forschungsbericht inklusive Leitfaden für die geschlechtersensible Beratung von Crystal-Konsumierenden. Die praxisnahe Verwendung der Ergebnisse

wird unter anderem über einen Abschlussworkshop mit Fachkräften Ende 2017 sichergestellt.

www.tifs.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Frühintervention für erstauffällige (Crystal Meth-) Amphetaminkonsumenten – Erweiterung des FreD-Programms – „FreD – ATS“

Mit „FreD – ATS“ wird das bereits erfolgreich erprobte und bundesweit implementierte Frühinterventionsprogramm „FreD“ ergänzt. Vor dem Hintergrund, dass bislang kein selektives Früh- und Kurzinterventionsangebot für erstauffällige Crystal Meth-Konsumierende bestand, wird mit dem Projekt „FreD-ATS“ genau diese Lücke geschlossen. Mit der Manualergänzung ist es möglich, „FreD“-Kurse gezielt für erstauffällige Konsumenten von (Crystal Meth-)Amphetamin bzw. Amphetamin-Typ Stimulanzien (ATS) anzubieten. Im Kern bleibt die „FreD“-Intervention bestehen und berücksichtigt dabei die vereinbarten Qualitätskriterien. Allerdings wurden Kursinhalte angepasst, aktualisiert und Schwerpunkte neu ausgearbeitet. Nach einer Auftaktveranstaltung in Sachsen wurde die konkrete Anpassung der Konzeption des FreD-Programms in einem dreitägigen Expertenworkshop erarbeitet. Die regional besondere Betroffenheit wurde in der Zusammensetzung dieser Arbeitsgruppe berücksichtigt, die Teilnehmenden kamen aus den Bundesländern Bayern, Sachsen und Thüringen und wurden durch Experten aus Nordrhein-Westfalen sowie FreD-Lehrtrainer ergänzt. Außerdem wirkten weitere Experten aus der Medizin und den Rechtswissenschaften bei der FreD-Ergänzung mit.

50 bereits zertifizierte Trainer konnten die Inhalte in Theorie und Praxis kennenlernen und weitere 38 wurden neu zertifiziert. Die meisten von ihnen stammen aus den Schwerpunktregionen. Im Projektzeitraum haben sich zwölf neue FreD-Standorte gegründet. An einigen Standorten kommt die Ergänzung bereits zur Anwendung. Die so gesammelten Erfahrungen fließen in die weitere Überarbeitung des Manuals ein, welches seit Februar 2017 den FreD-Trainern zur Verfügung steht. Das Projekt wird von

der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe durchgeführt und von der FOGS GmbH Köln evaluiert.

www.lwl-fred.de

Gefördert durch: **Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur**

Prävention des Konsums von Crystal Meth

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zielt mit ihrem Programm zur Prävention des Methamphetamin-Konsums auf die Reduktion des Konsums in den jeweiligen Risikogruppen. Im Wesentlichen werden folgende Teilschritte umgesetzt:

- Verbesserung der epidemiologischen Grundlagen zum Methamphetamin-Konsum in den Bundesländern
- Vermittlung problemrelevanter Informationen in die jeweiligen Zielgruppen
- Förderung der Verhaltensänderungsbereitschaft
- Erhöhung der Bekanntheit von Hilfeangeboten (regional und bundesweit)
- Kooperationsmaßnahmen mit anderen Institutionen zum Themenbereich

Zur Erfassung von Konsumtrends in besonders betroffenen Bundesländern zu relevanten Aspekten des Methamphetamin-Gebrauchs wurde 2016 eine Untersuchung zur Identifikation regionalspezifischer Besonderheiten begonnen. Diese untersuchte die Prävalenz des Umgangs mit Suchtmitteln, unter anderem Methamphetamin, von 7.297 Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 9 und 10 in den Grenzregionen Sachsens und Bayerns zur Tschechischen Republik (im Vergleich zu Schülerinnen und Schülern in Hamburg und Nordrhein-Westfalen). Ausgewählte Best-Practice-Materialien wurden nachgedruckt und bundesweit zur Verfügung gestellt. Zur Vermittlung von Präventionsansätzen an Fachkräfte und Akteure im Gesundheits- und Bildungswesen sowie zur Information und Unterstützung für konsumierende und konsumgefährdete Zielgruppen, deren Betreuende und Angehörige wurde darüber hinaus Unterrichtsmaterial für Schulen für den Einsatz ab Klasse 8 entwickelt.

Beim 7. Bundeswettbewerb „Innovative Suchtprävention vor Ort“ in 2016 haben sich innovative Maßnahmen und Projekte auch im Bereich der suchstoffspezifischen Prävention zu Crystal Meth platziert. Zwei ausgezeichnete kommunale Präventionsprojekte werden derzeit von der BZgA gefördert, um sie auf ihre Effektivität sowie auf Transfermöglichkeiten zu überprüfen. Ziel ist es, künftig weiteren betroffenen und interessierten Kommunen qualitätsgeprüfte Präventionsansätze zur Verfügung zu stellen.

Gefördert durch: **Bundesministerium für Gesundheit**

„Spotting“ – better than Crystal! Kletterprojekt der mudra Drogenhilfe Nürnberg



Das Projekt, welches sich an junge Risikokonsumierende von Crystal Meth bzw. Amphetaminen richtet, findet in Kooperation mit den Peers (ehemaligen Konsumierenden) des Mountain Activity Club (MAC) statt. Das Ziel des Projekts, das mittlerweile über die deutschen Grenzen hinaus bekannt ist, besteht darin, mit gezielten, drogenfreien, aber erlebnisintensiven Angeboten aus dem Bereich des Alpensports die Entstehung einer manifesten Drogenproblematik zu verhindern. Kern des Projekts sind sowohl die zweimal wöchentlich stattfindenden Bouldertrainings als auch sogenannte CleanClimbingCamps in europäischen Kletter-/Bouldeergebieten. „Spotting“ ist mittlerweile ein fester und geschätzter Bestandteil des regionalen Hilfesystems geworden, dessen Verlauf als durchweg positiv zu bewerten ist. Inzwischen sind über 450 Teilnahmen zu verzeichnen, 40 Personen nahmen wiederholt an den regelmäßigen Kletterterminen teil. Zudem konnten weitere Peers aus dem Kreis der mudra-Klientinnen und -Klienten für eine dauerhafte Mitarbeit im Projekt gewonnen werden.

<http://www.mudra-spotting.de/>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„CAN Stop Intramural“ – Implementierung des Gruppentrainings „CAN Stop gegen Cannabiskonsum“ in Einrichtungen des Jugendstrafvollzugs in Deutschland



Das Ziel des Projekts besteht darin, das vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelte und erfolgreich evaluierte Gruppenprogramm „CAN Stop gegen Cannabiskonsum“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Jugendstrafvollzug zu implementieren.

Das Projekt „CAN Stop Intramural“ setzt sich zum Ziel, den Cannabiskonsum im Rahmen einer indizierten, evidenzbasierten Prävention in einer besonders gefährdeten und jenseits der Jugendstrafe schwer erreichbaren Zielgruppe zu verringern. Cannabiskonsum ist mit erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Risiken verbunden, gleichzeitig aber unter Jugendstrafgefangenen weitverbreitet: sowohl vor als auch während der Haft.

Mithilfe des Projekts wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass das CAN-Stop-Training auch über das Projektende hinaus in Einrichtungen des deutschen Jugendstrafvollzugs dauerhaft durchgeführt werden kann. Bei der Implementierung förderliche und hemmende Elemente wurden dabei erfasst, ebenso die Akzeptanz des Trainings auf Ebene der teilnehmenden Gefangenen, der Durchführenden und der zuständigen Leitung.

Insgesamt wurden 110 Fachkräfte verschiedener Berufsgruppen zu CAN-Stop-Trainern ausgebildet. Der im Rahmen des CAN-Stop-Trainings verfolgte Laien-traineransatz, das heißt der Einbezug von Personen als Trainer, die nicht explizit therapeutisch ausgebildet sind, wurde dabei berücksichtigt. Insgesamt 127 junge Gefangene mit Cannabisproblemen im Alter zwischen 16 und 28 Jahren nahmen in 17 Trainingsdurchläufen

im Rahmen des Projekts an CAN-Stop-Trainings teil. Bis auf eine Anstalt haben alle teilnehmenden Einrichtungen des Strafvollzugs die Fortführung der CAN-Stop-Trainings im Vollzugsalltag signalisiert. In einer Fachkonferenz werden die gesammelten Erfahrungen länderübergreifend ausgetauscht und gebündelt.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

CAPRIS – Cannabis: Potenzial und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse

In den letzten 25 Jahren zeigte sich eine erstaunlich rasante Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Wirkung von Cannabinoiden, den Inhaltsstoffen der Hanfpflanze *Cannabis sativa*. Um die Risiken des Cannabiskonsums zum Freizeitgebrauch und das Potenzial von Cannabinoiden als Arzneimittel adäquat einschätzen zu können, ist ein kontinuierlicher Abgleich des aktuellen Forschungsstandes notwendig. In diesem Forschungsprojekt werden der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand zu den Risiken des Freizeit-Cannabiskonsums sowie das Potenzial von Cannabinoiden als Arzneimittel dargestellt. Es soll eine objektive, valide und an der besten wissenschaftlichen Evidenz orientierte Bewertung 1.) der kurz- und langfristigen psychischen, organischen und sozialen Folgen des Konsums von pflanzlichen und synthetischen Cannabisprodukten zum Freizeitgebrauch sowie 2.) der Indikation/Kontraindikation bzw. der kurz- und langfristigen Wirksamkeit (positiv, fehlend, unerwünscht) von Cannabisarzneimitteln und dem Kenntnisstand zur Selbstmedikation erfolgen. Unter der Leitung von Dr. Hoch (München) und PD Dr. Schneider (Heidelberg) wird ein umfassendes systematisches Review der internationalen Literatur nach den höchsten wissenschaftlichen Standards durchgeführt. Für die zu bearbeitenden Themenbereiche werden klinische Fragen formuliert, systematische Literaturrecherchen durchgeführt, eingeschlossene Studien methodisch und inhaltlich bewertet sowie Evidenzgrade und „Risk of Bias“- (Verzerrungspotenzial-)Einschätzungen vergeben. In Zusammenarbeit mit 20 internationalen und nationalen Cannabinoid-Experten erfolgt eine auf einer Synopsis der Evidenz basierende Beantwortung der klinischen Fragen. Für den Freizeitgebrauch von

Cannabinoiden wird ein Risikoprofil erstellt, für den Gebrauch von Cannabisarzneimitteln ein Nutzen-Risiko-Profil erarbeitet. Motive, Erwartungen und Folgen eines nicht ärztlich verordneten Cannabisgebrauchs werden ebenfalls untersucht. Die Recherarbeiten werden im März 2017 abgeschlossen. Die Expertise wird danach publiziert.

http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016033249

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Ausstiegsprogramm „Realize it!“



Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in Europa. Betroffenen, die ihren Cannabiskonsum reduzieren oder einstellen wollen, bietet seit knapp zehn Jahren das Programm „Realize it“ in 80 teilnehmenden Beratungsstellen deutschlandweit einen niedrigschwiligen Einstieg in den Ausstieg. Innerhalb von zehn Wochen werden in fünf Einzelsitzungen und einer Gruppensitzung Risikosituationen, Kontrollstrategien und Alternativen zum Konsum besprochen. Zentraler Bestandteil des Programms ist das „Realize it“-Begleitbuch für die Klienten. Seit März 2016 ist das Begleitbuch nun auch für das Smartphone verfügbar – und kann unter der Adresse www.realize-it.org jetzt online immer und überall genutzt werden. Das sogenannte SMART-Book hält, wie auch die gedruckte Version des Begleitbuchs, für die Teilnehmer Informationen rund um den Ausstieg bereit. Kern des Begleitbuchs ist jedoch das Konsumtagebuch, das über den gesamten Verlauf des Programms eingesetzt wird und mit dessen Hilfe die Selbstbeobachtung bzw. die Reflexion der eigenen Verhaltensänderung ermöglicht wird. Für Nutzer erhöht sich dadurch die Attraktivität des Programms. Aufseiten der Beratungsstellen soll der Beratungsprozess noch stärker strukturiert und interaktiv werden. Die mobile Nutzung auf dem Smartphone erleichtert den Programmteilnehmern vor allem die Eintragungen ins Konsumtagebuch. Durch Gamification-Komponenten werden die

Teilnehmer spielerisch motiviert, ihre selbst gesteckten Konsumziele einzuhalten. Durch die vom Klienten freigegebenen Tagebucheintragen ist es den Beratern möglich, die Konsumententwicklung zeitnah zu verfolgen. Umgekehrt können die Berater ihren Klienten über das Modul eine Rückmeldung zu ihren Tagebucheintragen schreiben. Somit erhalten Nutzer eine schnelle Rückmeldung über ihr persönliches Konsumverhalten. Derzeit wird der Einsatz des „Realize it“-SMART-Books in 22 Beratungsstellen deutschlandweit getestet. Der Implementierungsprozess wird evaluativ begleitet. Hierzu werden sowohl die Programmnutzer als auch die beteiligten Berater zu ihren Erfahrungen und ihrer Einstellung gegenüber dem Programm regelmäßig befragt. Das Projekt wird von der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH durchgeführt.

<https://www.realize-it.org>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

ATTUNE: Understanding Pathways to Stimulant Use: a mixed-methods examination of the individual, social and cultural factors shaping illicit stimulant use across Europe



Ziel des derzeit europaweit größten Projekts zum Amphetaminkonsum ATTUNE ist es, Konsumverläufe von Nutzern amphetaminartiger Substanzen (ATS) in fünf europäischen Ländern zu untersuchen. So sollen beispielsweise Gründe ermittelt werden, warum manche Personen mit dem Konsum von ATS beginnen, andere aber nicht, obwohl beide Gruppen die Möglichkeit hätten, zum Beispiel weil in ihrem sozialen Umfeld ATS konsumiert werden. Durch die Erhebung und Analyse individueller „Konsumkarrieren“ sollen potenzielle Risiko- bzw. Resilienzfaktoren identifiziert werden, die den Konsum beeinflussen und mit einem Wechsel hin zu riskantem bzw. abhängigem ATS-Gebrauch in Zusammenhang stehen können.

ATTUNE wird im Rahmen von ERANID (European Research Area Network on Illicit Drugs) gefördert. Federführend für das Gesamtprojekt ist das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Partner sind Großbritannien, die Tschechische Republik, die Niederlande und Polen.

Für das Projekt wurde ein Mixed-Methods-basiertes Forschungsdesign entwickelt, das aus zwei Modulen besteht. Im qualitativen Modul 1 werden insgesamt 270 halbstrukturierte Interviews mit unterschiedlichen Konsumierendengruppen geführt. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Konstruktion des Fragebogens für das quantitative Modul 2 ein. Dort werden insgesamt 2.000 Personen mit einem standardisierten Fragebogen befragt. Die Rekrutierung der Befragungspersonen wird über die Methode des „snowball sampling“ realisiert. Zunächst sollen Konsumierende in Drogenberatungsstellen für die Studie gewonnen werden. Diese können als „seeds“ den Zugang zu Konsumierenden ermöglichen, die nicht in Kontakt mit dem Hilfesystem stehen. Auch in geeigneten Internetforen und sozialen Netzwerken sollen Teilnehmende rekrutiert werden. Die Ergebnisse des Projekts können dazu dienen, neue Präventionsangebote für ATS-Konsumierende zu entwickeln bzw. bereits bestehende anzupassen.

www.zis-hamburg.de/projekte

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

MATRIX – deutschsprachiges Therapieangebot für Stimulanzienabhängige

Die bisherige Lücke hinsichtlich etablierter deutschsprachiger Therapiematerialien zur Behandlung von Stimulanzienabhängigen wurde durch das Erscheinen des Therapieangebotes MATRIX verringert. SuPrAT (Suchtfragen in Praxis und Theorie e. V.) hat das komplette Therapiepaket ins Deutsche übersetzt sowie inhaltlich an die Gegebenheiten des hiesigen Hilfesystems angepasst.

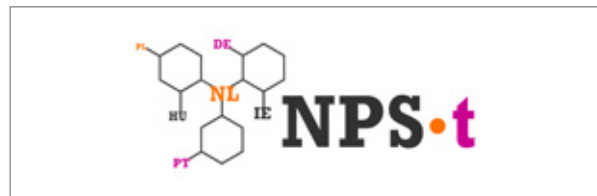
Das MATRIX-Modell der ambulanten Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum bietet ein umfassendes, strukturiertes und evaluiertes Behandlungspaket für Erwachsene und ist ausdrücklich

in der S3-Leitlinie empfohlen. Den Schwerpunkt der zwölfmonatigen Behandlung bilden gruppentherapeutische Angebote, die Einbeziehung von Angehörigen und Selbsthilfe sowie die Möglichkeit der zielgruppenspezifischen Ausrichtung (zum Beispiel für Frauen oder Familien). Dabei wird ein integrativer Ansatz von kognitiv-behavioralen, psychoedukativen, familientherapeutischen und Elementen der Rückfallprävention verfolgt. Angewendet werden kann MATRIX im Prinzip von allen professionellen Helfern im ambulanten oder stationären Kontext, die in die Behandlung bzw. Betreuung von Methamphetamin-Konsumenten involviert sind.

www.suprat.de/matrix.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Neue psychoaktive Stoffe: Transnationales Projekt zu unterschiedlichen Gruppen von Konsumierenden, Charakteristika von Konsumierenden, Prävalenzraten, Konsummustern, Marktdynamiken und Best-Practice-Modellen für die Prävention (NPS transnational)



Das transnationale EU-Projekt befasst sich mit der Verbreitung und den Charakteristika des Gebrauchs von neuen psychoaktiven Stoffen in sechs Mitgliedsländern der EU (Deutschland, Ungarn, Irland, Niederlande, Polen und Portugal). Drei Gruppen von Konsumenten werden dazu untersucht: (a) sozial marginalisierte Gebraucher, (b) Gebraucher aus der Partyszene und (c) internetaffine Gebraucher. Der Vergleich dieser drei Gruppen stellt dabei einen neuartigen Ansatz in der Forschung zu diesem Thema dar. Ziele sind unter anderem die Bestimmung des Ausmaßes und der Muster des Gebrauchs, der Unterschiede zwischen den drei Zielgruppen und Erkenntnisse über Marktdynamiken. Außerdem werden die jeweiligen rechtlichen Regelungen der einzelnen Länder berücksichtigt und Präventionsmaßnahmen untersucht. Auf diese Weise

können Best Practices identifiziert und EU-weit verbreitet werden.

