Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht

Oktober 2018

Drogen- und Suchtbericht

Oktober 2018

www.drogenbeauftragte.de

Inhaltsverzeichnis

1 | Vorwort 6

2 | Fakten, Trends, Politik 9

2.1 Nationale Strategie – Die vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik 9
- 2.1.1. Suchtprävention 10
- 2.1.2. Beratung und Behandlung 12
- 2.1.3. Schadensreduzierung 20
- 2.1.4. Angebotsreduzierung und Strafverfolgung 23

2.2 Suchtstoffe, Suchtformen, Regulierung 41
- 2.2.1. Tabak 41
- 2.2.2. Alkohol 56
- 2.2.3. Medikamente 72
- 2.2.4. Illegale Drogen 82
  - Cannabis 86
  - Opioide 93
  - Neue psychoaktive Stoffe 100
  - Crystal Meth 102
  - Kokain 103
- 2.2.5. Computerspiel- und Internetabhängigkeit 106
- 2.2.6. Pathologisches Glücksspiel 113

3 | Internationales 121

3.1. Europäische Drogen- und Suchtpolitik 121

3.2. Drogenpolitik der Vereinten Nationen 125

3.3. Internationale Entwicklungszusammenarbeit 129

4 | Projekte, Studien, Initiativen 133

4.1. Vom Bund geförderte Projekte 133
- 4.1.1. Suchtstoff- bzw. suchtformbezogene Projekte 133
- 4.1.2. Suchtstoff- bzw. suchtformübergreifende Projekte 167

4.2. Weitere Projekte 185
- 4.2.1. Suchtstoff- bzw. suchtformbezogene Projekte 185
- 4.2.2. Suchtstoff- bzw. suchtformübergreifende Projekte 197

Stichwortverzeichnis 214

Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten 216

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 217

Danksagung 220

Hinweise/Impressum 221

1 | Vorwort

© Tobias Koch

Liebe Leserinnen und Leser,

der Drogen- und Suchtbericht 2018 ist da! Das gibt mir die Möglichkeit, einige Schwerpunkte meiner zweiten Amtszeit als Drogenbeauftragte der Bundesregierung zu skizzieren. Ein persönliches Wort vorab: Ich freue mich sehr, dass ich als erste Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Möglichkeit habe, meine Arbeit nach einer vollen Legislaturperiode im Amt fortzuführen. So viel wir in den letzten Jahren auch erreicht haben – vom Präventionsgesetz über die neuen Möglichkeiten bei der Substitution bis zur Versorgung schwerkranker Menschen mit Cannabis als Medizin – es gibt noch viel zu tun!

Einen Handlungsrahmen bietet der Koalitionsvertrag. Gleich mehrfach greift das Papier das Thema meines letzten Jahresschwerpunktes „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ auf. Ziel ist es, die Situation der Kinder suchtkranker beziehungsweise psychisch kranker Eltern zu verbessern und hierzu insbesondere Schnittstellenprobleme der unterschiedlichen Hilfesysteme zu beseitigen. Hier muss etwas geschehen, und zwar auf allen Ebenen, vom Bund bis in die Kommunen. Mehr als jedes fünfte Kind in Deutschland hat einen Elternteil mit einem Suchtproblem. Über das Online-Portal „KidKit“ kann dank der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und anderer Förderer bereits heute jeder Jugendliche anonym und einfach Hilfe finden. Auch sonst haben wir vieles angestoßen, um die Situation dieser Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Doch bei drei Millionen betroffenen Kindern und Jugendlichen im Land kann das nur ein Anfang sein. Wir brauchen eine viel bessere Abstimmung der verschiedenen Akteure des Hilfesystems. Die Bundesregierung hat deshalb auch auf meine Initiative hin eine Expertengruppe eingesetzt. Sie wird dem Deutschen Bundestag bis zum Sommer 2019 Vorschläge übermitteln, wie das Zusammenwirken der Systeme optimiert werden kann. Darauf können und werden wir aufbauen!

Die Koalitionspartner haben ebenfalls vereinbart, die Tabak- und Alkoholprävention der Bundesregierung fortzuführen und diese gezielt zu ergänzen. Wenn es um den Tabak- und Alkoholkonsum geht, haben wir gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen einiges geschafft. Sie rauchen und trinken signifikant weniger als noch vor 20 oder 30 Jahren. Und dennoch besteht Handlungsbedarf: Die Präventionsmaßnahmen müssen noch zielgenauer werden und auch jene Bevölkerungsgruppen erreichen, in denen bislang noch kein vergleichbarer Rückgang des Tabak- und Alkoholkonsums zu erkennen ist.

Wichtig ist mir zudem, dass wir uns auch in Zukunft um die Folgen exzessiver Mediennutzung kümmern. Schon um die Chancen der Digitalisierung ausschöpfen zu können, werden wir uns aktiv und offensiv den Risiken stellen müssen, die mit der Nutzung einiger digitaler Angebote verbunden sind. Umso mehr freue ich mich, dass wir uns in den Koalitionsverhandlungen darauf verständigen konnten, den Jugendmedienschutz zu stärken und dabei auch die Suchtrisiken digitaler Angebote zu berücksichtigen.

Dies alles sind wichtige Bausteine, um die Menschen in unserem Land so gut es geht vor den Risiken von Drogen und Sucht zu schützen und die Situation suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen weiter zu verbessern. Darüber hinaus brauchen wir aber ein noch viel breiteres Engagement nicht nur der Politik, sondern auch vieler anderer Akteure unserer Gesellschaft – von der Wirtschaft über die Medien bis hin zu Schulen oder Sportvereinen. Deshalb wird die erste Jahrestagung meiner zweiten Amtszeit unter der Überschrift „Stadt – Land – Sucht. Wer übernimmt Verantwortung?“ stehen. Wir werden uns dabei mit den gesundheitlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Folgen der Sucht beschäftigen und mit der Frage, wie die, die etwas ausrichten können, für Drogen- und Suchtbelange noch mehr in die Verantwortung genommen werden können.