Für jedes Land wurden prägnante Länderberichte zum Thema verfasst (State of the Art), je acht Experteninterviews zu Präventionsmaßnahmen durchgeführt, eine Webpräsenz (Internetseite, soziale Medien) etabliert und die Daten bei den drei Gruppen von NPS-Gebrauchern erhoben. Letzteres erfolgte mittels einer Online-Befragung und Face-to-Face-Interviews, die derzeit ausgewertet werden. Insgesamt sollten in jedem Land (mindestens) 350 Konsumenten befragt werden (75 sozial marginalisierte Gebraucher, 150 Party-Gebraucher, 125 internetaffine Gebraucher). Im Laufe der Erhebung zeigte sich indes, dass mit einer Ausnahme (Polen) in keinem der Länder alle drei Teilstichproben komplett erfüllt werden konnten, was auf eine länderbezogen sehr unterschiedliche Verbreitung von NPS in den drei Zielgruppen hindeutet. Allerdings wurde unter anderem in Deutschland die Zielgröße für „Internetaffine“ deutlich übererfüllt, sodass mit insgesamt über 3.500 Befragten eine bemerkenswert große Stichprobe vorliegt. Bereits in den Länderberichten und den Experteninterviews deuteten sich große Unterschiede zwischen den Ländern im Hinblick auf die NPS-Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen sowie auf konsumierte Substanzen an: Während in Deutschland oder Ungarn synthetische Cannabinoide die wichtigste Substanzkategorie sind, beschränkt sich der Konsum etwa in den Niederlanden überwiegend auf Amphetaminderivate und Cathinone. Das Forschungsprojekt wird vom Centre for Drug Research an der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt.

www.npstransnational.org

Gefördert durch: **Bundesministerium für Gesundheit**

Weiterentwicklung des Projekts Phar-Mon zu einem Informationssystem zu neuen psychoaktiven Stoffen und Medikamenten (Phar-Mon NPS)

Das kontinuierliche Monitoring des Substanzgebrauchs und damit verbundener Probleme in der Allgemeinbevölkerung sowie in Risikopopulationen liefert Basisinformationen über die Problembelastung sowie mögliche Ansatzpunkte für Präventionsmaß-

nahmen. Gerade in einem sich so schnell ändernden Bereich wie dem der neuen psychoaktiven Stoffe ist die Berücksichtigung besonders konsumnaher Personengruppen von großer Bedeutung, da diese neue Entwicklungen sehr schnell aufnehmen. Phar-Mon NPS ist ein integratives Informationssystem mit Frühwarncharakter für die Bereiche neue psychoaktive Stoffe (NPS) und Medikamente, welches am Institut für Therapieforchung in München (IFT) durchgeführt wird. Kernpunkt ist eine aktuelle und systematische Datensammlung zur Konsum- und Missbrauchssituation.

Das Projekt ist durch seinen Netzwerkcharakter und eine möglichst hohe Flexibilität gekennzeichnet. Die Datenerhebung in den Jahren 2014 bis 2016 erfolgte in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Medikamente), in Kooperation mit Partyprojekten (NPS), der externen Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten (NPS), Giftinformationszentralen (Medikamente und NPS) und Beratungsstellen (NPS). Hierfür wurden standardisierte Erhebungsinstrumente entwickelt bzw. die Standarddokumentationen der Einrichtungen genutzt.

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen wurden die meisten Missbrauchsnennungen aus den Arzneimittelgruppen Analgetika, Sedativa/Hypnotika und Substitutionsmittel gezählt. Die in der Partyszene am häufigsten genannten neuen psychoaktiven Stoffe waren Kräutermischungen und 2C-Verbindungen. Auch aus Justizvollzugsanstalten wurde der Konsum von Kräutermischungen am häufigsten genannt. Über alle NPS und Stichproben hinweg war Neugierde der mit Abstand am häufigsten genannte Einnahmegrund. Die bei Giftinformationszentralen angegebenen Substanzen lassen sich hauptsächlich in die Gruppen synthetische Cannabinoide und Designer-Benzodiazepine einteilen. Zu den wichtigsten unerwünschten Nebenwirkungen des Konsums zählten körperliche Symptome wie epileptische Anfälle und andere Kramp fzustände, Erbrechen, Kopfschmerzen und Bewusstlosigkeit. In Bezug auf psychische Effekte wurden am häufigsten Halluzinationen, psychotische Zustände und Stimmungsschwankungen genannt. Darüber hinaus war die Wirkung der Substanzen

teilweise sehr viel stärker als angenommen bzw. intendiert.

<https://legal-high-inhaltsstoffe.de/de/phar-mon-nps.html>

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

drugcom.de

Mit der Internetplattform wendet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in erster Linie an drogenaffine junge Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren.

Seit 2001 können die Nutzer der Website auf ein umfangreiches, stetig wachsendes Informationsangebot zugreifen, das auch verständlich aufbereitete aktuelle Meldungen aus der Suchtforschung umfasst. Bei persönlichen Fragen können sich Nutzer zudem per E-Mail oder im Chat an das Beratungsteam wenden.

Ziel ist es, junge Menschen über die Risiken des Konsums von psychoaktiven Substanzen zu informieren, sie zur kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten anzuregen und schädlichen Konsum zu minimieren. Die Inanspruchnahme der Internetplattform steigt weiter kontinuierlich an. Mit mehr als 150.000 Besucherinnen und Besuchern pro Monat gehört www.drugcom.de in Deutschland zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich der Suchtprävention.

Der Konsum von legalen und illegalen Substanzen im Jugendalter ist auch eine Herausforderung für die pädagogische Praxis, sei es in Jugendfreizeiteinrichtungen oder in der Schule. Um Multiplikatoren in ihrer Arbeit zu unterstützen, wurden 2016 zwei Arbeitshilfen zum Thema Alkohol und Cannabis entwickelt. Beide Arbeitshilfen liefern Anregungen und konkrete Vorschläge, wie die Website www.drugcom.de in der Arbeit mit Jugendlichen genutzt werden kann.

Das Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 in die Internetplattform integriert. Die Nutzer können sich hier unkompliziert und anonym anmel-

den und werden 50 Tage lang von professionellen und speziell geschulten Beratern bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum unterstützt. Seit Beginn haben mehr als 6.000 Nutzer von diesem Angebot profitiert. Das Ausstiegsprogramm wird seit 2006 in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen in mittlerweile acht Bundesländern durchgeführt.

www.drugcom.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland)

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat von 2011 bis 2015 in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe über 2.000 aktiv drogeninjizierende Menschen in acht Städten auf Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und HIV untersucht und zu Infektionsrisiken, Verhaltensweisen und Wissen zu diesen Infektionen befragt. Neben einer hohen HCV-Prävalenz (42–75 Prozent; virämische HCV: 23–54 Prozent) bei den Teilnehmenden in allen Städten, regionalen Unterschieden der HBV- (5–33 Prozent) und HIV-Prävalenz (0–9 Prozent) zeigten die Ergebnisse einen zwar regional unterschiedlichen, insgesamt jedoch unzureichenden HBV-Impfschutz (geimpft: 15–52 Prozent; weder infiziert noch geimpft: 16–69 Prozent), gravierende Wissenslücken von Drogengebrauchenden in Bezug auf die Übertragung und den Schutz vor den Infektionen, einen verbesserungswürdigen Zugang zu niedrigschwelliger Testung, Beratung zum Ergebnis und Behandlung von HIV- und HCV-Infektionen. Aus den Ergebnissen der Studie wurden folgende Empfehlungen abgeleitet: die Notwendigkeit, die HBV-Impfung bei Drogengebrauchenden besser umzusetzen, die niedrigschwellige Drogenhilfe im Bereich Wissensvermittlung zu den Infektionen von Konsumenten durch Schulung von Mitarbeitern zu stärken, Konsummittel bedarfsorientiert auszugeben und HIV-/HCV-Testung niedrigschwellig anzubieten. Zur Verbesserung der Behandlungsinitiierung und -kontinuität von Infektionen sollten sich lokal vorhandene Strukturen, insbesondere Drogenhilfe, Suchtmedizin und Infektiologie, stärker vernetzen. Etwa 80 Prozent der Studienteilnehmenden waren bereits mindestens einmal, meist

mehrmals inhaftiert und berichteten von Konsumbeginn oder Fortsetzung eines bestehenden injizierenden Konsums in Haft, sodass in diesem Bereich der Zugang zu allen Maßnahmen der Prävention und Behandlung gesichert sein sollte.

Die Umsetzung der einzelnen Empfehlungen wird durch BMG, RKI, Deutsche AIDS-Hilfe und BZgA begleitet und unterstützt sowie von den Akteuren der Drogenhilfe, Ärzteschaft und des Strafvollzugs und auf verschiedenen Ebenen (lokal in den Studienstädten, auf Bundesland- und regionaler Ebene) diskutiert, ausgewertet und implementiert.

Die Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen sind in einem ausführlichen deutschsprachigen Bericht und in mehreren internationalen Zeitschriften publiziert. Die Studie wurde aus finanziellen Mitteln des BMG gefördert, die Pilotstudie aus Mitteln des RKI (siehe Abbildung 24).

www.rki.de/druck-studie

Gefördert durch: **Bundesministerium für Gesundheit**

Quadros – Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern

Vor dem Hintergrund der Prävalenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), wurde mit dem von der Deutschen Aidshilfe e.V. durchgeführten Projekt „Quadros“ das Ziel verfolgt, das Wissen zu neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) und Methamphetamin (Crystal Meth) sowie die Beratungs- und Verweisungskompetenzen in Schwulenberatungen, Präventionsprojekten sowie Aids- und Drogenhilfen zu erhöhen. Schwule Männer, die aufgrund ihres Drogenkonsums herkömmliche Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen wollen, sehen sich oftmals mit einem Hilfesystem konfrontiert, das bisher nur vereinzelt auf ihre spezifischen Bedürfnisse eingehen kann.

Aufgrund dieser Lücken im Hilfesystem wurde „Quadros“ modellhaft in den Städten München, Nürnberg, Köln, Frankfurt am Main, Hamburg, Leipzig und Berlin durchgeführt. Um einen einheitlichen und

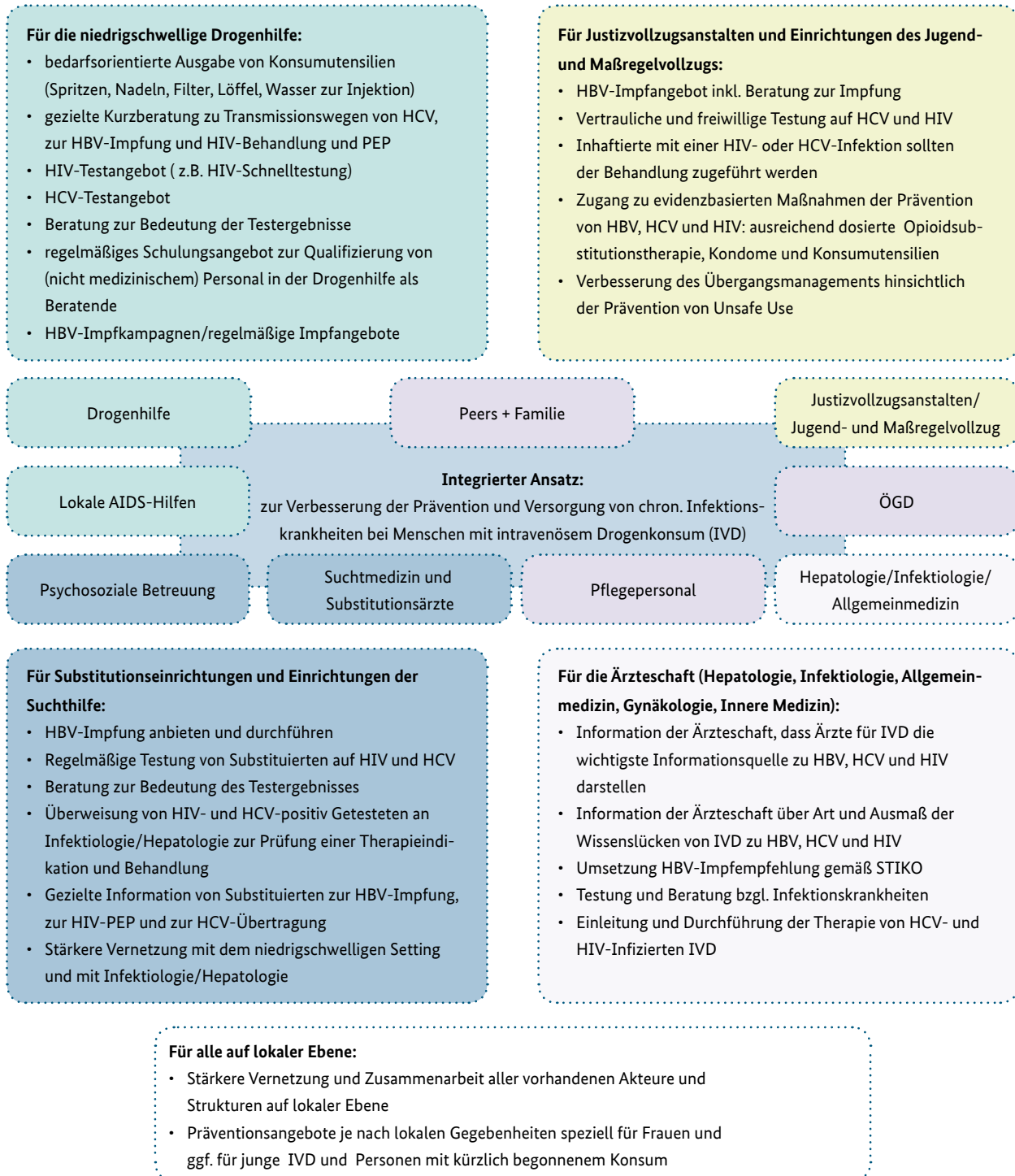
umfassenden Überblick zu den in der jeweiligen Stadt/Region zur Verfügung stehenden ambulanten und stationären Angeboten zu erhalten, wurde von den sieben Projektpartnern ein Angebotmapping erstellt, das spezifische lokale Angebote sowie zukünftig nutzbare Strukturen in den Bereichen „sexuelle Gesundheit“ und Drogenhilfe für drogengebrauchende MSM darstellt. Dieses soll laufend erweitert werden und die Verweisungskompetenzen der beteiligten Projekte erhöhen. Zudem wurden in den beteiligten Städten Nachfragemappings erstellt, welche die lokalen Unterstützungsbedarfe drogengebrauchender MSM erhoben haben, um in der Kontrastierung mit den Angebotsmappings lokale Versorgungslücken zu identifizieren. Prozessunterstützend wurden Trainings mit den Mitarbeitenden der beteiligten Partnerorganisationen durchgeführt, um Grundlagen der Substanzkunde, Kenntnisse zu Konsumkontexten und -mustern sowie Beratungskompetenzen zu vermitteln.

Zum Abschluss des Projekts haben die teilnehmenden Institutionen durch die Trainings, die Identifizierung von Good-Practice-Beispielen sowie die Erarbeitung der Mappings einen Wissenstand erreicht, der es ihnen erlaubt, eigene Netzwerke und Kooperationen mit im Feld agierenden Akteuren zu bilden, erste Präventions-, Beratungs- oder Behandlungsansätze für die eigene Organisation zu entwickeln und offensiv in den Zielgruppen schwuler Männer für neue Beratungs- und Informationsangebote zu werben. Weiterhin wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der zukünftigen Prävention und Beratung von MSM im Kontext von Drogengebrauch und Sexualität erarbeitet.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/verbesserung-von-beratung-behandlung-und-therapie/quadros.html>
<https://www.aidshilfe.de/shop/quadros>

ABBILDUNG 24:

EMPFEHLUNGEN FÜR VERSCHIEDENE AKTEURE, ABGELEITET VON DEN ERGEBNISSEN DER DRUCK-STUDIE



Quelle: Robert Koch-Institut (RKI)

Gefördert durch: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung – Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD)



Die internationale Drogenpolitik richtet sich zunehmend an entwicklungsorientierten und gesundheitsorientierten Ansätzen aus. Interessierten Regierungen fehlen jedoch oft hinreichend entwickelte evidenzbasierte sowie entwicklungs- und gesundheitsorientierte Instrumente ihrer nationalen Drogenpolitik. Hier setzt das von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und unter Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung umgesetzte Vorhaben Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD) an. Das Vorhaben GPDPD trägt dazu bei, innovative Ansätze der Drogenpolitik international zu positionieren und pilothaft umzusetzen.

Der Fokus liegt auf drei Handlungsfeldern:

1. Das Vorhaben bietet internationale Austauschmöglichkeiten und Dialogforen zu entwicklungs- und gesundheitsorientierten Ansätzen der Drogenpolitik, um gemeinsame Positionen interessierter Regierungen auf VN-Ebene zu verankern.
2. Das Vorhaben fördert auf bilateraler Ebene die Anpassung der drogenpolitischen Instrumente interessierter Regierungen in Asien, Afrika und Lateinamerika durch Pilotmaßnahmen.
3. Das Vorhaben trägt zu einer Erweiterung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Drogenpolitik bei.

In allen drei Handlungsfeldern kooperiert das Vorhaben eng mit seinen internationalen Umsetzungspart-

nern: dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC), der thailändischen Stiftung Mae Fah Luang sowie den Nichtregierungsorganisationen Transnational Institute (Amsterdam) und International Drug Policy Consortium (London). Zudem arbeitet GPDPD im Bereich der Erweiterung wissenschaftlicher Grundlagen mit renommierten Forschungseinrichtungen wie etwa der London School of Economics zusammen.

<https://www.gdpdp.org>

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten – eine Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung an Beratungsstellen und Kliniken (AbiS)



Wenn Menschen im Zusammenhang mit der Nutzung von Internetanwendungen (zum Beispiel Online-Computerspiele, soziale Netzwerke) Symptome von Abhängigkeitserkrankungen wie etwa einen Kontrollverlust erleben oder die Nutzung trotz negativer Konsequenzen wie etwa Problemen in den Bereichen Schule, Arbeit und Familie fortsetzen, kann dies zu einem internetbasierten Suchtverhalten werden. Seit etwa 30 Jahren, und zunehmend in den letzten 10 Jahren, haben insbesondere Suchteinrichtungen diesbezüglich eine Vielfalt von Angeboten entwickelt, die in Anpassung an den Schweregrad der Störung von ambulanten Kurzberatungen bis zu mehrmonatigen stationären Behandlungen reichen. Um die Entwicklung dieser Angebote beurteilen zu können und neue Versorgungsbedarfe festzustellen, wurde eine 2008 vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters in Hamburg durchgeführte Onlinebefragung identifizierbarer Beratungs- und Behandlungsangebote zum internetbasierten Suchtverhalten von der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung der

Universitätsklinik für Psychiatrie Tübingen Ende 2015 wiederholt. Wichtigste Ergebnisse:

1. Mögliche Vervielfachung der Angebote seit 2008: 75 Prozent der 275 befragten Einrichtungen halten ihr Angebot erst seit 2008 vor.
2. Nur neun Prozent der Betroffenen, die sich in den Einrichtungen vorstellen, sind Frauen, obwohl die Prävalenz der Internetabhängigkeit bei Frauen und Männern etwa gleich hoch ist.

Die AbiS-Studie kombinierte zusätzlich Online-Befragungen von unterschiedlich mit der Thematik befassten gesellschaftlichen Gruppen (zum Beispiel Personen aus dem administrativen Bereich oder aus der ICD-11-Entwicklung) mit qualitativen Interviews von Betroffenen, Beratenden und Behandelnden.

Seit dem 1. Februar 2017 ist eine Anbieterdatenbank zur Recherche von Beratungs- und Behandlungsangeboten bei internetbasiertem Suchtverhalten online.

<http://ersthilfe-internetsucht.de/>

<http://ersthilfe-internetsucht.de/abis-projekt/>

Gefördert durch: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Digitale-Spielewelten.de

Digitale-Spielewelten.de ist eine Online-Kompetenzplattform für Medienpädagogik in der digitalen Spielekultur. Als Informations-, Präsentations- und Vernetzungsplattform bildet sie die vielfältigen Aktivitäten und Netzwerke im Bereich der digitalen Spielekultur ab. Die Plattform stellt Eltern und Pädagogen Informationen und Praxismaterialien rund um das Thema digitale Spiele zur Verfügung und liefert damit zahlreiche medienpädagogische Ideen für einen kritischen und kreativen Umgang mit dem Kulturgut Games. Das Thema „exzessives Spielen“ ist dabei in zahlreichen Projekten wichtiger Bestandteil.

Ziel der Plattform ist es, für die Akteure aus Pädagogik, Wissenschaft, Wirtschaft (Games-Branche) und Politik an zentraler Stelle Wissen, Erfahrungen und Ideen rund um digitale Spiele zu bündeln, strukturiert bereitzustellen und der Praxis medienpädagogische Materialien an die Hand zu geben.