Aktivieren, Vernetzen und Zusammenarbeiten – das werden in den kommenden Jahren meine Prioritäten sein. 2019 werde ich die Kommunen als wesentlichen Akteur der Suchtprävention und als zentralen Träger der Suchthilfe in den Mittelpunkt meiner Arbeit stellen. Denn fast fünf Jahre als Drogenbeauftragte haben mir mehr als deutlich gezeigt: Ohne das vielfältige Engagement vor Ort können wir in der Drogen- und Suchtpolitik wenig bewegen. Umso wichtiger ist es, genau zuzuhören, zu unterstützen und zusammen eine am Menschen orientierte Drogen- und Suchtpolitik zu gestalten.

Es grüßt herzlich

Marlene Mortler

2 | Fakten, Trends, Politik

2.1 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 engagierten Menschen in 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 Randphänomen der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen. 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 Prävention 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.

Angebotsreduzierung und Strafverfolgung: Ein weiteres Element der Drogen- und Suchtpolitik sind gesetzliche Regulierungen zur Angebotsreduzierung und allgemeine Verbote. Dazu gehört das Betäubungsmittelrecht. Von großer, auch internationaler Bedeutung ist die Bekämpfung der Drogenkriminalität.

2.1.1. Suchtprävention

Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich in Deutschland 120.000 Menschen an den Folgen ihres Tabakkonsums sterben. Weitere 21.000 Menschen sterben an den Auswirkungen schädlichen Alkoholkonsums und etwa 1.300 Todesfälle sind direkt auf den Konsum illegaler Drogen zurückzuführen Vorrangiges Ziel von Suchtprävention als zentralen Bestandteils einer umfassenden Sucht- und Drogenpolitik ist es, die Gesundheit jedes Einzelnen zu fördern, riskanten Konsum zu vermeiden sowie Missbrauch und Abhängigkeit entgegenzuwirken. Eine zielgerichtete und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützte Suchtprävention leistet einen bedeutsamen Beitrag dazu, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, 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 ist. 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 den letzten Jahren gerade die Kommunikation im Internet über die sozialen Medien – neben der Massen- und Personalkommunikation – sicher, dass große Bevölkerungsteile und relevante Zielgruppen erreicht werden können. Mit dem Settingansatz werden Menschen direkt und persönlich in ihrem Lebensumfeld – zum Beispiel in der Kommune, in Kindergarten, Schule oder Betrieb – erreicht.

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 auf inforo ist wie das bundesweite Dokumentationssystem Dot.sys ein weiteres Kooperationsprojekt des Bundes und der Länder. Das PrevNet-Portal vernetzt dabei Fachkräfte der Suchtprävention bundesweit miteinander. Mit Dot.sys können die Fachkräfte der Suchtprävention online ihre suchtpräventiven Aktivitäten vor Ort dokumentieren und auswerten. Dot.sys ermöglicht dabei 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. Aktuell befindet sich Dot.sys in einer vollständigen fachlich-inhaltlichen und sicherheitstechnischen Überarbeitung.

www.inforo.online/prevnet
www.dotsys-online.de

Präventionsgesetz

Ziel des Präventionsgesetzes ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen. Die Regelungen des Gesetzes verpflichten die Krankenkassen zu einer entsprechenden Leistungserbringung im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mit diesen Leistungen soll zum einen jeder Einzelne dabei unterstützt werden, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Zum anderen sollen insbesondere die Verantwortlichen in den Lebenswelten unterstützt werden, gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen, um das Verhalten entsprechend zu beeinflussen und den Einzelnen zu gesundheitsorientierten Entscheidungen zu motivieren. Die Prävention von Suchterkrankungen ist ein Querschnittsthema mit vielen Anknüpfungspunkten im Präventionsgesetz:

- 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.

- 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. Zu den Leistungen der Krankenkassen gehören zum Beispiel Kurse zur Förderung des Nichtrauchens für den Einzelnen. Die Suchtprävention ist aber auch ein übergreifendes Thema im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und in den nicht-betrieblichen Lebenswelten, etwa indem das Selbstbewusstsein von Kindern in der Kita gestärkt wird, um späteren Gefährdungen widerstehen zu können.

- 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.

Alle vier Jahre wird die Umsetzung des Präventionsgesetzes mit dem Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz dokumentiert und evaluiert. Auf Grundlage des ersten Präventionsberichts, der dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juli 2019 vorzulegen ist und seiner anschließenden Beratung im Deutschen Bundestag, sollen Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes erarbeitet werden.

2.1.2. Beratung und Behandlung

In Deutschland ist das Behandlungssystem für Menschen mit suchtbezogenen Problemen und ihre Angehörigen sehr differenziert. Es reicht von Beratung über Akutbehandlung und Rehabilitation bis zu Maßnahmen, die die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe fördern. Suchthilfe und Suchtpolitik verfolgen einen integrativen Ansatz, sodass in den meisten Suchthilfeeinrichtungen sowohl Konsumierende legaler als auch illegaler Suchtstoffe beraten und behandelt werden. Die Behandlungsangebote für suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen sind an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet. Daher gestalten sich die Behandlungsprozesse im Rahmen komplexer Kooperationen sehr unterschiedlich. Übergeordnetes Ziel der Kostenträger und Leistungserbringer ist die soziale und berufliche Teilhabe. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands erfolgt die Planung und Steuerung von Beratung und Behandlung auf Ebene der Bundesländer, Regionen und Kommunen.

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) und Kerndatensatz (KDS)

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Diese Statistik basiert auf dem Kerndatensatz, für den ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen standardisiert Daten erheben.

Was ist neu am KDS 3.0?

Der Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen(DHS) hat zwischen 2014 und 2016 notwendige Überarbeitungen des KDS (nunmehr KDS 3.0) vorgenommen. So wurden einerseits nationale, kommunale, regionale und einrichtungsseitige Anforderungen besser berücksichtigt. Andererseits konnten Vorgaben, die sich aus veränderten europäischen Spezifikationen (Indikator zur Inanspruchnahme von Behandlung) ergaben, integriert werden.

Neben vielen kleineren Anpassungen an eine sich seit der letzten Überarbeitung vor zehn Jahren veränderten Realität hat es einige tiefgreifende Neuerungen gegeben. Dazu gehören beispielsweise die Erfassung eines breiten Spektrums an Maßnahmen und Interventionen, die sich sowohl auf der Ebene der Angebote einer Einrichtung als auch der Ebene der Inanspruchnehmenden wiederfindet. Weitere wesentliche Fortschritte sind die Trennung von Substanzkonsum und vorliegenden Diagnosen sowie die Erfassung unterschiedlicher Nutzungsformen aus dem Bereich der Verhaltenssüchte. Auch werden nun Veränderungen des Substanzkonsums und der psychosozialen Lebenssituation zwischen Betreuungsbeginn und -ende erfasst.

Zudem wurde der Katamnesedatensatz überarbeitet. Dieser bildet die Grundlage, nachhaltige Erfolge von Suchtbehandlungen dokumentieren zu können.

Mehr Informationen finden Sie hier:

www.suchthilfestatistik.de

www.konturen.de/category/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/

Ambulante Beratung und Behandlung

Beratung, Motivationsförderung und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten. Sie sind häufig die ersten Anlaufstellen für Menschen mit Suchtproblemen, soweit diese nicht in der Primärversorgung, also in der Regel durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, behandelt werden. Die unterschiedlichen ambulanten Einrichtungen können Tabelle 1 entnommen werden.

Hauptgrund für die Inanspruchnahme von ambulanter Beratung und Behandlung sind alkoholbezogene Störungen. Bei den illegalen Substanzen sind Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten am häufigsten vertreten. Auch Pathologisches Glücksspiel (PG) als nicht stoffgebundene Sucht ist ein Grund für das Aufsuchen von Suchtberatungsstellen.

TABELLE 01

Netzwerk der ambulanten Suchthilfe
(Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß DBDD	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Klienten
Beratungs- und Behandlungsstelle	1.500	> 500.000
Niederschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	268	k. A.
Substitutionsärzte	2.599	78.800
Psychiatrische Praxis	k. A.	k. A.
Psychiatrische Instituts-ambulanzen	84	91.800
Externer Dienst zur Beratung/ Behandlung im Strafvollzug	84	k. A.
(Ganztags) Ambulante Rehabilitation	88	> 1.000
Ambulant betreutes Wohnen	571	> 12.000
Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen	102	> 4.800
Selbsthilfegruppen	8.700	k. A.

Quelle: DBDD, 2017

Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlung umfasst die Akutbehandlung im Krankenhaus und die (meist) anschließende Entwöhnungsbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung. Auch Einrichtungen der Sozialtherapie, Adaptionseinrichtungen und Therapeutische Gemeinschaften bieten stationäre Behandlung und Nachsorge.

Durch die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ist es auch möglich geworden, ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote zu kombinieren, und damit Patientinnen und Patienten bedarfsorientierter zu behandeln.

Auch bei der stationären Behandlung stellen Menschen mit alkoholbezogenen Störungen die größte Gruppe. Danach folgen Cannabis- und Stimulanzienkonsumierende. Häufig liegen auch substanzbezogene und andere Komorbiditäten vor. Die Altersstruktur variiert zwischen den verschiedenen Substanzgruppen. Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit von Cannabis sind im Mittel am jüngsten, während die alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten durchschnittlich am ältesten sind. Insgesamt befanden sich 2016 drei Mal mehr Männer als Frauen in der stationären Suchtbehandlung.

TABELLE 02

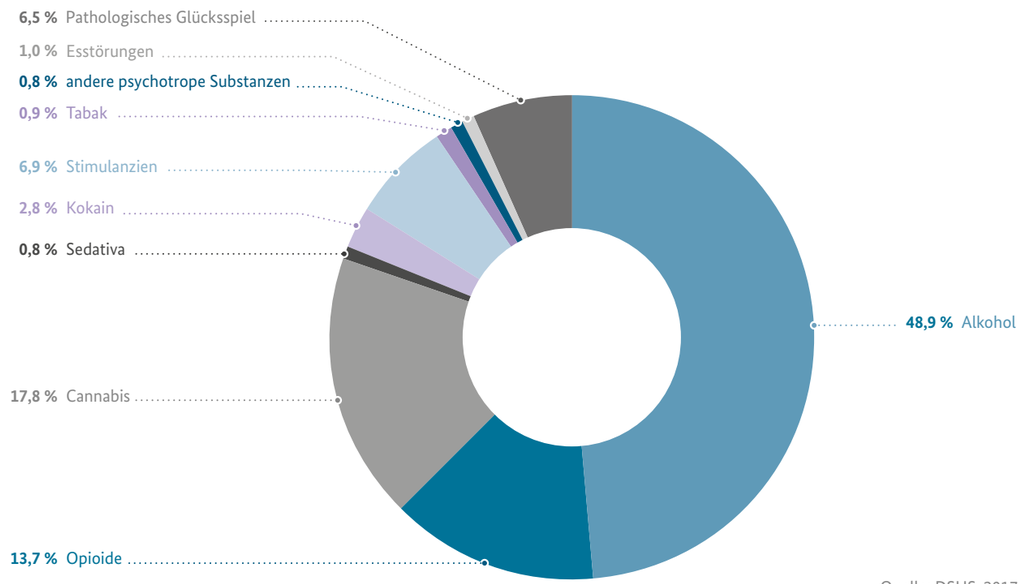
Behandlungsfälle im Krankenhaus aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Behandlungsfälle
insgesamt	432.853
durch Alkohol	322.608
durch andere Substanzen	110.245
davon	
Opioide	34.977
Cannabinoide	17.495
Multipler Substanzgebrauch	33.810