<http://www.digitale-spielewelten.de>

Gefördert durch: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Gutes Aufwachsen mit Medien

Unter dem Dach der Initiative „Gutes Aufwachsen mit Medien“ lädt das Bundesfamilienministerium dazu ein, die Medienerziehung von Familien mit einem abgestimmten Vorgehen in Bund, Ländern und Kommunen zu unterstützen. Die Initiative bündelt Informationsangebote für Eltern, berät lokale Netzwerke und qualifiziert Fachkräfte.

www.gutes-aufwachsen-mit-medien.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

„Schau hin! Was Dein Kind mit Medien macht.“

Der Online-Medienratgeber für Eltern und Erziehende „Schau hin! Was Dein Kind mit Medien macht.“ setzt seine erfolgreiche Arbeit fort und greift Fragen zu exzessiver Mediennutzung in einem eigenen Themenschwerpunkt auf.

www.schau-hin.info

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„Ins Netz gehen“

Das Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Prävention von exzessiver Computerspiel- und Internetnutzung bietet seit 2011 Informationen für Jugendliche und ergänzend für Eltern. Die Kampagnenwebseite hält sowohl zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen für 12- bis 18-Jährige als auch interaktive Elemente wie einen Selbsttest bereit. Ein weiteres Element ist das Verhaltensänderungsprogramm „Das andere Leben“. Damit werden Jugendliche unterstützt, dem übermäßigen Internetsurfen oder exzessiven Gebrauch von PC-Spielen zunehmend Aktivitäten im realen Leben entgegenzusetzen.

Außerdem gibt es eine Multiplikatorenseite, auf der Eltern, Lehrer und Erzieher wissenschaftlich gesicherte Antworten und pädagogisch bewährte Tipps erhalten. Darüber hinaus können konkrete Anliegen und Fragen

ABBILDUNG 25:
MEDIENSTUNDENPLAN

Medienstundenplan
Vereinbaren Sie gemeinsam mit Ihrem Kind feste Medienzeiten. Tragen Sie die Uhrzeit und Art der vereinbarten Mediennutzung hier ein.

Tipps zu kindgerechten Medienangeboten und Medienzeiten gibt es auf www.schau-hin.info.

SCHAU HIN Was Dein Kind mit Medien macht.

SCHAU HIN ist eine Initiative von
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Das Erste

ZDF

TV SPIELFILM

Schaun Sie mit: Entdecken Sie Medien gemeinsam mit Ihren Kindern.

Gemeinsam medienfit werden? Das neue SCHAU HIN-Medienquiz bietet Lernspaß für die ganze Familie: www.schau-hin.info/medienquiz

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

zum Medienkonsum bei Jugendlichen per E-Mail-Beratung geklärt werden.

Seit September 2014 wird das bundesweite Peer-Projekt „Net-Piloten“ in 28 weiterführenden Schulen an drei Pilotstandorten umgesetzt. In Zusammenarbeit mit Fachstellen für Suchtprävention und Schulen erhalten damit rund 3.000 Jugendliche und ihre Eltern eine Anleitung zum verantwortungsvollen Umgang mit Medien. Das Projekt soll nach erfolgreichem Abschluss der Modellphase bundesweit angeboten werden.
www.ins-netz-gehen.de
www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de

Pathologisches Glücksspiel

Gefördert durch: **Bundesministerium für Gesundheit**

Remissionsprozesse von pathologischen Glücksspielern im Dreijahresverlauf

Die Lebenszeitprävalenz für pathologisches Spielen liegt in Deutschland bei ca. 1 Prozent (mehr als 500.000 Personen). Nahezu zwei Dritteln dieser Spieler ist es dabei gelungen, ihre Spielsucht aus eigener Kraft oder unter Inanspruchnahme formeller Hilfe zu überwinden. Belastbare Aussagen zum Ablauf und zu den Einflussfaktoren von Remissions- und Rückfallprozessen bei pathologischen Glücksspielern lassen sich in der internationalen Literatur kaum finden. Die Studie vom Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) Hamburg ist deshalb der Frage nachgegangen, wie sich die Remissions- und Rückfallpräva-

lenzen in einem Dreijahresverlauf entwickeln und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen.

Die Teilnehmer (n = 239) sind im Rahmen von Interviews unter anderem zu ihrem Spielverhalten, zu Glücksspielbezogenen Problemen, zur Inanspruchnahme von Hilfen und zu Gründen für die Remission befragt worden. In der Studie wurden die durchgängig remittierten mit den rückfälligen sowie die weiterhin pathologisch spielenden mit den neu remittierten Personen verglichen.

Den allermeisten remittierten Personen (82 Prozent) gelingt es, diesen Status aufrechtzuerhalten, wobei ein kleinerer Teil (10 Prozent) von ihnen zwischendurch wieder pathologisch gespielt hat. Deutlichere Veränderungen zeigen sich bei den (ehemals) pathologischen Glücksspielern: 54 Prozent verharren nach 3 Jahren weiterhin in einem pathologischen Spielverhalten, 46 Prozent haben jedoch ihre Spielprobleme überwunden. Aus den Befragungsergebnissen wird deutlich, dass eine gute soziale Unterstützung hilfreich für Remissionsprozesse ist. Deshalb sollte die Angehörigenarbeit weiter optimiert werden. Die Ergebnisse der Studie deuten ferner darauf hin, dass finanzielle Belastungen einen Rückfall in die Spielsucht begünstigen. Hier wird also die Frage nach einer frühzeitigen Schuldenregulierung aufgeworfen.

Noch bedeutsamer sind psychische Komorbiditäten: Insbesondere Personen, die schon vor Beginn des problematischen Spielens von psychischen Belastungen betroffen waren, fällt es schwer, das Glücksspielen nachhaltig zu reduzieren oder zu beenden. Es sollten daher alle Personen, die aufgrund eines Spielproblems eine Hilfeinrichtung aufsuchen, systematisch nach psychischen Belastungen gefragt werden. Darüber hinaus zeigt die Analyse, dass pathologische Glücksspieler auch auf Angebote außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems zurückgreifen. Das gilt insbesondere für die Schuldnerberatung, aber auch für Informationen aus dem Internet. Diese Angebote sollten sinnvoll mit der Suchthilfe und -prävention vernetzt werden.

www.isd-hamburg.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Spielen mit Verantwortung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 2007 in Kooperation mit dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB) bundesweite Maßnahmen zur Prävention von Glücksspielsucht durch. Mit der Kampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ steht ein gezieltes Präventionsangebot zur Frühintervention zur Verfügung.

Das Internetportal bietet Informationen zu einzelnen Glücksspielen und zur Glücksspielsucht. Ein ähnlich niedrigschwelliges Angebot ist die BZgA-Telefonberatung zur Glücksspielsucht unter der kostenlosen Telefonnummer 0800-1372700.

www.spielen-mit-verantwortung.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

check-dein-spiel.de

Das seit 2007 bestehende Internetangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet neben einem Wissenstest und einem ausführlichen Selbsttest ein interaktives Online-Beratungsprogramm zum Ausstieg aus der Glücksspielsucht. Die webbasierte Beratung umfasst Funktionen wie ein Glücksspiel-Tagebuch oder ein wöchentliches Therapeuten-Feedback. Seit September 2007 haben rund 150.000 Personen am Test teilgenommen und eine individualisierte Auswertung mit persönlich zugeschnittenen Hilfeempfehlungen zu ihrem Spielverhalten bekommen.

Wichtiger Ausgangspunkt für die Prävention von Glücksspielsucht ist außerdem die Bereitstellung von Informationen für die Bevölkerung. Die Nutzer von Glücksspielangeboten sollen befähigt werden, mögliche Gefahren einzelner Glücksspielangebote zu erkennen und somit verantwortungsvoll und selbstkritisch zu spielen. Das Materialset zum Thema „Sportwetten“ richtet sich vor allem an die Risikogruppe der jungen Männer im Alter zwischen 18 und 25 Jahren. Das Materialset ist in englischer, französischer,

russischer, türkischer und arabischer Sprache erhältlich und kann vor allem auch bei der Arbeit mit zugewanderten Menschen eingesetzt werden.

www.check-dein-spiel.de www.bzga.de/infomaterialien/gluecksspielsucht/

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Glücksspielprobleme bei türkischstämmigen Migranten – Ursachen, Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützungsbedarfe

Aus Repräsentativbefragungen ist bekannt, dass die Gruppe der türkischstämmigen Migranten einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Spielern mit einem pathologischen Spielverhalten aufweist. Gleichzeitig verweisen die Ergebnisse empirischer Studien darauf, dass die Raten der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten sowie die Erfolgsquoten begonnener therapeutischer Maßnahmen geringer sind. Welche Faktoren hierfür verantwortlich sind, ist aber bisher nur unzureichend wissenschaftlich untersucht worden. Primäres Ziel der vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) durchgeführten Studie ist es, dieses Forschungsdefizit zu verringern, um aus den dann vorliegenden (neuen) Erkenntnissen empirisch fundierte Empfehlungen für die Praxis in Bezug darauf, wie diese Bevölkerungsgruppe zukünftig besser erreicht und bedarfsgerecht unterstützt werden kann, ableiten zu können.

Die Studie wird in Form von drei Teilprojekten durchgeführt, welche jeweils aufeinander aufbauen. Das erste Teilprojekt beinhaltet Gespräche mit Experten aus den Bereichen der Migrations-, Familien- und Suchtberatung. Im Rahmen des zweiten Teilprojekts werden in Form von Einzelinterviews insgesamt zehn aktuelle oder remittierte pathologische Spieler mit türkischem Migrationshintergrund befragt. Beim dritten Teilprojekt handelt es sich um eine quantitative Befragung von insgesamt 150 Personen mit türkischem Migrationshintergrund, die dazu beitragen soll, die qualitativen Befunde zu validieren und gegebenenfalls zu ergänzen. Zum Abschluss der Studie sollen die Ergebnisse der drei Teilprojekte im Rahmen eines halbtägigen Workshops hinsichtlich ihrer Relevanz für zukünftige Präventions- und Beratungs-/Behand-

lungsmaßnahmen diskutiert und bewertet werden.

www.isd-hamburg.de

1.2 Suchtstoff- bzw. suchtförmübergreifende Projekte

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Kinder aus suchtblasteten Familien: Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für Mitarbeiter der Suchthilfe

Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für die Einschätzung von elterlichen Erziehungskompetenzen sowie von Belastungen bzw. möglichen (Entwicklungs-)Gefährdungen von Kindern aus suchtblasteten Familien. Das internetbasierte Schulungsmodul wird auf der Internetplattform des E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ angesiedelt und von Blended-Learning-Kursen flankiert. Adressaten sind Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen sowie aus der Kinder- und Jugendhilfe. Das Modul wird in Kooperation des Universitätsklinikums Ulm, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg entwickelt.

Während der ersten Projektphase 2016 wurden die Inhalte des internetbasierten Schulungsmoduls und der Blended-Learning-Kurse definiert und entwickelt. Dazu gehören Grundlagentexte, Präsentationsmaterialien sowie Fallbeispiele, die von den Teilnehmern während des Schulungsmoduls bearbeitet werden. Zudem wurden „runde Tische“ in vier teilnehmenden Suchtberatungsstellen durchgeführt, um den Bedarf der Praktiker in die Entwicklung des Schulungsmoduls zu integrieren. Anhand eines fiktiven Fallbeispiels haben die Teilnehmer der „runden Tische“ aus der Suchtberatung, aus der Kinder- und Jugendhilfe, aus dem medizinischen Sektor und aus anderen kooperierenden Arbeitsfeldern erarbeitet, wie das Hilfesystem mit einem solchen Fall umgehen würde und welche Inhalte hierfür im Schulungsmodul vermittelt werden sollten.

2017 finden Probedurchläufe des gesamten Schulungsmoduls (zuerst ein Blended-Learning-Tag, dann mehrere Wochen für die selbstständige Erarbeitung der E-Learning-Einheiten und schließlich der zweite Blended-Learning-Tag) mit zwei Schulungsgruppen statt. Die Gruppen werden zeitlich versetzt geschult, sodass zwischenzeitlich Optimierungen des Moduls vorgenommen werden können. Neben dem Schulungsmodul wird am Ende des Projekts ein Handbuch zur Weitervermittlung der Schulungsinhalte publiziert. <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte.html>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Problematischer Substanzkonsum und Vaterschaft

Kinder suchtbelasteter Eltern sind in den letzten Jahren verstärkt als Risikogruppe für Entwicklungsbelastungen – inklusive des Risikos, selbst eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln – in den Blick der Suchthilfe geraten. Die Situation der Eltern wird dabei jedoch entweder geschlechterundifferenziert betrachtet oder der Fokus richtet sich auf schwangere Frauen und Mütter. Väter mit einer Substanzproblematik, vor allem wenn es sich um illegale Drogen handelt, werden demgegenüber in Forschungs- und Hilfepraxis weitgehend ignoriert.

Das vom BMG geförderte Projekt greift dieses Defizit auf. Es zielt darauf ab, Erkenntnisse zu relevanten Einflüssen eines problematischen Drogengebrauchs auf Vaterrolle, Vaterbilder und Erziehungsarbeit sowie zu den damit verbundenen Auswirkungen auf die Situation von Töchtern und Söhnen bereitzustellen und diese Erkenntnisse für die Formulierung von Handlungsempfehlungen zu nutzen. Das Projekt folgt einem primär qualitativ ausgerichteten Forschungsdesign: Neben einer systematischen Recherche und Aufbereitung des Forschungsstands stützt es sich auf Fokusgruppen mit in der Sucht- und Drogenhilfe sowie in angrenzenden Arbeitsfeldern tätigen Experten (n = 20) sowie auf leitfadengestützte Interviews mit 25 drogenkonsumierenden Vätern. Die Befunde verdeutlichen einerseits die Ausblendung des Themas Vaterschaft in Forschungs- und Hilfepraxis, weisen

aber gleichzeitig darauf hin, dass drogenabhängige Männer, die Väter sind, von Angeboten und Programmen im Hilfesystem profitieren könnten, die nicht nur ihre Drogenproblematik, sondern vor allem auch ihr Vatersein und die damit zusammenhängenden Belastungen, Defizite, aber auch Kompetenzen adressieren.

Das Projekt wird vom Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e. V. in Kooperation mit dem ZIS am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt.

<http://www.belladonna-essen.de/landeskoordinierungsstelle-frauen-und-sucht-nrw/projekte/>

Gefördert durch: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Familien stärken – Studie zur Evaluation der deutschen Adaptation des US-amerikanischen „Strengthening Families Program 10–14“ zur familienbasierten Suchtprävention

Das aus den USA stammende universelle Präventionsprogramm „Familien stärken“ zur familienbasierten Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen wurde für den Einsatz in Deutschland angepasst. Hierfür erfolgte im Rahmen einer Pilotstudie die kultursensible Adaptation der Materialien. In einem zweiten Schritt wurde das Programm im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten multizentrischen Studie in vier Städten Deutschlands evaluiert. Außerdem wurde die Implementierung im deutschsprachigen Raum vorangetrieben. Im November 2016 fand unter der Supervision zweier britischer „Familien stärken“-Trainer eine Schulung für 15 neue Gruppenleiter und 4 Mastertrainer statt, sodass das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) künftig eigenständig im deutschsprachigen Raum weitere Gruppenleiter ausbilden kann.

www.familien-staerken.info

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„Trampolin I – ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und „Trampolin II – Katamneseerhebung zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes Trampolin“



Das vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) entwickelte und evaluierte Gruppenangebot „Trampolin“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien wird in Deutschland bereits an einigen Standorten umgesetzt. In das Trampolin-Programm sind zum einen Erkenntnisse aus einem intensiven Dialog mit der Praxis, zum anderen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse eingeflossen. Ziel des Programms ist es, die betroffenen Kinder in ihrer positiven Selbstwahrnehmung zu stärken. Für die Durchführung aller Module wurde für die Gruppenleiter ein Manual verfasst. Das DZSKJ und das DISuP bieten hierzu Schulungen an. Bei der Zentralen Prüfstelle Prävention wurde 2016 die Zertifizierung des Programms nach § 20 Absatz 1 SGB V bewilligt. Krankenkassen können somit die Kosten für die Teilnahme eines Kindes an dem Programm übernehmen.

Mit der Studie „Trampolin II – Katamneseerhebung zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes Trampolin“ sollen Langzeiteffekte des Präventionskonzepts Trampolin (ca. 5 Jahre nachdem die Interventionen durchgeführt wurden) überprüft werden. Dafür werden sowohl die Teilnehmer der Untersuchungsgruppe als auch die der Kontrollgruppe, die damals eine Kontrollintervention (Hüpfburg) erhalten hatten, erneut befragt. Wie damals im Bundesmodellprojekt Trampolin sollen neben den Selbsterfahrungen der Jugendlichen auch Fremdeinschätzungen der Eltern erhoben werden. Die Familien werden zuerst schriftlich kontaktiert und informiert, bei einer Bereitschaft zur Teilnahme werden die

Katamnesen anschließend telefonisch durchgeführt.
www.projekt-trampolin.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

AnNet – Angehörigennetzwerk



Die Universität Hildesheim führt in Kooperation mit Praxispartnern (Therapieverbund Ludwigsmühle, SOS Mütterzentrum Salzgitter, Jobcenter Peine, Selbsthilfegruppe) und Angehörigen bundesweit seit 2015 die Studie „AnNet – Angehörigennetzwerk“ durch, die sich den Belastungen und Unterstützungsnetzwerken der Angehörigen von Menschen mit problematischem Alkohol- oder Drogenkonsum widmet. Im Rahmen des Projekts sollen Belastungs- und Unterstützungssituationen der verschiedenen Angehörigengruppen untersucht werden. Zu diesem Zweck werden die Belastungsprofile der Angehörigen mithilfe von Fragebogen erhoben. Auch die Unterstützungsnetzwerke der Angehörigen werden in die Untersuchung einbezogen. Das Projekt arbeitet aktuell bundesweit mit vier Praxispartnern zusammen, um einen Zugang zu den Lebenssituationen von Angehörigen in verschiedenen Lebenslagen zu bekommen. Zudem werden Experteninterviews durchgeführt, um die Vernetzungspotenziale, aber auch die Herausforderungen und Barrieren im Hilfesystem abbilden zu können. Das Herzstück des Projekts sind die direkte Zusammenarbeit und der Austausch mit vier über die Gemeinschaftspartner erschlossenen Angehörigengruppen. Am Ende der gemeinsamen Forschungsarbeit sollen die Ergebnisse der einzelnen Angehörigengruppen in einem gemeinsamen Arbeitsbuch zusammengefasst und publiziert werden. Dieses Arbeitsbuch bietet nicht nur Hilfestellungen von Angehörigen für Angehörige, sondern bildet auch eine Grundlage für die Arbeit mit betroffenen Angehörigen und beinhaltet Handlungsempfehlungen aus Sicht von Angehörigen.

<https://www.uni-hildesheim.de/annet/>

Gefördert durch: **Bundesministerium für Gesundheit**

Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS)

Die an der Universität zu Lübeck durchgeführte multimethodale Studie BEPAS konnte anhand von 100 Interviews mit Angehörigen allgemeine und spezifische Belastungen in Abhängigkeit von der Art der Beziehung (Eltern, Partner, Kinder) und der Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Glücksspiel, Medikamente) in ein Stressbelastungsmodell integrieren. Außerdem wurden spezifische Unterstützungsbedarfe und mögliche Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe exploriert. In der Studie wurde ein Mixed-Method-Ansatz verfolgt, bei dem qualitative durch quantitative Methoden ergänzt wurden. Die Probandenrekrutierung erfolgte mithilfe kooperierender Selbsthilfe- und Suchtberatungseinrichtungen und deutschlandweit erstmals über ein proaktives Screening in Arztpraxen und Krankenhäusern. In der Durchführung von Fokusgruppen mit Vertretern des medizinischen und psychosozialen Behandlungssystems bestand ein weiterer Zugang zur Analyse der Versorgungssituation. Darüber hinaus konnten Fragen zur Belastungssituation Angehöriger in die Repräsentativstudie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) mit n = 24.824 Befragten integriert werden.

Erste qualitative Ergebnisse zeigen deutliche geschlechterspezifische Unterschiede der Belastungs- und Bedarfssituation Angehöriger. Stigmatisierung von Sucht und Angst vor Schuldzuschreibungen wurden als bedeutende Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe Angehöriger identifiziert. Die wesentlichen Bedarfe Angehöriger äußerten sich in dem Wunsch nach verstärkter öffentlicher Präsenz der Suchthematik und dem Wunsch nach konkreten verhaltensbezogenen Hilfestellungen durch das Suchthilfesystem. In der Repräsentativstudie GEDA gaben 9,5 Prozent der Befragten an, einen Angehörigen mit bestehender Suchtmittelabhängigkeit (außer Tabak) zu haben (Bezugszeitraum waren die letzten 12 Monate). Weitere 4,4 Prozent hatten einen Angehörigen mit einer seit über 12 Monaten überwundenen Suchterkrankung. Diese beiden Personengruppen waren gegenüber Menschen ohne suchtkranken Angehörigen deutlich

belasteter. Das Projekt befindet sich in der Auswertungsphase und endet im Frühjahr 2017.

Gefördert durch: **Bundesministerium für Gesundheit**

QuaSiE – Qualifizierte Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe



Die Untersuchung „Suchtmittelkonsum und suchtbetragene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe“ von 2014 zeigte auf besorgniserregende Weise die besondere Belastung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, die häufig, neben hohen psychischen und sozialen Belastungen, auch von suchtbetragenen Problemlagen durch übermäßigen Medien- und Substanzkonsum betroffen sind. Vor allem der Konsum von Cannabis und Tabak ist bei der Zielgruppe besonders hoch. Während der Tabakkonsum noch offensichtlich ist, ist der Konsum anderer Substanzen nicht leicht erkennbar. Fachkräfte in den Einrichtungen unterschätzen diese Belastung daher leicht. Damit aus konsumbezogenen Auffälligkeiten nicht eine manifeste Sucht entsteht, die eine eigenständige negative Dynamik entfaltet, sind Wissen, diagnostische Routinen und spezifische Interventionen notwendig. Praxisnahe Konzepte und Kooperationen mit Fachinstitutionen können Einrichtungen dabei unterstützen. Ziel des Bundesmodellprojekts „QuaSiE“ ist deshalb die Professionalisierung des Umgangs mit konsumbezogenen Auffälligkeiten in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe und die Erarbeitung eines praxisnahen Handlungskonzepts für und mit diesen Einrichtungen. Um ein qualifiziertes Handeln in den Einrichtungen zu fördern und den betroffenen Jugendlichen die erforderliche Unterstützung anzubieten, ist eine stärkere Berücksichtigung des Themas auf Träger- und Leitungsebene, eine intensive Kooperation mit dem Suchthilfesystem auf lokaler und regionaler Ebene sowie eine (stärkere) Vernetzung der beteiligten Hilfesysteme sinnvoll. Die Koordinationsstelle Sucht

des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) unterstützt sechs Einrichtungen der stationären Jugendhilfe bei der Entwicklung zielorientierter Routinen.

Zur Zielerreichung werden von 2016 bis 2018 folgende Handlungsfelder modellhaft an den beteiligten Standorten in den Blick genommen:

- Konzeptionelle Verankerung des Themas „Substanzkonsum und suchtbezogene Problemlagen“
- Verbesserung der Handlungskompetenz und -sicherheit der Fachkräfte durch Schulung und Qualifizierung
- Stabilisierung oder Aufbau von Kooperationen mit der Suchthilfe und Entwicklung gemeinsamer Arbeitsprozesse

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet.

https://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/unsere-schwerpunkte-fuer-die-suchthilfe/projekte/quasie_start

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Kinder stark machen

Die Mitmach-Initiative „Kinder stark machen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfolgt einen universell-präventiven Ansatz und setzt auf die Förderung von Lebenskompetenzen und die Stärkung der Persönlichkeit von Kindern im Alter von 4 bis 12 Jahren. Hierzu gehören das Erlernen von Konflikt-, Kommunikations- und Teamfähigkeit, Eigenverantwortung sowie Selbstvertrauen, verbunden mit einem gesunden Selbstwertgefühl.

Die Initiative richtet sich an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder tragen: Eltern und Erziehende, Lehrkräfte der Grundschule und Sekundarstufe I sowie Multiplikatoren, die im Sportverein mit Kindern arbeiten.

Im Jahr 2016 war die Initiative „Kinder stark machen“ auf bundesweit 21 Sport- und Familienveranstaltungen mit insgesamt rund einer halbe Million Menschen präsent.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Kooperation mit den Breitensportverbänden Deutscher Olympischer Sportbund, Deutsche Sportjugend, Deutscher Fußball-Bund, Deutscher Handballbund, Deutsche Turner-Bund, Deutsche Turnerjugend und DJK-Sportverband. Mit Qualifizierungsmaßnahmen von „Kinder stark machen“ konnten bereits mehr als 2.700 Trainerinnen und Trainer erreicht werden.

www.kinder-stark-machen.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

DIOS: Dissemination und Implementierung von (Online-)Präventionsmaßnahmen für missbräuchlichen Substanzkonsum bei Studierenden

Im Rahmen der Förderlinie „Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden“ des Bundesministeriums für Gesundheit wurden seit 2013 unterschiedliche Ansätze der webbasierten Prävention und/oder Reduktion von riskantem Substanzkonsum bei Studierenden entwickelt, durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Das Projekt DIOS bündelt diese Ansätze in einer Toolbox und bietet interessierten Hochschulen erstmalig ein evidenzbasiertes Präventionskonzept an. Durch eine ressourcenangepasste Auswahl und Implementierung soll ein nachhaltiger Einsatz von (Online-)Präventionsangeboten zur Reduktion von Alkohol und weiteren Substanzen für Studierende an Hochschulen ermöglicht werden. Um das geeignete Präventionsangebot für die jeweilige Hochschule zu identifizieren, werden die Hochschulen durch das DIOS-Projekt wie folgt unterstützt: Im ersten Schritt wird die Ausgangssituation zur Prävention von riskantem Substanzkonsum an der Hochschule erfasst. Der zweite Schritt beinhaltet die strukturierte Rückmeldung der hochschulspezifischen Ergebnisse inklusive einer unverbindlichen Programmempfehlung. Der dritte Schritt sieht die Unterstützung bei der Implementierung des gewählten Angebots durch das DIOS-Team vor. Darüber hinaus wird ein Netzwerk für teilnehmende und interessierte Hochschulen aufgebaut, welches die Implementierung solcher Angebote mit einer gezielten langfristigen Strategie vorantreibt. Diese Strategie wird partizipativ entwickelt, das heißt, wichtige Stakeholder im Bereich der Gesundheitsförderung von Studierenden (unter anderem Hochschul-

verwaltung, Studierendenwerke, Hochschulsport) und Studierende selbst werden in diesen Prozess miteinbezogen. DIOS wird in Kooperation vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS in Bremen, von der Hochschule Esslingen und der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung in Berlin durchgeführt. Die Implementierung und Verbreitung der (Online-)Präventionsangebote wird in einer Prozessevaluation wissenschaftlich begleitet.

<https://dios.bips.eu/>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Zielgruppe des auf 15 Monate angelegten Projekts sind Fachkräfte, die für die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zuständig sind. Mittels leitfadengestützter Interviews wird in den Städten Hamburg, Frankfurt und München exploriert, in welchem Ausmaß der Konsum psychotroper Substanzen unter den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen verbreitet ist, um welche Substanzen es sich handelt und welche Charakteristika die Konsumierenden aufweisen. Zudem werden umfassende Informationen dazu erhoben, wie seitens der Fachkräfte auf den Substanzkonsum reagiert wird und welche Hilfskonzepte vorhanden sind. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse sollen Interventionsstrategien entwickelt werden, damit die Fachkräfte sowohl präventiv als auch intervenierend handeln können. Die Studie wird vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg durchgeführt. In Deutschland befindet sich eine hohe Anzahl an unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Obhut der Jugendhilfe. Laut dem „Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge“ unterstanden im Jahr 2016 insgesamt 69.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und junge volljährige Geflüchtete der Zuständigkeit der Jugendhilfe. Etwa 90 Prozent dieser Flüchtlinge sind männlich und stammen zumeist aus Afghanistan, Syrien, Somalia und Eritrea. Ein hoher Anteil von ihnen befindet sich in den drei Städten Hamburg, Frankfurt am Main und München. Da zum Ausmaß des Konsums psychotroper Substanzen in dieser Gruppe

bislang kaum Informationen existieren, werden in allen drei Städten Fachkräfte aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen befragt. Ein Großteil der Interviews ist bereits durchgeführt worden. Das Projekt wird Mitte 2017 abgeschlossen sein.

Gefördert durch: Bundesministerium des Innern

Gesundheit und Sucht als Themen in Integrationskursen für Zuwanderer

Der Integrationskurs ist das bundesseitige Grundangebot zur Förderung der gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Teilhabe von Zuwanderern. Er ist in einen Sprach- und einen Orientierungskurs unterteilt. Sowohl im „Rahmencurriculum für Integrationskurse – Deutsch als Zweitsprache“ als auch in den Integrationskurskonzepten ist Gesundheit als eines der zentralen zu behandelnden Themen enthalten. Die Integrationskursteilnehmer sollen die Grundstrukturen der medizinischen Versorgung in Deutschland kennenlernen und befähigt werden, gesundheitliche Beschwerden zu beschreiben sowie mit medizinischem Personal zu kommunizieren.

Im Jugendintegrationskurs, der sich an Teilnehmer bis zu einem Alter von 27 Jahren richtet, sind zu den in allen Integrationskursarten bestehenden Lernzielen zusätzliche allgemeinbildende Inhalte festgelegt, die sich explizit mit dem Thema Sucht befassen. Den Teilnehmern werden die mit Drogen- und Alkoholmissbrauch verbundenen Gefahren nahegebracht und ihnen soll die Verständigung darüber in einfachen Worten ermöglicht werden. Die Teilnehmer sollen zudem über die Unterstützungsangebote von Suchtberatung und Selbsthilfegruppen informiert werden und mindestens eine Beratungsstelle persönlich kennenlernen. Die Integrationskurse werden durch die Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE) ergänzt, die durch individuelle Beratung und professionelles Fallmanagement Integrationsprozesse von Zuwanderern initiieren und steuern soll. Hier werden Zuwanderer bei Bedarf an Suchtberatungsstellen und andere Unterstützungsangebote verwiesen.

Gefördert durch: [Bundesministerium für Bildung und Forschung](#)

Kognitiv-behaviorale Therapie bei Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und substanzbezogenen Störungen

Das Projekt wurde innerhalb des bundesweiten Forschungsnetzwerkes CANSAS (Childhood Abuse and Neglect as a cause and consequence of Substance Abuse – understanding risks and improving Services) durchgeführt. Thematische Klammern sind Substanzmissbrauch und posttraumatische Belastungsstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend. Ziel der Studie war die adoleszenten- und gendersensitive Evaluation des manualisierten, kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms „Sicherheit finden“ in einer Phase-I-Längsschnittstudie. Als Projektpartner fungierten das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), die Boston University School of Medicine und das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg (ZIS). Verbundpartner waren unter anderem weitere Universitätskliniken aus dem Bundesgebiet.

www.cansas-studie.de

Durchgeführt von der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung](#)

Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 2005 die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ durch. Themenbezogene Spielfilme für junge Leute, interessante Mitmach-Aktionen und jugendgerechte Medien machen die Jugendfilmtage zu einer attraktiven Kinoveranstaltung. Ziel der Jugendfilmtage ist es, Schülerinnen und Schüler zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den Themen Rauchen und Alkoholkonsum anzuregen, auch bezogen auf neue Entwicklungen und Konsumformen, beispielsweise E-Zigarette und E-Shisha. Lehrerinnen und Lehrer werden vor der Veranstaltung in einem Workshop auf die Unterrichtsgestaltung vorbereitet.

2016 wurden die Jugendfilmtage in 15 Regionen bundesweit durchgeführt. Es konnten so mehr als 10.000 Schülerinnen und Schüler und annähernd 1.000 Lehrkräfte erreicht werden.

www.rauch-frei.info/aktiv-dabei/jugendfilmtage.html

Gefördert durch: [Bundesministerium für Gesundheit](#)

5. „Europäische Werkstatt Suchtprävention“ 2016

Suchtgefährdung macht nicht vor Ländergrenzen halt. Dennoch ist es nicht selbstverständlich, dass die Akteure der Suchtprävention europaweit zusammenarbeiten und voneinander lernen. „euro net“, das seit 25 Jahren bestehende „Europäische Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention“, ist deshalb eine Besonderheit. Die beteiligten Präventionsexperten tauschen sich nicht nur aus, sie haben auch schon viele von der EU geförderte Präventionsprojekte gemeinsam realisiert. Gerade erst wurden zwei neue Projekte von der EU bewilligt: „Click for support – realized“ und „Localize it“.

Ende 2016 veranstaltete der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) in Zusammenarbeit mit „euro net“ und der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen die mittlerweile 5. „Europäische Werkstatt Suchtprävention“. Im Vordergrund der Werkstatt stand der länderübergreifende Austausch. Generelle Informationen zur Suchtprävention, zu Initiativen und wirkungsvollen Projekten wurden von Präventionsexperten aus 15 europäischen Ländern erläutert und diskutiert. Schwerpunkt war die Suchtprävention in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen von 18 bis 25 Jahren. Ein besonderes Problem stellt die zielgruppengerechte Ansprache der jungen Erwachsenen dar. Bei der Vorstellung von Good-Practice-Beispielen wurde unter anderem über gelungene Ansätze zur Suchtprävention in Sportvereinen, an Hochschulen und im Partysetting berichtet.

Das Fazit der Tage war:

- Die sehr unterschiedlich aufbereiteten Informationen zur Situation der Suchtprävention in den Ländern gaben interessante Impulse.
- Es gibt in den Ländern ähnliche Konsumententwicklungen mit kleineren Abweichungen.
- Suchtprävention wird durch Veränderung der

Rahmenbedingungen sowohl der Struktur als auch der Politik beeinflusst.

- Es gibt interessante Präventionsansätze für diese Altersgruppe, in einigen Ländern wird sie allerdings auch nicht direkt adressiert.
- In fast allen Ländern wird mit dem Peer-Ansatz gearbeitet, der als angemessen und effektiv gesehen wird.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Situation wurden der Austausch und die Diskussionsbereitschaft auf europäischer Ebene in einem Europa der Regionen als sehr bereichernd und notwendig bezeichnet.

<http://www.euronetprev.org>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

GeSA (Gewalt-Sucht-Ausweg) – Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht



Das Kooperationsprojekt GeSA trägt der besonders schwierigen Situation gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtmittelproblematik und ihrer Kinder Rechnung. Dabei geht es nicht um die Etablierung einer neuen spezifischen Beratungs- oder Behandlungsstelle für Betroffene, sondern vielmehr um eine verbesserte Vernetzung und Kooperation bereits bestehender Unterstützungsangebote aus verschiedenen Hilfesystemen. In den Regionen Rostock und Stralsund haben sich deshalb Einrichtungen und Institutionen, die an der Versorgung und Unterstützung Betroffener beteiligt sind, in Regionalverbänden zusammengefunden.

ABBILDUNG 26:
ÜBERSICHT VERBUNDSTRUKTUR GESA



Gemeinsame Fachforen dienen dem gegenseitigen Kennenlernen, der Sensibilisierung für die Thematik, dem Austausch von Wissen und Erfahrungen sowie der Entwicklung und Erprobung möglicher Kooperationen im konkreten Einzelfall. Für die Gestaltung der Zusammenarbeit innerhalb der Fachforen wurde die Methodik der Fallkonferenzen gewählt, die einerseits einen differenzierten Einblick in die Arbeitsweise und den Arbeitsauftrag der fallvorstellenden Einrichtungen gibt, andererseits eine sehr praxisnahe Auseinandersetzung mit bestehenden Problemen/Defiziten und den Chancen einer Bewältigung ermöglicht. Nach einem Jahr intensiver Zusammenarbeit wird es nun in einem zweiten Schritt darum gehen, aus den so gewonnenen Erfahrungen und Ideen Handlungsempfehlungen abzuleiten. Diese sollen den Fachkräften aus den unterschiedlichen Hilfesystemen der Regionen eine Orientierung für den Umgang mit der dualen Problematik von Sucht und Gewalt geben sowie auf sinnvolle Kooperationsformen und mögliche Partnerinnen und Partner für Kooperation aufmerksam machen. Außerdem wird erörtert, ob und wie die gemeinsame Gestaltung eines konkreten Angebotes für Betroffene gelingen könnte.

Die Erfahrungen aus dieser dreijährigen träger- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit und die damit verbundenen Herausforderungen werden Ende 2017 auf einem bundesweiten Fachkongress vorge-

stellt. In einem Handbuch zusammengefasst werden die Ergebnisse des Projekts für die Umsetzung in anderen Regionen zugänglich gemacht. Träger des Projekts ist der Verein Frauen helfen Frauen e. V. Rostock.

www.fhf-rostock.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

IRIS – II: Wirksamkeit einer individualisierten, risikoadaptierten internetbasierten Intervention zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren



Mit „IRIS – II“ wurde von 2013 bis 2016 die Inanspruchnahme und Wirksamkeit einer individualisierten, risikoadaptierten, internetbasierten Intervention zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren (IRIS) evaluiert und weiterentwickelt. Die Studie wurde von der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung der Universitätsklinik Tübingen durchgeführt. Die zweiarmige, randomisiert kontrollierte Studie verglich eine standardisierte Beratungsplattform (SB) mit und ohne ergänzende Betreuung durch einen professionellen Berater („E-Coach“ = EC). Die Teilnehmerinnen durchliefen ein zwölfwöchiges Programm, das auf das jeweilige Konsumprofil (Alkohol, Tabak, kombinierter Konsum) zugeschnitten war, und erhielten entweder standardisierte Kurznachrichten oder eine wöchentliche individualisierte E-Mail-gestützte Beratung durch den E-Coach. Randomisiert wurden in einem Jahr 650 Teilnehmerinnen (Ziel: n = 500), davon 85 Prozent im Tabak-, 12,2 Prozent im kombinierten und 2,8 Prozent im Alkoholprogramm. 494 (88,8 Prozent) starteten in die erste Programmwoche. 84,3 Prozent der Teilnehmerinnen, die nicht zum ersten Mal schwanger waren, hatten in vorangegangenen Schwangerschaften geraucht, über die Hälfte auch in der Stillzeit. Fehlgeburten gaben 37,1 Prozent an. Von den Teilnehmerinnen, die eine aktuelle oder zurückliegende psychische Erkran-

kung bejahten (n = 191), gaben ca. 75 Prozent eine Depression an. Auffällig ist der hohe Anteil rauchender Partner (73,6 Prozent). Von den Teilnehmerinnen des Alkoholprogramms erhielten weniger als die Hälfte den ärztlichen Rat zum Alkoholverzicht (44,4 Prozent). Insgesamt nahm die Zahl der Teilnehmerinnen im Programmverlauf ab, lediglich n = 7 (EC-Bedingung) bzw. n = 2 (SB-Bedingung) durchliefen alle 12 Programmwochen. Die Gruppenvergleiche zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Studienarmen nach zwölf Wochen. In die dritte Woche starteten signifikant mehr Teilnehmerinnen aus SB + EC. Mit Blick auf die Tabakabstinenz waren signifikante Unterschiede zwischen dem SB und SB+EC nach Woche 1 zu verzeichnen. Die ITT-Analyse ergab eine signifikant größere Anzahl an abstinenten Teilnehmerinnen in SB + EC. Im Hinblick auf die Abstinenzangaben drei Monate nach Programmende zeigten sich bei den Raucherinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen. Insgesamt erwies sich die Teilnahme in SB + EC als wichtigster Prädiktor für den Programmstart in Woche 1, die Teilnahmedauer bis Woche 3 sowie die Abstinenz im Programmverlauf. Die Teilnehmerinnen in SB + EC waren tendenziell zufriedener mit der Anwendung (Katamnese). Die Kinder nicht abstinenter Raucherinnen wiesen laut Selbstauskünften ein um 370 Gramm signifikant geringeres Geburtsgewicht auf.