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2017

ABBILDUNG 01

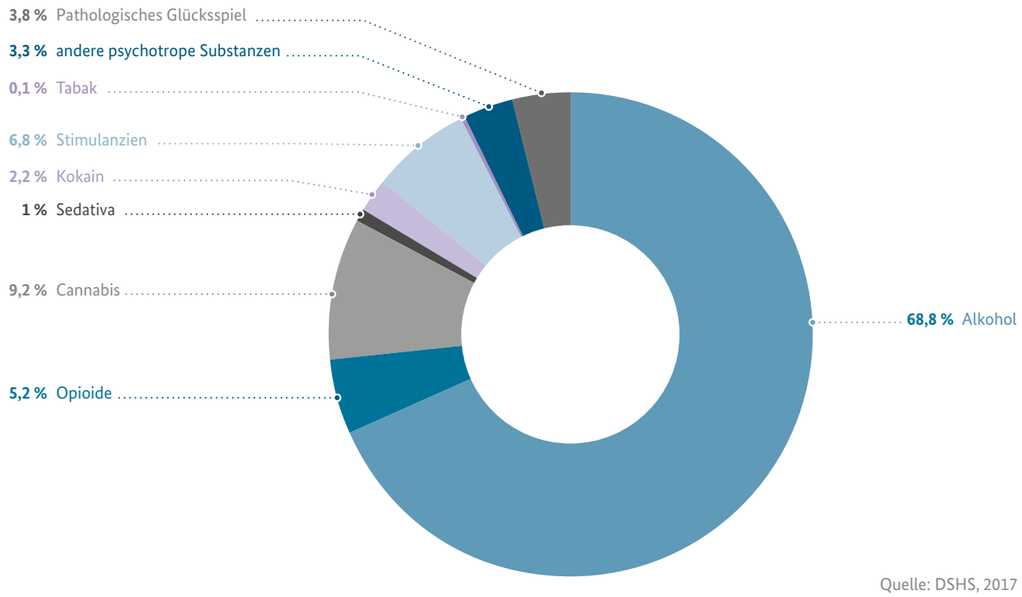
Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung 2016



Quelle: DSHS, 2017

ABBILDUNG 02

Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung 2016



Quelle: DSHS, 2017

Behandlung im Krankenhaus

Tabelle 2 zeigt, wie viele Menschen 2016 in deutschen Krankenhäusern vollstationär aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen behandelt wurden.

Suchtrehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung

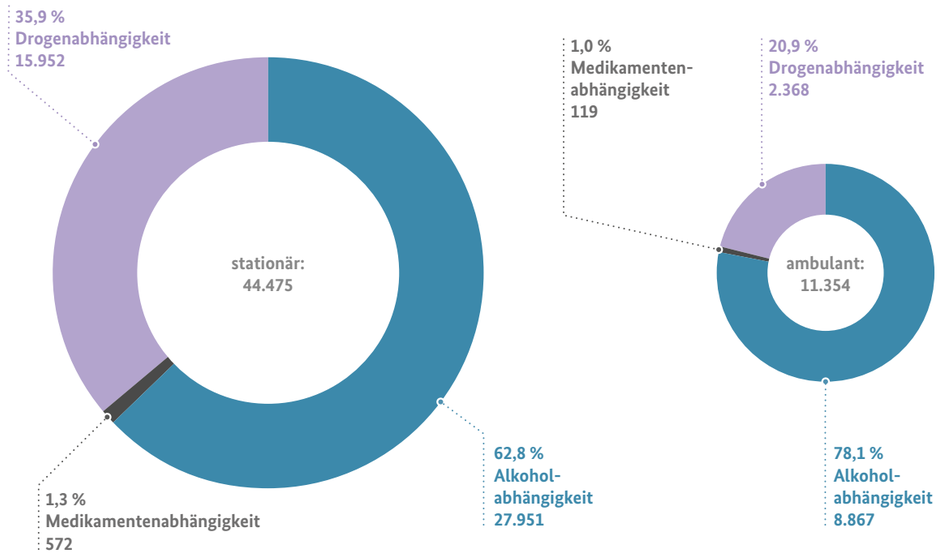
Abbildung 3 stellt die bewilligten Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2017 aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Suchtmittelarten im stationären und ambulanten Setting dar. Rund 80 % der Bewilligungen erfolgten für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Im stationären Setting entfielen 62,8 % auf eine Alkoholabhängigkeit und 35,9 % auf eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. Die bewilligten Rehabilitationen aufgrund einer Medikamentenabhängigkeit sind in beiden Settings statistisch kaum relevant. Bei ganztägig ambulanten und ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, die beide dem ambulanten Setting zugeordnet werden, entfielen 78,1 % auf eine Alkoholabhängigkeit und 20,9 % auf eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im ambulanten bzw. ganztägig ambulanten Setting andere Zielgruppen behandelt werden, die in der Regel über eine bessere soziale und berufliche Integration verfügen. Die Indikationsstellung für das jeweilige Setting erfolgt kriteriengeleitet und leitliniengerecht im Einzelfall.

Qualitätssicherung und Behandlungserfolg

Die Qualität der Suchtbehandlung wird in Deutschland u. a. durch die Erarbeitung und Anwendung wissenschaftlicher Leitlinien der Behandlung gesichert. Neben substanzspezifischen Behandlungsleitlinien (z. B. für die Behandlung von methamphetaminbezogenen Störungen) wurden in den

ABBILDUNG 03

Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen durch die Deutsche Rentenversicherung nach Hauptdiagnose 2017



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik 2017

vergangenen Jahren auch die Leitlinien zur opioidgestützten Behandlung sowie zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation verabschiedet (BÄK 2017, BMG 2017, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al. 2016, Müller-Simon, B. & Weissinger, V. 2015).

Neben den wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt jährlich Evaluationen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch: Zum einen werden die durch die DRV belegten Einrichtungen in einem Peer Review-Verfahren beurteilt und die Qualität des Reha-Prozesses

Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug / Suchtrehabilitation

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben gemeinsame Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug zur Suchtrehabilitation herausgegeben, die am 1. August 2017 in Kraft getreten sind. Dabei soll der Übergang vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtungen durch ein Nahtlosverfahren fließend erfolgen. Ziel ist es, die Inanspruchnahme von Suchtrehabilitationen zu steigern und Drehtüreffekte zu vermeiden.

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik (Jahresbericht 2016) werden nur 18 Prozent der Abhängigkeitskranken, die im Krankenhaus behandelt wurden, von diesem in die Suchtrehabilitation vermittelt. Gerade beim Qualifizierten Entzug ist dies wenig nachvollziehbar, da Bestandteile dieser besonderen Behandlungsform die Motivierung und die Einleitung von Suchtrehabilitationen sind.Vor diesem Hintergrund und nach intensiven Beratungen mit den Suchtfachverbänden haben die DRV, die DKG und die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsame Handlungsempfehlungen für das Nahtlosverfahren nach qualifiziertem Entzug erstellt. Die Handlungsempfehlungen gelten allerdings nicht bei Zuständigkeit der AOK für die Suchtrehabilitation.
Bei diesem Nahtlosverfahren spielen die Krankenhäuser eine wichtige Rolle. Bei rechtzeitiger Einleitung durch die Ärzte und den Sozialdienst des Krankenhauses einschließlich der Organisation der Weiterbehandlung kann das Nahtlosverfahren in der Praxis funktionieren. Dies setzt die gute Kooperation mit den Entwöhnungseinrichtungen und den Rehabilitationsträgern voraus. Derzeit haben rund 300 Krankenhäuser, die qualifizierten Entzug anbieten, ihre Bereitschaft erklärt, an dem Nahtlosverfahren mitzuwirken.

„Herzstück“ der Empfehlungen bildet die begleitete Verlegung vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtung, d. h., die Patientin/der Patient wird von einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter der Entwöhnungseinrichtung oder einer Suchtberatungsstelle, alternativ durch Angehörige der Suchtselbsthilfe, bei der Anreise begleitet. Im Fokus der Empfehlungen steht die Umsetzung eines Nahtlosverfahrens auf regionaler Ebene. Hierfür werden grundsätzliche Aussagen und Definitionen festgelegt:

- Voraussetzungen für teilnehmende Krankenhäuser
- Einleitung und Beantragung der Suchtrehabilitation
- Leistungszuständigkeit
- kurzfristige Bearbeitung des Antrags durch die Rehabilitationsträger
- Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung durch begleitete Anreise.

Die Handlungsempfehlungen ermöglichen nunmehr eine nahtlose Verlegung der in Betracht kommenden Patienten in die Suchtrehabilitation.

www.dkgev.de/media/file/56621.Handlungsempfehlungen_zum_Nahtlosverfahren_Entzug_Suchtrehabilitation_Anlage.pdf

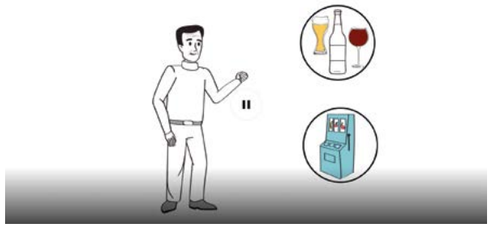
erfasst, zum anderen werden die Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen/-anteilen befragt (Naumann & Bonn 2017).

In den Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in den Fachambulanzen, die ihre Daten in der DSHS dokumentieren, wird zur Erfolgsbemessung neben der Einschätzung des beratenden und therapeutischen Personals auch die planmäßige Beendigung der Betreuung bzw. Behandlung als Indikator für den Behandlungserfolg gewertet. Über alle Hauptdiagnosen hinweg ist eine planmäßige Behandlungsbeendigung mit einem höheren Behandlungserfolg assoziiert: 80 % der ambulanten Patienten und Patientinnen, die die Behandlung planmäßig beendeten, kamen zu einem positiven Ergebnis. Dagegen erreichten ambulant Behandelte mit unplanmäßigen Beendigungen nur in 34 % der Fälle ein positives Ergebnis (Dauber et al. 2016).

Selbsthilfe

In Deutschland gibt es rund 8.700 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen (Jahrbuch Sucht 2018). Diese leisten eine unverzichtbare Arbeit bei der Bewältigung von Sucht und ihren Folgen.