IRIS steht weiterhin allen Schwangeren offen und wird intensiv genutzt. Eine dritte Förderphase wird seit dem 1. Juli 2016 durch die BZgA finanziert. Ziel ist eine auf den Erfahrungen aus „IRIS – II“ basierende weitere Optimierung und Anpassung der Anwendung zur Vorbereitung einer möglichen Verstetigung des Angebots.

www.iris-plattform.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„KlarSicht“-Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol

Mit dem von der BZgA 2004 entwickelten „KlarSicht“-Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol werden die beiden Substanzen interaktiv und informativ bundes-

weit in der Lebenswelt Schule thematisiert. Der Parcours ist mit den BZgA-Jugendkampagnen „rauchfrei“, „Alkohol? Kenn dein Limit“ und „Null Alkohol – Voll Power“ verknüpft und richtet sich an Jugendliche ab der achten Klasse in allen Schulformen. Ziel des Parcours ist es, über die Risiken des Rauchens und des Alkoholkonsums zu informieren, Schutzfaktoren zu stärken und eine kritische Einstellung zum Alkohol- und Tabakkonsum zu fördern.

Mit 20 Einsätzen in Schulen bundesweit konnte der „KlarSicht“-Mitmach-Parcours 2016 rund 6.000 Schülerinnen und Schüler sowie 500 Multiplikatoren erreichen.

www.klarsicht.bzga.de

Gefördert durch: Bundesministerium
für Bildung und Forschung

Forschungsverbund zu Suchterkrankungen: Früherkennung und Intervention über die Lebensspanne

Der Forschungsverbund AERIAL (Addiction: Early Recognition and Intervention Across the Lifespan) ist einer von neun Forschungsverbänden des Forschungsnetztes zu psychischen Erkrankungen, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. Der Verbund erforscht neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei Alkohol- und Tabaksucht. Die Wissenschaftler untersuchen neue Wege der Früherkennung und des Zugangs der Betroffenen zum Versorgungssystem. Bestehende Instrumente der Früherkennung sollen evaluiert, andere neu entwickelt werden. Gleichzeitig werden neue Behandlungskonzepte bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit erforscht. Aufbauend auf den Ergebnissen der Studien wird die Implementierung entsprechender Maßnahmen im Gesundheitswesen angestrebt.

Der Fokus liegt hierbei ausdrücklich auf Internet- und Smartphone-basierten Anwendungen. Diese können im Suchtbereich im Hinblick auf das Erreichen von Verhaltensänderungen effektiv sein, denn sie weisen verschiedene Vorteile auf: Sie sind zeit- und ortsunabhängig nutzbar und bieten vielfältige Möglichkeiten einer individuellen Anpassung. Die in AERIAL entwi-

ckelte Computer- und Smartphone-basierte Intervention richtet sich an Personen, die regelmäßig rauchen und in riskantem Umfang Alkohol trinken. Das Ziel ist es, Betroffene zu einer Verhaltensänderung (Tabakabstinentz und Reduktion des Alkoholkonsums) zu motivieren. Dabei soll auch die Intervention selbst hinsichtlich ihrer Akzeptanz, Praktikabilität und Anwenderfreundlichkeit beurteilt werden. Um diesen Personen einen niederschweligen Zugang zum Hilfesystem zu ermöglichen, wurde auf der Basis von Techniken wie der motivierenden Gesprächsführung und Elementen aus der kognitiven Verhaltenstherapie eine Web-basierte Applikation entwickelt. Die Anwendung thematisiert den kombinierten, gesundheitsschädlichen Alkohol- und Tabakkonsum und wirkt auf eine Änderung des Konsumverhaltens hin.

Aktuell werden die Wirksamkeit und die Umsetzbarkeit des Programms, die Compliance und Zufriedenheit der Betroffenen mit dem Behandlungsprogramm sowie dessen Kosteneffektivität in einem randomisierten kontrollierten Design mit n = 180 Teilnehmenden überprüft. Hierbei sollen an den Universitätskliniken Lübeck, Greifswald und Tübingen Probanden rekrutiert und randomisiert entweder einer Standardintervention, einer rein computerbasierten, automatisierten Intervention oder einer durch einen zusätzlichen professionellen Berater personalisierten Version (mit „E-Coach“) zugelost werden.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Klausurwoche „Das Stigma von Suchtkrankheiten verstehen und überwinden“

Suchtkrankheiten sind häufig und betreffen Menschen aus allen sozialen Schichten. Trotzdem werden Personen mit Suchtproblemen und ihre Angehörigen als Randgruppe betrachtet und stigmatisiert. Auf einer Klausurtagung vom 18. bis 23. September 2016, die von der psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Greifswald in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) ausgerichtet wurde, haben Fachleute aus den Bereichen Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Prävention, Suchthilfe, Rehabilitation, Psychiatrie, Psychotherapie, Soziologie, Ethik, Epidemiologie,

Werbung und Stigmaforschung ein Memorandum erarbeitet, das Wege aufzeigt, wie das Stigma von Suchterkrankungen verstanden und überwunden werden kann. Erste Resultate der Tagung wurden in einer öffentlichen Podiumsdiskussion vorgestellt und diskutiert. Das Memorandum wird auf dem 40. Kongress des Fachverbandes der Drogen- und Suchthilfe vorgestellt und in der Zeitschrift SUCHT veröffentlicht.

Die folgenden Aussagen wurden für das Memorandum konsentiert: Stigma schadet den Betroffenen und verstärkt Suchtprobleme. Stigma ist ein Hindernis auf dem Weg zur Hilfe, es führt zu schlechterer Behandlung und es vergrößert die sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Suchtkrankheit. Gleichzeitig ist Stigma eine Reaktion des Umfelds auf ein potenziell schädliches Verhalten, das nicht gebilligt wird. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten kann als Versuch verstanden werden, Suchtprobleme durch Tabuisierung, Ausgrenzung und Abwertung zu lösen oder zumindest handhabbar zu machen. Allerdings ist diese „Lösung“ dysfunktional, weil sie das Problem nicht kleiner, sondern größer macht. Stigma trifft dabei diejenigen am stärksten, die am schwersten betroffen und oft schon aus anderen Gründen benachteiligt sind.

Ein stigmatafreier Umgang mit Suchtkrankheiten ist möglich. Nicht Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung, sondern Wertschätzung und Befähigung (Empowerment) müssen im Zentrum von Prävention, Behandlung sowie dem alltäglichen Umgang mit Suchtkrankheiten stehen. Um dies zu erreichen, gibt das Memorandum Empfehlungen zu den Bereichen Befähigung, qualitative Verbesserungen in den Systemen der Hilfe und Prävention, Forschung, Kommunikation und Kooperation sowie zu konzeptionellen und rechtlichen Weiterentwicklungen.

www.dg-sucht.de

Gefördert durch: **Bundesministerium
der Verteidigung**

Suchtprävention in der Bundeswehr

Die Bundeswehr hat das Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, Abstinenz zu

fördern sowie den Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern. Durch eine strukturelle Verankerung wird dies als dauerhafter und nachhaltiger Prozess gestaltet, der die Aufklärung sowie die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren sowie Vorgesetzten umfasst.

Hierbei arbeiten die Dienststellen der Bundeswehr in einem etablierten Netzwerk zusammen, in dem sich neben dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr (bestehend aus Sanitätsdienst, Sozialdienst, Psychologischem Dienst, Militärseelsorge) auch die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V. (SSHS e. V.) sowie weitere Organisationen, Vereine und Initiativen engagieren. Die Angehörigen der Bundeswehr werden umfassend über die Thematik aufgeklärt und darüber informiert, dass der Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet wird. Zu den präventiven Maßnahmen gehören ein strukturiertes Meldewesen, Aktionen, Broschüren, Vorträge, Seminare, Aushänge, Datenträger sowie Auftritte in digitalen Medien. Suchtleitfäden und konkrete Dienstvereinbarungen, die zum Beispiel Bestimmungen zum Alkoholverbot während der Dienstzeit enthalten, sowie Richtlinien im Umgang mit abhängigkeitsgefährdeten zivilen und militärischen Mitarbeitern ergänzen dieses Angebot. In die aktuelle Präventionsarbeit haben verstärkt die Aspekte polyvalenter und riskanter Konsummuster sowie stoffungebundener Süchte Eingang gefunden.

Als zentrale Anlaufstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr fungiert das am Zentrum Innere Führung in Koblenz seit dem Jahr 2000 bestehende „Dokumentationszentrum zur Suchtprävention und -bekämpfung“.

Auf der zugehörigen Webseite können Vorgesetzte, Multiplikatoren sowie alle Interessierten unter dem Stichwort „Dokumentationszentrum Suchtprävention“ bzw. „Ansprechstellen“ weiterführende Informationen zum Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen finden. Dort werden auch die elektronische Form des ersten Bandes der Handreichung für Dienststellenleiter und Vorgesetzte zum Thema „Intervention bei Abhängigkeit & Sucht“ sowie die zugehörigen Begleitmaterialien

eingestellt. In der zweiten Hälfte des Jahres 2017 folgt der zweite Band der Handreichung zum Themenfeld „Prävention“.

Die SSSH e. V. (Soldatenselbsthilfe) umfasst über 300 ehrenamtliche Mitarbeiter, die überwiegend aus der eigenen Betroffenheit heraus handeln. Sie unterstützt die Bundeswehr unter anderem mit ausgebildeten Suchtkrankenhelfern. Bei den Mitgliedern handelt es sich sowohl um aktive als auch um ehemalige Soldaten und Zivilpersonen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten eng mit dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr und dem durch das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) moderierten „Netzwerk der Hilfe“ zusammenarbeiten.

Mit dem Rahmenkonzept „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“ wurden basierend auf bereits bestehenden Methoden Verfahren zur Erfassung der psychischen Fitness für die Streitkräfte entwickelt, die zweckgebunden zu bestimmten Zeitpunkten angewendet werden können. Aus den Ergebnissen der Erfassung der psychischen Fitness lassen sich zielgruppenorientiert individuell zugeschnittene Maßnahmen zum Erhalt und zur Steigerung der psychischen Fitness für Soldaten ableiten. Die Überführung der Maßnahmen in den Regelbetrieb erfolgt seit 2016.

Der Geschäftsbereich des BMVg führt ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ein. Das BGM hat zum Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, zu schützen und zu fördern. 2015 wurde ein wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt an elf Erprobungsdienststellen durchgeführt. Im Pilotprojekt wurden neben Angeboten in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung auch Maßnahmen im Bereich Sucht- bzw. Abhängigkeitsprävention umgesetzt. Dabei erfolgte eine Einbeziehung des SSSH e. V., der mit betrieblichen Suchtkrankenhelfern eine Betreuung aller Erprobungsdienststellen in Form von Vorträgen und Einzelgesprächen sicherstellte. Basierend auf den in der Erprobung gewonnenen Erkenntnissen wurde die schrittweise Ausfächerung des BGM in der Bundeswehr begonnen.

Diese wird bis Ende 2019 abgeschlossen sein und das BGM in den Regelbetrieb übergehen.

www.bundeswehr-support.de

www.soldatenselbsthilfe.de

Gefördert durch: Bundesministerium
für Verkehr und digitale Infrastruktur

Zielgruppenprogramm „Aktion junge Fahrer“

Das von der Deutschen Verkehrswacht e. V. (DVW) durchgeführte Zielgruppenprogramm „Aktion junge Fahrer“ richtet sich an Fahranfänger und junge Fahrer. Die im Rahmen des Programms durchgeführten Veranstaltungen sollen den Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Gefahren, die im Umgang mit Fahrzeugen im Straßenverkehr bestehen, bewusst machen und zur Selbstreflexion anregen. Das Programm besteht aus Aktionselementen und Projektbausteinen. Das Programm wurde 2016 sowohl im Hinblick auf inhaltliche Aspekte als auch auf strukturelle und prozedurale Voraussetzungen für die Umsetzung evaluiert. Aus den Ergebnissen dieser Evaluation wurden Optimierungsvorschläge abgeleitet. So wurde inzwischen ein Projektbaustein „Drogen“ im Programm implementiert.

Gefördert durch: Bundesministerium
für Verkehr und digitale Infrastruktur

Das Gesetz der Straße: Alkohol und Drogen am Steuer

Im Rahmen des Projekts „Bewegt und Erstellung von Unterrichtsmaterialien“ des BMVI werden Kurzfilme zur Gestaltung von Unterrichtseinheiten für junge Menschen mit pädagogischem Begleitmaterial erstellt. Auf dem YouTube-Kanal des BMVI sowie auf der Online-Plattform www.lehrer-online.de können interessierte Lehrkräfte kostenlos darauf zugreifen. 2016 wurde neben dem Thema „Ablenkung“ ein Video und Material zu „Alkohol und Drogen am Steuer“ realisiert: Was bringt der Konsum von Alkohol und Drogen so alles in unserem Gehirn durcheinander und wie wirkt sich das auf unser Verhalten im Straßenverkehr aus? Ralph Caspers kennt „Das Gesetz der Straße“. Weitere Themen werden 2017 folgen.



<https://www.youtube.com/watch?v=djZ3eZV7nYs&feature=youtu.be>

Gefördert durch: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Materialien der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz



Zum Zweck einer effektiven Einhaltung der neuen Regelungen des Jugendschutzgesetzes fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verschiedene Informationsmaterialien, unter anderem Plakate und Flyer der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ).

<https://www.bag-jugendschutz.de/>

Umfassende Informationen zu den neuen Regelungen des Jugendschutzgesetzes enthält auch das Informations-Portal:

<http://www.jugendschutz-aktiv.de/>

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesprogramm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“

Mit dem 2015 gestarteten Programm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ sollen für sehr arbeitsmarktferne Personen die Chancen auf Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbessert werden. Eine der beiden Zielgruppen, die mit dem Programm erreicht werden sollen, sind erwerbsfähige Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und langem Bezug von Arbeitslosengeld II. Gefördert werden Arbeitsverhältnisse, die zusätzlich und wettbewerbsneutral sind und im öffentlichen Interesse liegen. Daneben werden begleitende Maßnahmen wie etwa Suchtberatung angestoßen, um die teilnehmenden Personen zu stabilisieren und ihre Chancen auf eine Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt zu verbessern. Das Bundesprogramm läuft bis Ende 2018 und wird wissenschaftlich evaluiert.

<http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Modellprogramme/bundesprogramm-soziale-teilhabe-am-arbeitsmarkt.html>

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales haben eine gemeinsame Studie zur „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“ in Auftrag gegeben. Nach 2009 wurde 2016 zum zweiten Mal eine flächendeckende Bestandsaufnahme in den Jobcentern dazu durchgeführt, wie im Bereich des SGB II die Integration und Aktivierung für die Zielgruppe der missbräuchlich oder abhängig Suchtmittel konsumierenden Menschen erfolgt, auf welchen Wegen dabei gute Erfolge erzielt werden und welche Handlungsbedarfe es gibt.

2 Weitere Projekte

2.1 Suchtstoff- bzw. suchtfombezogene Projekte

Alkohol

Erklärvideo für Flüchtlinge

Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS) hat im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) ein Erklärvideo für Flüchtlinge entwickelt. Unter der Überschrift „Warum kann Alkohol für mich gefährlich werden?“ wird in fünf Sprachversionen (Deutsch, Englisch, Arabisch, Dari und Tigrinya) erklärt, weshalb der Konsum von Alkohol gerade bei Flüchtlingen mit gesundheitlichen Gefahren verbunden ist – wenn sie aufgrund fehlender Erfahrung im Umgang mit Alkohol die Wirkungen nicht einschätzen können oder sie ihn, aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen, als Beruhigungs- und Betäubungsmittel einsetzen.

„Vor dem Hintergrund, dass die geflüchteten Menschen fast alle über Smartphones verfügen, haben wir uns dazu entschlossen, die Botschaften nicht auf traditionellem Wege über Flyer zu kommunizieren, sondern über das Medium Erklärvideo“, erläutert Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen.

Das Video darf von allen interessierten Organisationen und Personen kostenlos heruntergeladen und weiterverbreitet werden.

www.hls-online.org



FASD – Wegweiser in Hamburg

SUCHT.HAMBURG präsentierte zum internationalen Tag des alkoholgeschädigten Kindes 2016 ein kostenloses Faltblatt zur Information für Fachkräfte in den Arbeitsfeldern der medizinischen Versorgung, der Frühen Hilfen und der Jugendhilfe sowie der Suchthilfe. Der hamburgspezifische Wegweiser schließt Wissenslücken und trägt zu mehr Aufmerksamkeit für FASD bei Fachkräften bei. Der Wegweiser enthält kompakte Informationen über die Erscheinungsformen von FASD, die Diagnosemöglichkeiten und die wichtigsten Anlaufstellen. Mit praktischen Hinweisen über die Auswirkungen von FASD im Alltag und Hinweisen zu Unterstützungsmöglichkeiten soll die Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz bei den Fachkräften gesteigert werden.

<http://www.lina-net.de/uploads/59.pdf>

„Klartext reden!“ – Initiative zur Unterstützung der Alkoholprävention in Familien

The logo for the initiative 'Klartext reden!'. The word 'Klartext' is written in a large, green, sans-serif font, and 'reden!' is written below it in a smaller, red, sans-serif font.

2005 hat der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V.) in Kooperation mit dem Bundeselternrat die Initiative „Klartext reden!“ zur Unterstützung der Alkoholprävention in Familien gegründet. Ziel der Initiative ist es, die Erziehungs- und Gesprächsführungskompetenz der Eltern in Bezug auf das Thema „Alkohol“ zu stärken. Hauptbestandteile der Initiative sind: kostenlose Eltern-Workshops, Infobroschüren, begleitender Social-Media-Auftritt und Website mit Online-Trainings für Eltern. Die Workshops werden bundesweit angeboten und von unabhängigen Suchtexperten durchgeführt, die gemeinsam mit den Eltern alltagsnahe Lösungsansätze erarbeiten. Seit dem Start der Initiative wurden 256 Workshops mit ca. 6.940 Teilnehmern durchgeführt.

<http://www.klartext-reden.de/>

<https://de-de.facebook.com/Klartextreden>

„Verantwortung von Anfang an!“ – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit

Verantwortung
von
Anfang an!

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V.) gibt seit Anfang 2009 mit wissenschaftlicher Unterstützung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Münster (UKM) und der FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde die Broschüre „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“ heraus, mit dem Ziel, in klarer und übersichtlicher Form über das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) zu informieren und Tipps zu geben, wie schwangere und stillende Frauen auf alkoholhaltige Getränke konsequent verzichten können.