Die Selbsthilfe wird durch die Deutsche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung finanziell gefördert. Neben den regionalen Gruppen erhalten auch Verbände der Suchtselbsthilfe sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) finanzielle Zuwendungen. Die Träger der Deutschen Rentenversicherung stellten dafür im Jahre 2017 rund 3,9 Millionen Euro zur Verfügung. Die Krankenkassenverbände förderten Selbsthilfeverbände und Organisationen für Angehörige auf Bundesebene im Jahr 2017 mit 1,63 Millionen Euro (vdek, 2018). Dazu kommen die Zuwendungen von einzelnen Krankenkassen an regionale Selbsthilfegruppen.



Video:
Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS)
www.hls-online.org/

Suchtselbsthilfe wirkt!

Die Angebote der Suchtselbsthilfe in Gruppen sowie in der persönlichen Beratung und Begleitung richten sich sowohl an suchtgefährdete als auch an abhängige Menschen sowie an ihre Angehörigen. Sucht-Selbsthilfe versteht sich als ein am Alltag der betroffenen Menschen orientiertes Unterstützungs- und Begleitsystem. Überwiegend findet diese Arbeit in Gruppen statt, aber auch in Einzelgesprächen mit geschulten ehrenamtlichen Kräften. Dabei steht zunächst die Bewältigung der akuten Sucht(mittel)-Problematik im Vordergrund – langfristig geht es um nicht weniger als die Entwicklung eines neuen, gesünderen und positiven Umgangs mit sich selbst, mit nahestehenden Menschen und mit dem Leben überhaupt.

Das Prinzip der Selbsthilfe beruht zum einen auf der gegenseitigen Unterstützung und dem Verständnis von Menschen, die ähnliche Erfahrungen und ähnliches Leiden teilen. Zum anderen ist es geprägt von der absoluten Überzeugung, dass jeder Mensch sich weiterentwickeln und persönlich wachsen kann. Der Erfahrungsaustausch, die Gespräche und die gegenseitige Unterstützung in der Suchtselbsthilfe wirken entlastend, motivierend und stärkend für die Betroffenen. Mit Hilfe der Gruppe und anderer Menschen, die die „Grunderfahrung Sucht“ teilen, lässt sich die Scham überwinden, die viele Betroffene und Angehörige lange Zeit davon abgehalten hat, sich Hilfe zu suchen. Sich öffnen, Probleme offen ansprechen können, zu reflektieren und sich dabei weiterzuentwickeln: Das hilft die Krankheit Sucht und ihre Folgen zu bewältigen.

Durch einen offenen Umgang mit der Sucht tragen Betroffene dazu bei, das häufig immer noch schamhaft verschwiegene Thema Sucht in die Öffentlichkeit zu bringen. Entstigmatisierung von Sucht ist möglich, wenn betroffene Menschen (auch öffentlich) zeigen, dass Suchtprobleme überwindbar sind.

Spaß, Lebensfreude, Aktivität und ein positives Lebensgefühl ohne Konsum von Suchtmitteln und ohne Suchtverhalten ist eines der wichtigsten Ziele in der Arbeit der Suchtselbsthilfe. Das Leben ohne Suchtmittel muss nicht von Verzicht und Askese geprägt sein, sondern kann vielmehr eine Bereicherung für die Betroffenen, ihre Familien und das gesamte Umfeld sein.

Wiebke Schneider
Geschäftsführerin der Bundesgeschäftsstelle der Guttempler

2.1.3. Schadensreduzierung

Zu den gesundheitlichen Begleiterscheinungen und Folgen des Drogenkonsums zählen unter anderem Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis, drogenbezogene Notfälle und im schlimmsten Fall drogenbezogene Todesfälle. Hinzu kommt eine Vielzahl an sozialen und psychischen Problemen. Deshalb stellen Maßnahmen zur Schadensminderung eine der vier Säulen der Nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik dar.

In den letzten Jahren sind diese Maßnahmen in Deutschland weiter in den Fokus gerückt. Seit dem Jahr 2016 liegt die Strategie der Bundesregierung „BIS 2030“ vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll. Injizierende Drogenkonsumierende werden in dieser Strategie explizit als eine der Zielgruppen genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden sollen.

Es existiert eine Vielzahl an schadensmindernden Maßnahmen im Bundesgebiet. Diese können in Maßnahmen zur Verhinderung von Todesfällen durch Überdosierungen (Notfalltraining, Einsatz von Naloxon) oder mit Bezug zu Infektionskrankheiten (Testung, Vergabe von Konsumutensilien, Behandlung) eingeteilt werden. Zudem existieren Maßnahmen, die beide Zwecke erfüllen (Drogenkonsumräume) sowie Angebote für besondere Zielgruppen.

Schadensminderung für den Bereich Infektionskrankheiten

Drogengebrauchende haben ein vielfach höheres Risiko als die Allgemeinbevölkerung, sich mit Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis B oder C anzustecken. So lag die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumierenden laut der DRUCK-Studie (RKI 2016) je nach Stadt zwischen 0 und 9 %; die Prävalenz für eine akute, potentiell infektiöse Hepatitis C zwischen 23 und 54 %. Deshalb kommt der Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten in dieser Gruppe besondere Wichtigkeit zu.