Auf der begleitenden Website der Initiative können sich werdende Eltern neben relevanten Informationen auch online praxisnahe Expertentipps zum Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“ einholen. Die Verteilung der Broschüren (ca. drei Millionen Stück bis Dezember 2016) erfolgt über gynäkologische Praxen und Hebammen.

Seit Mai 2012 gibt es darüber hinaus das Faltblatt „Verantwortung von Anfang an! – Was Mädchen über alkoholhaltige Getränke in der Schwangerschaft wissen sollten“.

www.verantwortung-von-anfang-an.de

„VORBEI GERAUSCHT“

vorbei
gerauscht

Die Ergebnisse der Bundesanstalt für Straßenwesen zeigen, dass etwa 65 Prozent der befragten 12- bis

22-Jährigen bereits vor dem 18. Lebensjahr mindestens einmal im Monat übermäßig alkoholisiert mobil im öffentlichen Verkehrsraum unterwegs waren.

„Alkohol – Alles im Griff!“ ist das Thüringer Bündnis für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Gemeinsam mit Vertretern der Politik, der Vereine und Verbände, der Organisationen und der Wirtschaft sollen Bedingungen geschaffen werden, die einen maßvollen und kritischen Alkoholkonsum in der Thüringer Gesellschaft fördern. Im Rahmen des Thüringer Bündnisses entwickelte die Thüringer Fachstelle Suchtprävention des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e. V. in Zusammenarbeit mit dem Präventionszentrum der SiT – Suchthilfe in Thüringen gGmbH die Präventionskampagne „VORBEI GERAUSCHT“, welche den Fokus nicht nur auf den Konsum von Alkohol legt, sondern auf alle Suchtmittel im Straßenverkehr. 2016 wurden verschiedene Maßnahmen und Angebote im Rahmen der Kampagne „VORBEI GERAUSCHT“ entwickelt und in Thüringen implementiert (Elternbrief mit Infoblatt, Parkscheibe mit Botschaften für Fahranfänger).

Illegale Drogen

Safer Nightlife in Dresden – Mobiles Suchtpräventionsteam (apo)THEKE des Diakonischen Werkes und der Stadtmission Dresden e. V. unterwegs

Egal ob Club, Kiezfest oder Open-Air-Festival – für die Mitarbeiter der (apo)THEKE herrscht immer Hochkonjunktur. Das mobile Suchtpräventionsteam ist in Dresden unterwegs, um Partygäste über ein risikoreiches Nachtleben zu informieren.

Damit sollen die Besucher zu einem reflektierten und gesundheitsbewussten Verhalten angeregt und Veranstalter hinsichtlich der Gefahren sensibilisiert werden. Das Fachteam klärt über Wirkweisen und Risiken von Partydrogen auf, regt zum Nachdenken über den eigenen Konsum an und unterstützt Abstinente in ihrer Absicht, keine Drogen zu konsumieren. Herzstück der (apo)THEKE ist ein großes Rundzelt mit bequemen Sitzsäcken. Dieses beherbergt einen Infostand mit Substanz-Flyern, Obst, Wasser und Safer-Use-Materialien. Auf Wunsch werden Kurzberatungen durchgeführt und Hilfsangebote vermittelt.

Die Sozialarbeiter begleiten bei sogenannten „bad trips“ und leisten im Drogennotfall Erste Hilfe.
https://www.facebook.com/Safer-Nightlife-in-Dresden-1675360949412830/?ref=page_internal

„Methamphetaminkonsum in Mitteldeutschland“

Ziel des von der Universität Halle durchgeführten Forschungsprojekts war es, die Anforderungen an den gestiegenen Versorgungsbedarf von Methamphetamin-Abhängigen in Mitteldeutschland und die damit verbundenen Herausforderungen zu explorieren. Die Ergebnisse der von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland geförderten Studie zeigen übereinstimmend mit aktuellen internationalen und nationalen Daten, dass es sich bei den Methamphetamin-Abhängigen um eine sehr heterogene Gruppe handelt, welche unterschiedliche Ansprüche an eine bedarfsgerechte Versorgung stellt. Eine besonders vulnerable Konsumentengruppe bilden hierbei Eltern mit Kindern, Frauen sowie Schwangere. Weiterhin konnten die Ergebnisse der Studie internationale Erkenntnisse zur Konsummotivation stärken und insbesondere für den deutschen Kontext ausbauen. Die Analysen zeigen als Hauptmotiv für den Konsum von Methamphetamin die Leistungssteigerung in Beruf, Schule, Ausbildung und Alltag. Die Konsumenten versuchen, wie auch immer geartete Belastungssituationen mithilfe des Konsums von Crystal Meth zu bewältigen. Daneben sind weitere Konsummotivationen wie zum Beispiel Selbstmedikation, Selbstwertsteigerung und Ausprobieren zu nennen. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass verschiedene Besonderheiten und Komorbiditäten (insbesondere psychische Erkrankungen) der Betroffenen das gesamte Suchthilfesystem vor neue Herausforderungen stellen. Insgesamt gestaltet sich die Versorgung der Betroffenen anspruchsvoller und zeitintensiver als bei anderen Drogenkonsumenten. In Bezug auf die aktuelle Versorgungsstruktur zeigt sich, dass derzeit keine ausreichend bedarfsgerechte Versorgung für Methamphetamin-Abhängige in Mitteldeutschland gewährleistet werden kann, da diese durch mehrdimensionale Barrieren und Defizite in allen Versorgungsbereichen beeinträchtigt ist.

Zusammenfassend kann formuliert werden, dass sowohl unterschiedliche strukturelle Probleme in

einzelnen Bereichen als auch bereichsübergreifende sowie diverse Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme (unter anderem mit dem Kostenträger) eine bedarfsgerechte Versorgung behindern. Auffallend sind hierbei in nahezu allen Versorgungsbereichen zum Teil lange Warte- und zu kurze Behandlungszeiten sowie mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen. Aber auch motivationale Barrieren aufseiten der Behandler sowie zum Teil nicht ausreichend angepasste Behandlungs- und Beratungskonzepte beeinträchtigen eine bedarfsgerechte Versorgung Methamphetamin-Abhängiger in Mitteldeutschland. Weiterhin liefern die Ergebnisse der Studie sowohl inhaltliche als auch strukturelle Optimierungspotenziale der einzelnen Versorgungsbereichen sowie Verbesserungsmöglichkeiten der Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme.
http://www.ims.uni-halle.de/forschung/forschungsprojekte/laufende_projekte/meth-md/

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Interface Extended – ein Präventions- und Beratungsangebot zum Thema exzessive Mediennutzung der Jugend(Sucht)Beratung Hamm



Interface Extended ist ein systemisches Beratungs- und Präventionsangebot für exzessiv medienkonsumierende Jugendliche und deren Angehörige.

Das dreijährige Projekt wird im Rahmen des Aktionsplanes gegen Sucht Nordrhein-Westfalen gefördert. Im ersten Jahr wird Interface Extended in der Jugend(Sucht)Beratung in Hamm implementiert, bevor anschließend die Ergebnisse auf weitere Standorte in NRW übertragen werden. Das Projekt bietet neben der Beratung von Jugendlichen und deren Eltern auch die Möglichkeit der Kontaktaufnahme über verschiedene digitale Wege. Chat, App und relevante soziale Netzwerke ermöglichen die Kontaktaufnahme. Ein zusätzlicher Schwerpunkt ist die Sensibilisierung, Vernetzung

und Fortbildung von Multiplikatoren. Das Projekt wird von der SRH Hochschule Hamm evaluiert.
www.interface-hamm.de

Ich auf Facebook



Ich im echten Leben



Interface Extended ist ein Projekt der JugendSuchtberatung Hamm zur Prävention exzessiver Medienutzung von Kindern und Jugendlichen.
 gefördert vom
 Ministerium für Gesundheit,
 Ernährung, Pflege und Alter
 des Landes Nordrhein Westfalen

LOG OUT – unabhängig im Netz



Mit Förderung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wurde über drei Jahre (2014–2016) ein Schwerpunkt zur Medien-suchtprävention in vier Fachstellen für Sucht und Suchtprävention implementiert. Die Aufgabe der Fachkräfte war es, ein regionales Präventionsangebot für Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren zu etablieren, ebenso wie ein Beratungsangebot für Betroffene und deren Angehörige. Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit rundeten das Aufgabenprofil ab.

„LOG OUT – unabhängig im Netz“ wurde von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen koordiniert und von der Universität Hildesheim evaluiert.
<http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/log-out-unabhaengig-im-netz>

Kampagne „Medien – Familie – Verantwortung“

Viele Eltern sind sich ihrer Vorbildfunktion in Sachen Handykonsum nicht bewusst. Mit der Kampagne soll das Bewusstsein über Gefahren einer übermäßigen Smartphone- und Mediennutzung für die Bindung zwischen Bezugspersonen und Kindern geweckt werden. Die Kampagne startete im Frühjahr 2016 in Rostock und wurde dann auf ganz Mecklenburg-Vorpommern ausgedehnt. Flächendeckend wurden Eltern an Litfaßsäulen und Werbewänden mit Plakativmotiven aufgefordert, darüber nachzudenken, wie oft sie mit dem Smartphone beschäftigt sind und dabei ihre Kinder ignorieren. Kindertagesstätten, Kinderärzte und andere bestellten die Plakate für ihre Einrichtungen. Mit dem Start der landesweiten Kampagne im Oktober 2016 wurden auch Fortbildungen für Erzieher und themenbezogene Elternabende angeboten.

2017 wird die Kampagne ausgeweitet. Dazu werden Erzieher und andere Interessenten befragt. Es geht darum, zu erfassen, wie die Plakate ankamen, welche Ideen es vor Ort gibt und was in der Praxis noch gebraucht wird. Nachdem bislang hauptsächlich Kindertagesstätten im Fokus standen, sollen 2017 auch Materialien für Jobcenter, Logopäden, Psychologen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Frauenärzte und Hebammen erstellt werden.

Die Kampagne wird durch die Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen Mecklenburg-Vorpommern koordiniert. Die ersten Module wurden mit Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen und des Landesministeriums für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern finanziert.

www.medienwissen-mv.de

Lebenslust statt Onlineflucht

Das am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelte Gruppenprogramm „Lebenslust statt Onlineflucht“ wurde in

einer Pilotstudie an der Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf evaluiert. Verwendet wurden die Compulsive Internet Use Scale (CIUS) zur Erfassung von pathologischem Internetgebrauch und das Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J) zur Erfassung der Psychopathologie. Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms. Die Jugendlichen berichteten zu Behandlungsende signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Schwere ihres problematischen Internetgebrauchs sowie der durchschnittlichen Nutzungszeiten des Internets. Es ergaben sich keine signifikanten Veränderungen in der psychopathologischen Belastung, in der sich die Jugendlichen allerdings bereits zu Behandlungsbeginn kaum von den Mittelwerten der deutschen SPS-J-Normstichprobe unterschieden.

Internetportal **computersuchthilfe.info**

Die Onlineplattform ist im Rahmen des vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) durchgeführten Projekts „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland und zielgruppenspezifisches Informationsmaterial für betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene“ entstanden. In dem Internetportal werden unter anderem eine Suchmaschine zu bundesweiten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie PDF-Versionen von drei Broschüren zum Thema Computer- und Internetsucht mit den Zielgruppen Jugendliche, Erwachsene sowie Angehörige und Lehrer angeboten. Im Rahmen eines gemeinsamen Projekts mit der DAK wurde die Plattform 2015 aktualisiert.

www.computersuchthilfe.info

Pathologisches Glücksspiel

Sportexperte = Wettexperte? Erklärvideo zum Thema Sportwetten

Die Teilnahme an Sportwetten ist bei 18- bis 20-jährigen Männern deutlich angestiegen. Der Problemspieleranteil ist unter den Sportwettlern relativ hoch. Anlässlich dieser besorgniserregenden Zahlen wurde von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen

(NLS) das Erklärvideo „Sportexperte = Wettexperte?“ entwickelt. Es richtet sich vor allem an sport- und fußballbegeisterte junge Männer. Das Erklärvideo vermittelt in 90 Sekunden die Anreize und zugleich Risiken von Sportwetten. In einfacher Sprache fördert es mit animierten Bildern die Sensibilität und Aufmerksamkeit für das Thema Sportwetten und zeigt die oft vorhandene Kompetenzüberschätzung der Wetter sowie die damit verbundenen Risiken auf. Zusätzlich gibt es Hinweise auf Informationsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote. Das Video ist auch auf Türkisch und Arabisch und als Version mit Untertiteln abrufbar.

<http://www.wette-glueck.de>

Präventionsprojekt Glücksspiel

Das Präventionsprojekt Glücksspiel in Trägerschaft der pad gGmbH ist im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung für die berlinweite Prävention von Glücksspielsucht zuständig. Über Facebook, Twitter und YouTube kommt das Präventionsprojekt besonders zeitnah und individuell mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen ins Gespräch. Seit 2016 können sich Ratsuchende neben den offenen Sprechzeiten auch per WhatsApp an das Projekt wenden.



Wichtiger Ausgangspunkt für die Prävention von Glücksspielsucht in der Berliner Bevölkerung ist neben der Aufklärung und Lebenskompetenzförderung auch die Durchführung öffentlichkeitswirksamer Kampagnen. Um möglichst viele Menschen zu erreichen, werden potenzielle Zielgruppen durch virale Filmspots

dazu animiert, die Präventionsbotschaft zu teilen und selbst weiterzuverbreiten. So konnte für die Kampagnenfilme „Glückssträhne“ und „Vorsicht vor Jack Pott“ eine hohe Reichweite mit über 25.900 Klicks erreicht werden.

Menschen mit Migrationserfahrung haben ein besonders hohes Risiko, eine Glücksspielsucht zu entwickeln. Zur besseren Erreichbarkeit bietet das Präventionsprojekt daher mehrsprachige Präventionsmaterialien an. Weiterhin werden im Rahmen eines Runden Tisches in Kooperation mit Migrant*innenorganisationen, Kliniken, Sportvereinen, Glücksspielanbietern und Suchthilfeeinrichtungen migrationssensible Präventionsstrategien erarbeitet.

<http://www.fauler-spiel.de/>

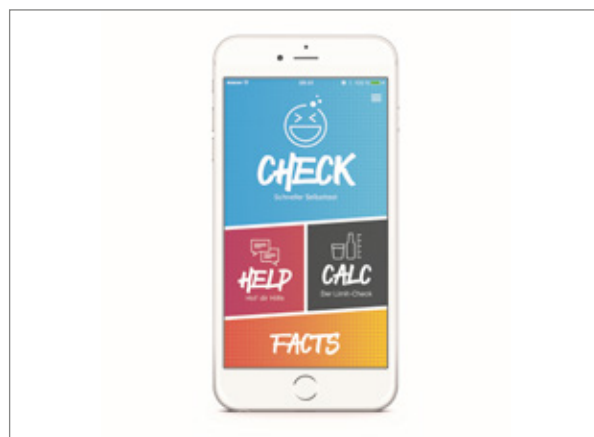
Informations-Flyer über Glücksspielsucht und Hilfeangebote in neun Sprachen

Ein Projekt der ganz besonderen Art hat die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) mit einem neuen Informations-Flyer umgesetzt. In neun Sprachen (Deutsch, Türkisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch, Polnisch, Arabisch und Kroatisch) bietet die Landesstelle allen Betroffenen und Interessierten auf einen Blick die relevanten Informationen zum Thema Glücksspielsucht sowie einen kompakten Test, der mit lediglich zwei Fragen entscheidende Hinweise zum eigenen Spielverhalten liefern kann. Auch der Weg in das von der LSG installierte und bayernweit verfügbare Hilfesystem ist im Flyer beschrieben. Flankierend zum Multisprachen-Flyer bietet die Website „Verspiel nicht dein Leben“ weitere Informationen rund um das Thema Glücksspielsucht in ebenfalls neun Sprachen.

<http://www.verspiel-nicht-dein-leben.de>

2.2 Suchtstoff- bzw. suchtförmübergreifende Projekte

Die blu:app von blu:prevent – kostenfreie Suchtpräventions-App für Jugendliche



Seit November 2016 steht die neue App von blu:prevent (Suchtpräventionsarbeit des Blauen Kreuzes in Deutschland) zum kostenlosen Download (für iOS und Android, Smartphones und Tablets) zur Verfügung. Mit der App soll das Thema Sucht adäquat und modern in die Lebens- und Kommunikationswelt der Jugendlichen transportiert werden. Auf drei Dinge, die für Heranwachsende besonders wichtig sind, wurde maßgeblich geachtet: Selbstwirksamkeit, Unterhaltungswert und Anonymität. Daher reicht die Bandbreite von sehr niedrigschwelligen und einfach verständlichen Informationen/Inhalten bis hin zu konkreten Chat- und Beratungsangeboten. Für die Jugendlichen soll die App wie ein Coach sein, den man in der Tasche hat und bei Bedarf verwenden kann. Die von der DAK geförderte blu:app wird regelmäßig aktualisiert und mit neuen Inhalten gefüllt, damit die Attraktivität und Aktualität gewährleistet ist.

Hier eine Kurzvorstellung der Funktionen (Features):

- CHECK
Nachdem der Benutzer sein Alter und Geschlecht eingegeben hat, wird er im Bereich „CHECK“ durch 15 interessante Fragen rund um seine persönliche Situation, sein Befinden, Umfeld und Konsumverhalten geführt. Am Ende erstellt die App ein individuelles Profil, damit der User eine realistische Einschät-

zung bekommt. Mit dabei: eine Coach-Empfehlung, was als nächster Schritt infrage kommt.

- **CALC**

Um eine gesunde Einschätzung zu bekommen, wie viel reinen Alkohol man beim Konsum von alkoholischen Getränken aufnimmt, dient die Funktion „CALC“ (Abkürzung für Kalkulation). Auch hier spielen Alter und Geschlecht eine wesentliche Rolle. Der Ansatz ist hier, den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol sowie Grenzen kennenzulernen und zu verstehen, wie der eigene Körper mit Alkohol umgeht. Nach einigen Angaben gibt es auch hier ein abschließendes Profil, welches dem User den eigenen Konsum widerspiegelt.

- **FACTS**

Bei „FACTS“ handelt es sich um eine Datenbank mit vielen Informationen rund um das Thema Sucht. Ähnlich wie auf einer Homepage kann der User unterschiedliche Fragen zu Alkohol, Cannabis, Rauchen, Zocken, Porno und Smartphone beantwortet bekommen. Zudem werden vorab zehn „Facts des Monats“ angezeigt, die auf unterhaltsame Art und Weise neue Entdeckungen versprechen. Diese erscheinen monatlich auf dem Display des Smartphones.

- **HELP**

Bei „HELP“ kann der Nutzer zwischen drei Möglichkeiten wählen:

1. **CHAT:** Ab Sommer 2017 werden zu bestimmten Zeiten Beratungen per Chat angeboten – zunächst anonym, später auf Wunsch auch mit Kontaktdaten-austausch.
2. **KONTAKT:** Über eine Ortungsfunktion oder die Eingabe der PLZ können Nutzer Hilfeangebote des Blauen Kreuzes oder externer Partner/Anbieter wie der Diakonie etc. finden. Dies betrifft: Jugendangebote, Selbsthilfeangebote für Jugendliche, Beratungsstellen, Kliniken, Beratungsangebote für Medienabhängigkeit usw. Auf einer Deutschlandkarte werden alle Kontaktstellen mit bunten Punkten angezeigt.
3. **NOTRUF:** Für ganz akute Situationen gibt es die Funktion des NOTRUFs. Hier sind unterschiedliche Hotlines und Beratungsangebote aufgelistet.

www.bluprevent.de

#VOLLFREI



Über den Hashtag bzw. das Schlagwort #VOLLFREI können junge Menschen interessante und unterhaltsame Infos zu Sucht und Lebensfragen auf der neuen Homepage oder den Social-Media-Kanälen (YouTube, Instagram, Facebook) von blu:prevent (Suchtpräventionsarbeit des Blauen Kreuzes) finden. VOLLFREI steht dafür, das Leben in VOLLen Zügen zu genießen und FREI zu bleiben/sein/werden. Oder auch für die Gegensätze VOLL (sein) und FREI (sein).

www.vollfrei.de

Hinschauen – Hinhören – Handeln



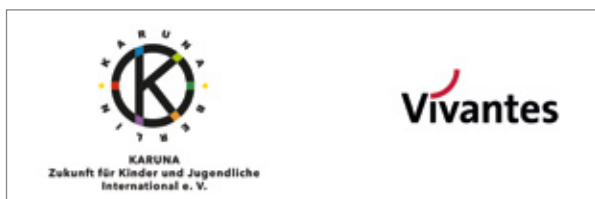
„Hinschauen – Hinhören – Handeln“ ist ein Projekt der Fachstelle für Suchtprävention Berlin zur kultursensiblen Suchtprävention für Geflüchtete und beinhaltet die Bausteine:

- Beratungen, Coachings und Schulungen für Mitarbeiter der Berliner Flüchtlingsunterkünfte,
- die Entwicklung mehrsprachiger Materialien, insbesondere die Broschüre „Mut machende Infos für Ihre Gesundheit. Kleiner Wegweiser für Geflüchtete in Berlin“,
- Informationsveranstaltungen für Geflüchtete.

Ziel der Maßnahmen ist es, suchtpreventive Strukturen in den Unterkünften zu etablieren, die Handlungssicherheit zu erhöhen sowie eine aktive Vermittlung in das Hilfesystem zu erleichtern. Somit wird eine Kultur des Hinschauens gefördert – alle Maßnahmen stehen unter dem Motto „Hinschauen und Handeln hilft!“.

www.berlin-suchtpraevention.de

DRUGSTOP – Integrative Hilfe im Kindes- und Jugendalter bei Drogen und Suchtverhalten, Leben auf der Straße und psychischer Erkrankung



DRUGSTOP ist ein Programm der KARUNA Drogen- und Suchthilfe und des Vivantes Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin für drogenkonsumierende Jugendliche zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr. Von der Straße in die Hilfeinrichtung, dann hinüber in die Entgiftung und zur Diagnostik beim Kooperationspartner, dem städtischen Vivantes Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und anschließend zur spezialisierten Jugend- und Drogenhilfe, ohne Abbruch. Damit das gelingt, begleiten Fallmanager den gesamten Weg. Innerhalb des Prozesses arbeiten die Subsysteme verschränkt miteinander und auf Augenhöhe. Der Psychologe der Klinik besucht regelmäßig die Hilfeinrichtung, nimmt Kontakt auf, hilft bei der Motivation, die Klinik aufzusuchen. Die Fallmanager der Hilfeinrichtung DRUGSTOP wiederum arbeiten mehrere Tage in der Woche in der Klinik. Diese personelle Verschränkung hilft den Jugendlichen, Vertrauen zu fassen.

Die Jugendlichen selbst stellen sich eine eigene Hierarchie der Therapieziele im eigenen Tempo auf, von der Sicherung des Überlebens über die Sicherung möglichst gesunden Überlebens, also unter anderem die Reduzierung des Konsums und den Aufbau suchtmittelfreier Phasen, hin zur Lebensgestaltung mit Zufriedenheit in einer Wahl- oder Bonusfamilie – und dies auch abstinente. Jährlich werden so 300 bis 400 Jugendliche erreicht, denen durch eine enge Verzahnung der Hilfesysteme eine langfristige Beziehungskontinuität ermöglicht wird, die nach Ende der professionellen Hilfe durch den Übergang in eine Sozialgenossenschaft mit Familiensinn fortbesteht.

www.karuna-berlin.de

www.karuna-sozialgenossenschaft.de

Suchthilfe-Altenhilfe-System im Lahn-Dill-Kreis



In den Jahren 2014 bis 2015 baute die Suchthilfe Wetzlar e. V. in Kooperation mit der Klinik Eschenburg das Netzwerk Suchthilfe-Altenhilfe im Lahn-Dill-Kreis (LDK) auf. 2016 bis 2017 führt die Suchthilfe Wetzlar e. V. den Netzwerkausbau hin zu einem Suchthilfe-Altenhilfe-System im LDK fort. Beide Projekte sind maßgeblich durch Mittel des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration gefördert. Ziele und Ergebnisse der Projektarbeit sind die Verbesserung und/oder der Erhalt des Gesundheitszustands, die Risikominderung des Alkohol- und Medikamentenkonsums und der Ausbau eines regelhaften Behandlungsangebots für alkohol- und medikamentenabhängige ältere Menschen. Der Netzwerkaufbau wurde erfolgreich realisiert. Fortbildung, Beratung und Coaching für Fachkräfte der ambulanten und stationären Altenhilfe und Suchthilfe wurden etabliert. Informations-, Beratungs- und Vermittlungsangebote von Hilfen und Behandlungsangeboten für Betroffene und Angehörige, auch in aufsuchender Form, wurden aufgebaut.



Suchtprobleme sind lösbar - in jedem Alter!

Maßgeblich aus Sponsorenmitteln wurde eine Datenbank aller Suchthilfe- und Altenhilfeeinrichtungen im Landkreis erstellt, die über die Website abrufbar ist.

<http://www.suchthilfe-altenhilfe-ldk.de>

Hamburger Basiscurriculum Jugend und Sucht



Fachkräfte aus pädagogischen Arbeitsfeldern wie Schule oder Freizeiteinrichtungen, ambulanter oder stationärer Jugendhilfe müssen sich, um professionell arbeiten zu können, mit Fragen zum Thema Jugend und Sucht auseinandersetzen. Dabei reicht es nicht, sich nur Wissen zur Wirkung eines einzelnen Suchtmittels anzueignen, vielmehr benötigen Fachkräfte in der Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen eine breit gefächerte Palette von Informationen, Fachwissen und Unterstützung. Mit dem Basiscurriculum werden umfassende Grundlagen und Handlungssicherheit im Themenfeld Jugend und Sucht vermittelt. Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), dem SuchtPräventionsZentrum (SPZ), Kompass und Trockendock e. V., Kaja-Frauenperspektiven e. V. und SUCHT.Hamburg. Gefördert wird das Projekt mit Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Stadt Hamburg.

www.basiscurriculum-hamburg.de

lina-net – Schwangerschaft Kind Sucht

lina-net ist ein Fachkräftenetzwerk, das 2008 auf der Basis der Rahmenvereinbarung „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ durch die Hamburger Gesundheitsbehörde initiiert wurde.

Die von Vertretern aller betroffenen Arbeitsfelder erarbeitete Rahmenvereinbarung überträgt die weitere Koordination und Begleitung des Netzwerks an die Zentrale Fachstelle für Suchtprävention und Suchtfragen in Hamburg (Sucht.Hamburg).

Das Netzwerk bietet Ressourcen und Unterstützung für Fachkräfte aus den Hilfesystemen rund um Schwan-

gerschaft, Geburt, junge Familie und Sucht und verfolgt die Ziele:

- Zusammenarbeit der beteiligten Arbeitsfelder
- eine Kultur des Hinschauens zu fördern
- frühzeitigere und effizientere Hilfestellungen
- den Wissensstand zu fördern
- eine Vernetzung des Hilfesystems und die Weiterentwicklung der Qualität zu erreichen

www.lina-net.de

„Stark bleiben – Für ein Leben ohne Sucht.“ (Nordrhein-Westfalen)



„Stark bleiben“ ist ein Modul der Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums. Es zielt darauf ab, ältere Menschen ab 55 Jahren als neue Zielgruppe suchtpreventiver Arbeit über die Risiken im Umgang mit Alkohol und Medikamenten (mit Abhängigkeitspotenzial) zu informieren und zu sensibilisieren. Für viele Menschen ist etwa der Ausstieg aus dem Arbeitsleben ein massiver Verlust. Fehlende Tagesstrukturen und Einsamkeit lassen sie zu Beruhigungs- und Schlafmitteln oder Alkohol greifen. „Stark bleiben“ will ein Bewusstsein dafür schaffen, wie gesundes und bewusstes Altern gelingen kann und in welchen Situationen Schutzfaktoren erforderlich sind.

Zur Kampagne gehören ein mobiler Infostand für Seniorenmessen, Gesundheitstage und Ähnliches, die Broschüre „STARK BLEIBEN – für ein Leben ohne Sucht“ mit Fakten, Hintergründen und Tipps sowie die Website mit vertiefenden Informationen zum gesunden Altern, Selbsttests, einem Wissens-Quiz und mehr.

www.stark-bleiben.nrw.de

BENGALO – Optimierung eines Behandlungs- und Erziehungsangebots für Gefangene mit Gewalt- und Suchtproblemen in einer sozialtherapeutischen Haftstation des Jugendstrafvollzugs

Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Jugendhaftstrafe im geschlossenen Vollzug ableisten, weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit verschiedene Merkmale und Risiken auf, die mit einer ungünstigen Prognose für den weiteren Lebenslauf einhergehen. Bisherige Ansätze, die den erzieherischen Auftrag im Jugendstrafvollzug aufgreifen und Anleitungen für eine gelungene Anpassung nach Haftentlassung geben, greifen nicht alle Hauptrisiken auf, um sie in einem integrativen Ansatz abzuschwächen. Das vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) durchgeführte und durch die Justizbehörde Hamburgs finanzierte Projekt BENGALO versucht hier Abhilfe zu schaffen. In Zusammenarbeit mit der Jugendstrafanstalt Hahnöfersand wird eine sozialtherapeutische Station konzipiert und evaluiert, in der problematischer Substanzkonsum, dissoziales Verhalten und Emotionsregulationsdefizite gleichermaßen integrativ behandelt werden. Das Projekt wird die JVA Hahnöfersand kompetenzbezogen in die Lage versetzen, die Station im Falle eines Erfolges alleine weiterzubetreiben. Die hier entwickelten Interventionselemente werden so konzipiert, dass ein Übertrag der Elemente in alle Bereiche des Jugendstrafvollzugs und der Untersuchungshaft mit der Zielgruppe möglich ist.

DURCHBLICK 2.0 – der Mitmachparcours zu Tabak, Alkohol und illegalen Drogen

Um Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, sich mit ihrem Konsumverhalten auseinanderzusetzen, wurde für die Klassenstufe 8 der Stadt Eisenach und des Wartburgkreises der Mitmachparcours DURCHBLICK 2.0 entwickelt.

Der Mitmachparcours ist in Anlehnung an den „KlarSicht“ – MitmachParcours zu Tabak und Alkohol der BZgA entstanden. Die Projektidee zu „DURCHBLICK“ wurde übernommen aus dem Landkreis Hildburghausen und in Kooperation mit dem Jugendamt des Wartburgkreises und der Suchtberatungsstelle der Diako Thüringen gem. GmbH entwickelt. An

verschiedenen Stationen haben die Schüler die Möglichkeit, sich in Kleingruppen unter anderem mit den Schwerpunktthemen Rausch, Alkohol, Tabak, illegale Substanzen und Werbung zu beschäftigen und einen kritischen Blick auf den eigenen Konsum bzw. das eigene Verhalten zu werfen.

argument – das Spiel

Die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz entwickelte das Spiel argument. argument macht Spaß und eignet sich als pädagogisches Material im Rahmen suchtpreventiver Veranstaltungen. Das Spiel ermöglicht eine thematische Auseinandersetzung mit legalen und illegalen Suchtmitteln sowie Verhaltenssüchten. Es geht darum, ein Ereignis aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und sich in einer Gesprächsrunde kritisch damit auseinanderzusetzen. argument bietet Spielern hierfür eine Vielzahl verschiedener Rollen-, Eigenschafts- sowie Ereigniskarten, welche eine Entscheidungsfrage beinhalten. Die Jugendlichen schlüpfen beispielsweise in die Rollen von Müttern, Vätern, Schulleitern, Mitschülern und Lehrern. argument öffnet den Blick für andere Perspektiven und trägt dazu bei, Klischees zu hinterfragen und abzubauen. Ein offener Meinungs-austausch wird angeregt. Das Spiel ist geeignet für 5 bis 15 Spieler.



Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung für die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase

Die Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche

Krankenversicherung haben zur Flexibilisierung der Angebote in der Suchtrehabilitation gemeinsam einheitliche Rahmenbedingungen für die ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung beschlossen. Der Wechsel in die ganztägig ambulante Rehabilitation ermöglicht es, auch nach Beginn einer stationären Rehabilitation flexibel auf den individuellen Rehabilitationsbedarf zu reagieren. Er geht mit einer Verkürzung der vorherigen stationären Phase einher. Die ganztägig ambulante Phase beginnt spätestens vier Wochen vor dem geplanten Entlassungstermin und erfolgt nahtlos im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsphase.

Dieses neue flexibilisierte Rehabilitationsangebot ergänzt die bereits bewährten Verfahren „Ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen Phase“ und „Ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung ohne Verkürzung der vorherigen Phase“. Die Rahmenbedingungen sind zum 1. Oktober 2016 in Kraft getreten.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/ganztaegig_ambulante_fortfuehrung_der_entwoehnungsbehandlung.html

Komorbide Suchtprobleme in der medizinischen Rehabilitation – Praxisempfehlungen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund verbindet mit der Förderung dieses Projekts den Wunsch, die im Zusammenhang mit Suchterkrankungen in somatischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen bestehenden Unsicherheiten und Schwierigkeiten zu thematisieren. Es werden einfache Maßnahmen aufgezeigt, die den Mitarbeitern in den Einrichtungen als evidenzbasierte Entscheidungshilfe bei Screening, Diagnostik, Intervention und Dokumentation dienen. Sie sollen die Rehabilitationseinrichtungen dabei unterstützen, bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen eine klare Vorgehensweise, einen effizienten Personaleinsatz, eine gute Wirksamkeit und eine hohe Zufriedenheit bei Rehabilitanden sowie Mitarbeitern zu erreichen.

Entwickelt wurden die „Praxisempfehlungen zum

Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation“ am Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) des Universitätsklinikums Freiburg. Die Praxisempfehlungen beziehen sich auf stoffgebundene Suchtprobleme (Alkohol, Medikamente und illegale Drogen) mit Ausnahme von Tabak.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/komorbide_suchtprobleme.html

„Nord Sub+“ – Substitutionsgestützte Rehabilitation ohne Abdosierungsvorgabe

Seit dem Jahr 2016 führt die Deutsche Rentenversicherung Nord in Zusammenarbeit mit einer Fachklinik für Rehabilitation das Modellprojekt „Nord Sub+“ durch. Zielgruppe sind in erster Linie arbeitsmarktnahe Versicherte, die sich gegenwärtig einen Verzicht auf das Substitut nicht vorstellen können. Ferner sind Personen angesprochen, für die die Einstellung der Substitution aus medizinischen Gründen kontraindiziert erscheint.

Die Rehabilitanden sollen jedoch langfristig einen ganzheitlichen Abstinenzwunsch besitzen. Im Rahmen des Modellprojekts soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, den Abstinenzwunsch zu stärken bzw. auszubauen. In diesem Sinne kann es auch im Rahmen der Adaption bzw. ambulanten Fortführung der Entwöhnungsbehandlung bei der Substitution bleiben. Unter arbeitsmarktnahen Versicherten werden von der Deutschen Rentenversicherung Nord Rehabilitanden verstanden, die hinsichtlich ihrer persönlichen, sozialen und beruflichen Voraussetzungen eine positive Eingliederungsprognose für den allgemeinen Arbeitsmarkt besitzen und demnach zu aktiver Mitwirkung bei berufsbezogenen Prozessen bereit sind. Das Projekt ist zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren ausgelegt.

„deaf Sucht hilfe“ – Suchtberatung für Hörgeschädigte

Die Deutsche Rentenversicherung Nord und die Aktion Mensch fördern seit 2015 das Suchtberatungsangebot für hörgeschädigte Menschen. Nach einer Initialphase im Jahr 2015 wurde das Angebot im Jahre 2016 zu einem eigenständigen Projekt ausgebaut.

Das Projekt „deaf Sucht hilfe“ ist das einzige Suchtberatungsangebot für Hörgeschädigte im gesamten nord-deutschen Raum. Angesprochen sind schwerhörige, gehörlose und ertaubte Menschen mit ihren unterschiedlichen (Kommunikations-)Bedürfnissen. Die Besonderheit des Angebots besteht zum einen in der direkten Kommunikation in der gewünschten Sprache ohne den Einsatz von Gebärdendolmetschern oder Kommunikationsassistenten, zum anderen in der fachlichen Spezialisierung auf diese Gruppe. Dies umfasst Hintergrundwissen über Hörschädigung und deren Auswirkung, das Wissen um die psychosoziale Situation, Kultur und Sozialisation hörgeschädigter Menschen. Die Angebote für diese Zielgruppe sind in allen Lebensbereichen sehr gering. Das leitende Motiv ist daher eine bessere Versorgung der Betroffenen, welche aufgrund ihrer Hörschädigung bislang keine angemessene Beratung und Begleitung bei Suchtproblemen in Anspruch nehmen konnten.

Erfassen von Schwierigkeiten und Möglichkeiten für behandlungsbedürftige Konsumenten von Suchtmitteln mit mindestens einem minderjährigen Kind bei der Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Das durch die Deutsche Rentenversicherung Nord geförderte und vom Förderverein für Suchtkrankenhilfe e. V. (Greifswald) durchgeführte Projekt hat zum Ziel, personengruppenspezifische Hemmnisse für betroffene Eltern in Bezug auf Beratungs- und Behandlungsprozesse aufzuzeigen sowie vorhandene Angebote für suchtkranke Eltern(teile) zusammenzutragen. Aufgrund dieser Ergebnisse sollen Schwierigkeiten reduziert und Möglichkeiten ausgebaut werden. Genutzt wurden zur Projektumsetzung eine intensive Literaturrecherche, ein gezielter Erfahrungsaustausch mit Helfersystemen und eine auf diesen Erkenntnissen aufbauende Befragung.

Während der Projektarbeit zeigten erste Auswertungsergebnisse, dass bei enger Verzahnung der Helfersysteme von Betroffenen frühzeitiger weitere Hilfe in Anspruch genommen wird. Bei einer tragfähigen (therapeutischen) Beziehung sind betroffene Eltern eher bereit, bei direkter Vermittlung innerhalb eines

funktionierenden Netzwerkes weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich zeigt sich ein Bedarf an spezifischem Informationsmaterial. Weitere Ergebnisse stehen aus.

Su+Ber (Sucht und Beruf)

Das Projekt Su+Ber zeichnet sich durch eine Vernetzung von rechtlich eigenständigen Leistungen des Jobcenters, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und einer intensiven sozialpädagogischen Betreuung durch die Suchtberatung aus. Hierdurch soll alkoholabhängigen und substituierten Menschen eine Re-Integration auf den ersten Arbeitsmarkt ermöglicht werden, auch wenn eine vollständige Abstinenz zunächst nicht realisierbar erscheint bzw. nicht gewünscht wird. Entsteht durch die Teilnahme und die Arbeitsintegration ein Abstinenzwunsch, wird der Teilnehmer hierbei unterstützt. Su+Ber ist auch für erfolgreiche, noch instabile Absolventen einer abstinenzorientierten Suchtrehabilitation gedacht, wenn sie Integrationshilfen benötigen. Um eine Integration auf den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen, wird eine Fördermaßnahme des Jobcenters bei einem Beschäftigungsträger um eine ambulante Suchtrehabilitation ergänzt und die Teilnehmer von Mitarbeitern der Suchtberatungsstelle zudem sozialpädagogisch betreut. Im Anschluss an die Fördermaßnahme des Jobcenters soll im Idealfall eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgen, eine Weiterbetreuung und bei Bedarf eine Krisenintervention werden über die ambulante Suchtrehabilitation und die Suchtnachsorge sichergestellt.