Vergabe von Spritzen und anderen Safer-Use-Utensilien

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrigschwelligen Drogenhilfe vor allem durch Informationen über Infektionskrankheiten und -risiken sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzentausch und Spritzenvergabe ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt. Üblicherweise werden Spritzen und andere Konsumutensilien entweder in niedrigschwelligen Einrichtungen oder über Automaten abgegeben. Manche Apotheken geben ebenfalls Spritzen ab. Der „klassische“ Ansatz des Spritzentauschs wurde in den letzten Jahren weiterentwickelt und um weitere Konsumutensilien ergänzt (sterile Filter, Löffel, Sniefröhrchen etc.), da auch über diese Utensilien eine Ansteckungsgefahr für Hepatitis besteht. Es liegen keine verlässlichen Zahlen zu den im Bundesgebiet abgegebenen Mengen an Konsumutensilien vor. Spritzenautomaten sind für neun Bundesländer dokumentiert (Deutsche AIDS-Hilfe 2018).

Schadensminderung ist auch in Haftanstalten relevant. Allerdings existiert zurzeit nur in einem von 181 deutschen Gefängnissen ein Spritzenautomat (Statistisches Bundesamt 2017). Es bleibt daher eine wesentliche Aufgabe Safer-Use-Angebote in Haft auszuweiten. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat ein Handbuch für die Einführung und Umsetzung von Spritzentauschprogrammen in Haft des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) übersetzen lassen:

www.aidshilfe.de/shop/pdf/7376

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Eine frühe Testung ist ein wesentlicher Schritt, um sowohl den Erkrankten frühzeitig zu helfen, als auch die weitere Verbreitung der Krankheit einzudämmen. Es gibt in verschiedenen Einrichtungen Testmöglichkeiten für Drogenkonsumierende, allerdings scheitert eine flächendeckende Verfügbarkeit häufig an den dafür notwendigen finanziellen Mitteln. Prinzipiell werden Angebote für Testungen relativ gut angenommen; die freiwilligen Schnelltests im Rahmen der DRUCK-Studie wurden z. B. je nach Stadt von 30 bis 80 % der Teilnehmer genutzt (RKI 2016).

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden

Neben der Testung zur frühen Erkennung und der Vergabe sauberer Konsumutensilien kommt der medikamentösen Behandlung auch zur Eindämmung der weiteren Ausbreitung von Krankheiten eine zentrale Rolle zu. Obwohl Drogenkonsumierende in Deutschland die größte Gruppe der mit Hepatitis C-Infizierten darstellen, werden sie in sehr viel geringerem Umfang behandelt als andere Infizierte (Gölz 2014).

Mehrere neu zugelassene Medikamente erhöhen die Heilungschancen einer HCV-Infektion inzwischen deutlich und zeigen ein wesentlich besseres Nebenwirkungsprofil, sodass die Krankheit nun besser behandelbar ist als noch vor wenigen Jahren. Trotz der besonderen Herausforderungen in der Behandlung abhängiger Klienten gibt es Studien und Berichte, die belegen, dass gerade Patientinnen und Patienten in einer Substitutionsbehandlung mit gutem Erfolg und wenigen Nebenwirkungen behandelt werden können (Isernhagen et al. 2016; Schäfer 2013). Es gibt keine verlässlichen Daten dazu, wie viele drogenkonsumierende oder substituierte Patienten Zugang zu dieser neuen, teuren Therapiemöglichkeit erhalten. Die Umsetzung der BIS-2030-Strategie sowie der Empfehlungen aus der DRUCK-Studie können die gesundheitliche Lage von injizierenden Drogenkonsumierenden wesentlich verbessern.

Verhinderung von Todesfällen durch Überdosierungen

Opioidvergiftungen sind seit vielen Jahren die häufigste Ursache für drogenbedingte Todesfälle in Deutschland. Von den 1.272 Todesfällen im Jahr 2017 waren über die Hälfte durch Überdosierungen von Opioiden (mit)verursacht.

Notfalltrainings und Einsatz von Naloxon

Der Opiatantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden. Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freunde und Familie. Aktuell wird die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell umgesetzt. Jedoch wurden in den letzten Jahren einige neue Programme für Naloxon-Schulungen von Laien eingeführt und bereits existente Projekte weiterentwickelt. Zu Beginn 2018 gab es Naloxon-Projekte in Berlin, Köln und wechselnden weiteren Städten in NRW, München, Nürnberg und Saarbrücken. Zurzeit stehen zwei Leitfäden zur Durchführung von Drogennotfalltrainings und Naloxonvergabe an Laien online zur Verfügung. Alle Naloxon-Programme in Deutschland bestehen aus Drogennotfallschulungen, in denen Erste-Hilfe-Techniken, Risiken und Anzeichen für eine Überdosierung sowie Informationen über Naloxon vermittelt und konkrete Übungen zur Applikation des Medikaments durchgeführt werden. Nach den Schulungen werden die Notfallkits ausgegeben, die neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher enthalten. Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung spricht sich für eine Erweiterung der Ausgabe von Naloxon an Laien aus.

www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf

www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf

Drogenkonsumräume

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. Mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Dadurch soll unsauberer Drogenkonsum und das damit verbundene Infektionsrisiko reduziert werden. Außerdem stehen medizinische Beratung und Hilfe zur Verfügung, wodurch auch eine Notfallversorgung gewährleistet ist. Der Besitz der mitgebrachten Substanz zum Eigenverbrauch wird geduldet.

Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben der betroffenen Menschen und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen. Zudem werden Drogenkonsumierende, die von ausstiegsorientierten Hilfen bislang nicht erreichbar wurden, so erstmals an das Hilfesystem angebunden.

Mindestanforderungen für Konsumräume sind bundesweit einheitlich gesetzlich festlegt. Die Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums obliegt den zuständigen Behörden der Bundesländer. In Deutschland gibt es derzeit 22 Drogenkonsumräume in sechs Bundesländern und ein Drogenkonsummobil. Weltweit existieren 94 Drogenkonsumräume (Deutsche AIDS-Hilfe 2018).