„JobPLUS“

Das neue Versorgungsangebot ist ein Nachsorgeprojekt des Therapieverbundes Ludwigsmühle in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz.

Das Projekt „JobPLUS“ soll das Leistungsangebot im Übergang von der Entwöhnungsbehandlung in die Arbeit erweitern. Für dieses Leistungsangebot haben die bisherigen Instrumente nicht ausgereicht. Es bietet die Möglichkeit, die berufliche Integration ehemaliger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in reguläre Arbeitsstellen systematisch zu begleiten und zu unter-

stützen. Mit Blick auf die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA-Empfehlungen) ist festzuhalten, dass den Nachsorgeangeboten eine zentrale Rolle zukommt.

Abweichend vom regulären Nachsorgeangebot werden im neuen Nachsorgeprojekt „JobPLUS“ im Rahmen einer individuellen Fallbetreuung ehemalige Rehabilitanden und (falls vorhanden) deren Arbeitgeber bei der beruflichen Integration begleitet.

„JobPLUS“ wird evaluiert. Auf Basis der Evaluationsergebnisse sollen Erfolgsfaktoren und nützliche Bausteine für die Gestaltung der Übergangsphase nach der stationären Rehabilitation erarbeitet werden.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.html

Netzwerke für Aktivierung, Beratung und Chancen

Für Menschen, die schon längere Zeit arbeitslos sind, hat sich ein umfassendes, maßgeschneidertes Betreuungsangebot als zielführend erwiesen, damit sich für sie neue Perspektiven am Arbeitsmarkt eröffnen. Daher hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Initiative „Netzwerke für Aktivierung, Beratung und Chancen“ gestartet. Diese zielt auf eine intensiviertere und bedarfsgerechte Betreuung langzeitarbeitsloser Personen in den Jobcentern. Dabei sind die Jobcenter aufgefordert, mit allen örtlichen Akteuren, die für eine erfolgreiche Vermittlung in Arbeit relevant sind, in einem Netzwerk zu kooperieren. Vor allem den kommunalen Partnern kommt dabei eine wichtige Rolle zu – beispielsweise bei der Suchtberatung. Aber auch Krankenkassen und Rehabilitationsträger sind wichtige Akteure, damit gemeinsam gute Ideen entstehen oder erfolgreiche Ansätze weiterentwickelt werden. Da die Voraussetzungen und Herausforderungen vor Ort sehr unterschiedlich sind, haben die Jobcenter beim Aufbau ihrer Netzwerke Gestaltungsfreiheit. Sie entscheiden vor Ort über die konkrete organisatorische, personelle, methodische und instrumentelle Ausgestaltung.

Kampagne „Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ der Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat 2010 die Kampagne „Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ initiiert, welche sich auf drei Säulen stützt: strategische Kooperationen, Prozesse und Produkte sowie Wissensmanagement. Die Arbeitsagenturen und gemeinsamen Einrichtungen möchten damit für ihre Leistungsberechtigten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten.

Die BA hält mit ihren Fachdiensten (Berufspsychologischer Service, Ärztlicher Dienst und Technischer Beratungsdienst) kompetente Ansprechpartner und Dienstleistungen für die berufliche (Wieder-)Eingliederung von Arbeitslosen bereit. Die gemeinsamen Einrichtungen machen von den Möglichkeiten Gebrauch, Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik mit gesundheitsorientierenden Elementen zu ergänzen. Darüber hinaus stärkt die BA die Kompetenzen ihrer Fachkräfte durch Qualifizierungsmaßnahmen in ressourcen- und lösungsorientierter Beratung sowie in Handlungsfeldern, die eine spezifische Fachlichkeit erfordern (zum Beispiel die Integrationsarbeit mit suchtkranken oder chronisch kranken Leistungsbeziehenden).

Modellprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung

Im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojekts der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden von Mitte 2014 bis Mitte 2015 in sechs Jobcentern verschiedene Wege erprobt, um die Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu steigern sowie die trägerübergreifende Zusammenarbeit in örtlichen Steuerungsgruppen zu gewährleisten. Die Basis dafür bildete die gemeinsame „Empfehlung zur Zusammenarbeit zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ aus dem Jahr 2012.

Durch eine bessere Verzahnung gesundheitsfördernder Angebote der Krankenkassen (unter anderem Suchtprävention) mit dem Dienstleistungsangebot der Agenturen für Arbeit und Jobcenter soll die gesundheitliche Leistungsfähigkeit sozial Benachteiligter

verbessert werden. Vor dem Hintergrund des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes konnten 2016 weitere 46 Jobcenter und acht Agenturen für Arbeit für die Teilnahme an dem erweiterten Modellprojekt gewonnen werden. Insgesamt haben über das Interessenbekundungsverfahren der BA und der kommunalen Spitzenverbände über 100 Jobcenter und Agenturen für Arbeit ihre Bereitschaft zur Teilnahme signalisiert. Über 50 Standorte konnten noch 2016 berücksichtigt werden, eine weitere Aufstockung des Projekts ist für das zweite Halbjahr 2017 geplant. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_evaluation/160802_Gesamtbericht_Modellprojekt_BGF_barrierefrei.pdf

Integrationsarbeit mit chronisch erkrankten Menschen am Beispiel HIV

Basierend auf einer gemeinsamen Erklärung der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. und der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahr 2012 wurde zusammen mit der Deutschen AIDS-Hilfe ein Qualifizierungsangebot „Leben und Arbeiten mit HIV – ein Beispiel für den Umgang mit chronischen Erkrankungen und Tabuthemen“ erarbeitet, das den Vermittlungs- und Integrationsfachkräften der BA nachfrageorientiert zur Verfügung gestellt wurde. Ein wesentlicher Bestandteil des Schulungsmoduls ist der empfohlene Umgang mit substituierten Personen. 2017 wird dazu ein Thementag für Multiplikatoren aus Regionaldirektionen, Jobcentern in gemeinsamer Einrichtung und Arbeitsagenturen angeboten, um erneut für das Thema zu sensibilisieren.

Übergang aus medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in die Betreuung der Arbeitsagenturen und Jobcenter

Eine gut abgestimmte Zusammenarbeit und die Koordinierung der Beratungs- und Dienstleistungsangebote der verschiedenen Leistungsträger unterstützen Rehabilitanden dabei, einen dauerhaften Ausstieg aus ihrer Abhängigkeitserkrankung zu erreichen und dadurch Langzeitarbeitslosigkeit zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

Entsprechend der „Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ aus dem Jahr 2015 soll zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung Bund abgestimmt werden, wie der Übergang von arbeitslosen Abhängigkeitskranken aus medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in die Betreuung durch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter erfolgen kann.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.html

Fallmanagement

Im Rahmen der Qualifizierung von Fallmanagern der Bundesagentur für Arbeit zu „Zertifizierten Care- und Casemanager/innen“ nach den Richtlinien der „Deutschen Gesellschaft für Care- und Casemanagement“ (DGCC) wird neben einem Modul zum Thema „Gesundheitsorientierung im beschäftigungsorientierten Fallmanagement“ auch ein spezielles Modul zum Thema „Handlungsfeld Sucht“ angeboten. Inhalte dieses Moduls sind unter anderem die Grundlagen von Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Auswirkungen, das Erkennen von Sucht sowie der Umgang mit Suchtkranken in der Beratung unter Einbezug lokaler Netzwerkpartner.

Gesundheitsorientierung in Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen

Mit dem Modul „Gesundheitsorientierung“ steht den Jobcentern in gemeinsamen Einrichtungen ein flexibel einsetzbarer Baustein zur Ausgestaltung von Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen zur Verfügung. Bis zu 20 Prozent einer Maßnahme dürfen auf gesundheitsorientierende Aktivitäten entfallen. Träger von Arbeitsmarktdienstleistungen können entsprechende Angebote professionell entwickeln. Das Modul beinhaltet die Säulen Stressbewältigung, Bewegung, gesunde Ernährung, Umgang mit eigenem Konsumverhalten sowie Selbstmanagement.

Stichwortverzeichnis

- Agenda 2030 75, 76, 78
- Alkohol 35 ff., 123 ff.
- Alkoholabhängigkeit 42, 83 ff.
- Alkoholprävention 42, 123 ff.
- Alternative Entwicklung 77 ff.
- Amphetamine 44 f., 74 ff., 130
- Behandlung 4 f., 11, 17 f., 20, 42 ff., 75,
84, 95, 115, 121, 129 ff.
- Benzodiazepine 43, 128
- Betäubungsmittelgesetz 43, 45, 47, 56, 60
- Betäubungsmittelverschreibungsverordnung 4, 7, 58
- BLIKK-Studie 66
- Budget für Arbeit 23
- Bundesteilhabegesetz 12, 20 ff.
- Bundeswehr 144 f.
- Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung 5, 13, 18, 25, 52, 113, 118, 123 ff., 165
- Cannabis 19, 45, 47, 50 ff., 59 f., 74,
77, 79 f., 84, 131, 133, 153
- Cannabis als Medizin 4, 7, 53
- Computerspiel- und Internetabhängigkeit 5, 8 ff.,
61 ff., 136 ff., 149 ff.
- Crystal Meth 4, 8, 11 f., 45, 48, 50, 54,
86, 92 ff., 129 f., 135, 149
- Deutsche Gesellschaft für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) 75 f., 81, 136
- DAK-Studie „Game over“ 64 f.
- Darknet 51
- Deutsches Krebsforschungszentrum 13, 29 ff., 165
- Drogenaffinitätsstudie 8, 18, 28 f., 35,
38, 52, 54 f., 59 f., 62 f.
- Drogenanbau 81
- Drogenbedingte Todesfälle 48, 56
- Drogenhandel 51, 77, 79
- Drogenkonsumräume 18, 20, 47
- EBDD 73
- Entwicklungszusammenarbeit 80 f.
- Entzug 52, 55, 60, 62
- Epidemiologischer Suchtsurvey 18, 24, 26, 30,
35 ff., 44, 52, 54 f., 59
- Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) 49
- E-Shishas 7, 25, 29, 32, 121, 142
- Europa 7, 17, 27, 33, 50, 54, 60, 73 ff., 125, 131 f., 142
- E-Zigaretten 7, 25, 29 ff., 121, 142
- FAS/FASD 4, 8, 10 f., 40 f., 88, 124, 147
- Frühe Hilfen 113 ff., 139, 150
- Förderung schwer zu erreichender
junger Menschen 23
- GEDA-Studie 18, 25 ff., 36 ff., 83, 140
- Glücksspiel 67 ff., 84, 87, 137 f., 151 f.
- Grundstoffüberwachung 54
- Hepatitis 40, 47 f., 56, 135
- Heroin 8, 45, 49 f., 55 ff., 74, 77, 80, 86, 89
- HIV 47 f., 54, 56, 74, 78, 134 f., 160
- Inklusionsbetriebe 12, 23
- Internationale Entwicklungszusammenarbeit 80 f.
- Internationaler Suchtstoffkontrollrat der
Vereinten Nationen (INCB) 78 ff.
- Internationales 8, 73 ff.
- Internetabhängigkeit 5, 8 ff., 61 ff., 136 ff., 149 ff.
- Internet Gaming Disorder 62
- Jahrestagung der Drogenbeauftragten 5, 8 ff.
- Jugendschutz 5, 7, 9, 18, 32, 71, 111, 146
- Kinder aus suchtbelasteten Familien 5, 83 ff., 139
- Kokain 45 f., 48, 50, 54, 77, 79 f., 84, 87
- Kommunale Netzwerke 108 ff.
- Medien 8, 13, 66
- Medikamente 43 ff., 49, 84, 128, 133, 140, 154 f., 157
- Methamphetamin 4, 8, 11 f., 45, 48, 50, 54, 74,
79, 86, 89, 93 f., 129 f., 135, 149

Nationale Strategie	17 f.	Tabak	7, 13, 18 f., 24 ff., 84, 89, 114, 121 ff.
Neue psychoaktive Stoffe (NPS)	4, 7 f., 45, 48 f., 59 ff., 73 ff., 84, 128, 133, 135	Tabakerzeugnisgesetz	7, 30
Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG)	4, 7, 46, 60	Tabakrahmenübereinkommen der WHO	32 ff.
Opiate	48, 55 ff., 74	Tabaksmuggelprotokoll	7, 32
Passivrauchen	12, 24, 34, 89, 122 f.	Tabaksteuer	32
Pathologisches Glücksspiel	67 ff., 84, 87, 137 f., 151 f.	Tabakwerbeausgaben	34
Prävention	5, 9 ff., 17 ff., 22, 41 f., 47 f., 66 ff., 74 ff., 91, 93, 101 ff., 122 ff.	Teilhabe	12, 17, 20 ff., 41, 146
Präventionsgesetz	19 f., 160	Teilhabeberatung	22
Rauchen	12 f., 20, 24 ff., 84, 89, 121 ff.	Trends	24, 35, 44, 52, 54 f., 59, 62
Rauchfrei unterwegs	12 f.	UNGASS	8, 73, 75 ff.
Rehabilitation	20, 22, 42, 45, 108, 115 f., 144, 156 ff.	UNODC	50, 74 ff. 136
Rentenversicherung	17, 20 f., 42, 45, 115 f. 149, 156 ff.	Vereinte Nationen	8, 74 ff.
S3-Leitlinie	4, 11, 41, 121, 124, 129, 132	Volkswirtschaftliche Folgen	30, 41, 53, 69
Schadensminimierung	18, 20, 47, 77, 129	Zigaretten	7, 24 ff., 122
Schockbilder	7		
Schwangerschaft	30, 40 f., 84, 88 f., 94, 105 ff., 113, 124, 127, 130, 148, 150, 155		
Säulen der Drogen- und Suchtpolitik	17, 20, 77		
Selbsthilfe	17, 20, 93, 104, 118, 129, 132, 142, 144 f., 153		
SGB II	21, 23, 146		
SGB V	53, 140		
SGB VI	21		
SGB VIII	94		
SGB IX	22 f.		
Sicherstellung von illegalen Drogen	50		
Strafverfolgung	17, 20, 51, 77, 87		
Substitution	8, 44, 56 ff., 77, 81, 114, 134, 157		
Substitutionsmittel	58		
Substitutionsregister	56 f.		
Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen	73, 75, 77 f.		

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

01 Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei erwachsenen Männern und Frauen (18+)	25	16 Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel	58
02 Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2015	26	17 Verbreitung der Computerspiel- und Internet-Abhängigkeit unter männlichen und weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Jahren 2011 und 2015	62
03 Rauchstatus von Männern und Frauen in Deutschland (18+)	27	18 Verbreitung der Computerspiel- und Internet-abhängigkeit nach Bildungs- und sozialen Merkmalen bei 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2015	63
04 Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen	27	19 Auswirkungen des Spielverhaltens	64
05 Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Sozialstatus	27	20 Auswirkungen der Computerspiele	65
06 Verbreitung des Rauchens nach Bildungs- und sozialen Merkmalen bei 12- bis 25-jährigen im Jahr 2015	28	21 Trends Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel in den letzten 12 Monaten in den BZgA-Surveys 2007 bis 2015	67
07 Gründe von Rauchern für die Verwendung von E-Zigaretten im Jahr 2016	29	22 Trends problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten nach Geschlecht in den BZgA-Surveys 2009 bis 2015	68
08 Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2015	36	23 Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Situation von Lehrern und Erziehern im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung	117
09 Alkoholkonsum von Frauen und Männern stratifiziert nach Altersgruppen	37	24 Empfehlungen für verschiedene Akteure, abgeleitet von den Ergebnissen der DRUCK-Studie	134
10 Alkoholkonsum von Frauen und Männern stratifiziert nach Alters- und Sozialstatusgruppen	38	25 Übersicht Verbundstruktur GeSA	137
11 Merkmale des Alkoholkonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen insgesamt und nach Geschlecht im Jahr 2015	39	26 Medienstundenplan	156
12 Merkmale des Alkoholkonsums bei 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht im Jahr 2015	39		
13 Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen nach Art der Leistung	42		
14 Sicherstellung von illegalen Drogen 2016	50		
15 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2003 bis 2016	57		

Tabellen

01 Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben	34
02 Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung	46
03 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen	46
04 Kosten-Nutzen-Analyse von Glücksspiel	70

Danksagung

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden, Institutionen, Projektpartnern und allen anderen Mitwirkenden am Drogen- und Suchtbericht für ihre Beiträge.

Besonderer Dank gilt dem IFT Institut für Therapie-
forschung München, der Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung, dem Robert-Koch-Institut, dem
Deutschen Krebsforschungszentrum, Dr. Diana
Moesgen und Prof. Dr. Michael Klein vom Deutschen
Institut für Sucht- und Präventionsforschung der
Katholischen Hochschule NRW, Prof. Dr. Rainer
Thomasius vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters des UKE Hamburg, PD

Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung der Universität Hamburg und Dr. Ingo
Fiedler von der Universität Hamburg.

Genauso sehr gilt mein Dank meiner Mitarbeiterin
Christina Donath, die diesen Drogen- und Suchtbericht
federführend betreut hat, den Kolleginnen und Kolle-
gen in meinem Arbeitsstab und dem Bundesminis-
terium für Gesundheit.

Der Drogen- und Suchtbericht ist auch online
abrufbar. Viele Projekte in Kapitel 6 „Projekte, Studien,
Initiativen“ sind darin ausführlicher beschrieben.

www.drogenbeauftragte.de

Bildnachweise:

Titel: ©Nejron Photo/shutterstock.com, ©Arthimedes/shutterstock.com, ©Monika Gruszewicz/shutterstock.com,
©UN Photo/Andrea Brizzi, ©Sergey Nivens/shutterstock.com, ©Africa Studio/shutterstock.com

Autorenfotos: S. 3 ©destina – fotolia.com, S. 16 ©Arthimedes/shutterstock.com, S. 50 ©picture Partner – fotolia.com,
S. 50 ©max777/shutterstock.com, S. 50 ©Dani Sommonds – fotolia.com, S. 50 ©Erwin Wodicka – fotolia.com, S. 72
©UN Photo/Andrea Brizzi, S. 84 ©altanaka/shutterstock.com, S. 88 ©Phovoir/shutterstock.com, S. 93 ©Monkey Business
Images/shutterstock.com, S. 95 ©Robert Kneschke/shutterstock.com, S. 97 ©Rawpixel.com/shutterstock.com, S. 102
©Maksim Shmeljov/shutterstock.com, S. 104 ©wavebreakmedia/shutterstock.com, S. 106 ©Africa Studio/shutterstock.
com, S. 109 ©Rido/shutterstock.com, S. 113 ©Dmitri Ma/shutterstock.com, S. 161 ©Arthimedes/shutterstock.com

Hinweise/Impressum

Gender-Hinweis:

In dieser Publikation werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

Hinweis:

Diese Publikation (Print- und Onlineausgabe) wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich sind besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und 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 bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Redaktion:

Christina Donath

Stand:

Juli 2017

Gestaltung/Satz:

zweiband.media, Berlin
www.zweiband.de

Lektorat:

atelier hauer+dörfler

Druck:

Variograph Druck- und Vertriebs GmbH

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11024
Drogen- und Suchtbericht der
Bundesregierung 2017
Telefon: 030 18 272 2721

Gebärdentelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte:
gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefax: 030 1810 272 2721



www.drogenbeauftragte.de

Bestell-Nr.: BMG-D-11024