Drogenkonsumräume in Deutschland

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

Von 13 Drogenkonsumräumen in fünf Bundesländern liegen genauere Informationen vor. Zugangsvoraussetzung in allen Konsumräumen ist, dass kein Erst- oder Gelegenheitskonsum stattfindet. Die Konsumräume liegen relativ zentral in der jeweiligen Stadt und sind in unterschiedlichem Ausmaß in das weiterführende Drogenhilfesystem integriert. Alle sind zumindest an einen Kontaktladen angeschlossen, in vielen Fällen sind auch andere Hilfen verfügbar. Hierzu gehören Drogenberatungsstellen (von 6 Konsumräumen angegeben), Betreutes Wohnen (5), Substitutionsambulanzen (4), Notschlafstellen (3) und drogentherapeutische Ambulanzen (3). Am häufigsten finden medizinische, psychosoziale und sozialpädagogische Beratungen zu Safer Use und Infektionsrisiken, aber auch zu persönlichen Problemen und Behördenangelegenheiten statt. Die meisten Vermittlungen erfolgen an Kontaktläden, Beratungsstellen und Entgiftungsstationen. Bei 409.722 dokumentierten Konsumvorgängen in Drogenkonsumräumen kam es zu 582 Überdosierungen. Dies entspricht einem Anteil von 0,14 %. Bis Ende 2015 war ein Todesfall zu verzeichnen, in allen anderen Notfällen war die Notfallhilfe erfolgreich. Die Konsumierenden sind zu 85 % männlich, die Mehrheit ist über 36 Jahre alt, niemand ist jünger als 18 Jahre.

Weitere zielgruppenspezifische Angebote

Aufgrund der besonders hohen gesundheitlichen Gefahren, die mit dem injizierenden Drogenkonsum verbunden sind, richten sich die meisten Maßnahmen zur Schadensminderung an diese Konsumentengruppe. Aber auch den Risiken durch andere Konsumformen wird zunehmend Rechnung getragen.

Partysetting

Das BEST-Schulungsprogramm richtet sich an das Personal von Clubs, Diskotheken, Festivals und anderen Veranstaltungsformaten. Mitarbeitende werden in ihrer Gesundheits-, Risiko- und Drogenkompetenz geschult, mit dem Ziel, Risiken durch Drogenkonsum im Partysetting besser begegnen zu können. Es gibt in verschiedenen Städten auch Projekte, die sich direkt an Partygänger wenden, um für Gefahren zu sensibilisieren, aber im Notfall auch Erste Hilfe zu leisten.

Ältere Suchtkranke

Auch für bestimmte Zielgruppen wie zum Beispiel ältere Suchtkranke werden Angebote geschaffen, um den spezifischen Bedarfen gerecht zu werden. So gibt es in Nordrhein-Westfalen ein Wohnheim für ältere Drogenabhängige und eine spezialisierte Abteilung in einem Altersheim für alkoholabhängige Seniorinnen und Senioren. Da viele Suchtkranke durch Maßnahmen der Schadensminderung älter werden als früher, werden diese Angebote künftig eine größere Rolle spielen.

2.1.4. Angebotsreduzierung und Strafverfolgung

Für Substanzen mit bewusstseinsverändernder Wirkung (psychotrope oder psychoaktive Substanzen) gelten gesetzliche Beschränkungen. Deutschland hält sich bei der Beurteilung der Legalität von Suchtstoffen an die Drogenkonventionen der Vereinten Nationen. Diese zentralen drogenpolitischen Übereinkommen bilden die Basis der weltweiten Drogenkontrolle (siehe Kapitel 3). Darüber hinaus bestehen in Deutschland nationale Regelungen. 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 und Methamphetamin (wie Crystal Meth) und Halluzinogene (etwa LSD). Durch Verordnungen zur Änderung der Anlagen des BtMG werden regelmäßig weitere Stoffe unterstellt.

Da mit dem BtMG nur einzelne Substanzen verboten werden können, stellt das Vorgehen gegen Neue psychoaktive Stoffe (NPS) eine besondere Herausforderung dar. Durch kleinste Veränderungen an der chemischen Struktur einer Substanz war diese dem BtMG nicht mehr unterstellt und konnte legal auf den Markt gebracht werden. Darum wurden die oft als „Kräutermischungen“ oder „Badesalze“ bezeichneten Stoffe auch Legal Highs genannt. Mit dem im November 2016 in Kraft getretenen Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) werden erstmals in Deutschland nicht Einzelstoffe, sondern umfassendere Stoffgruppen verboten, welche eine Vielzahl von Einzelsubstanzen umfassen. Das aktuelle NpSG deckt zwei Stoffgruppen ab (synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone). Um neu auftretenden Stoffen Rechnung zu tragen, besteht die Möglichkeit, das NpSG um weitere Stoffgruppen zu ergänzen.

Bekämpfung von Drogenkriminalität in Deutschland

Drogenhandel ist ein wesentlicher Bestandteil und eine der wichtigsten Einnahmequellen international Organisierter Kriminalität, die hierdurch zu erzielenden Gewinne sind deren Motor und Triebfeder. Alle Phänomene der Organisierten Kriminalität, insbesondere die sogenannte Rockerkriminalität, Clankriminalität und ethnisch-mafiöse Gruppierungen, weisen starke Bezüge zur Drogenkriminalität auf. Die Bekämpfung des international organisierten Drogenhandels ist daher eine wesentliche Aufgabe der deutschen und europäischen Strafverfolgungsbehörden.

In Deutschland ist die Bekämpfung der Drogenkriminalität - im Sinne einer konsequenten und nachhaltigen Strafverfolgung - Aufgabe der Polizei der Bundesländer und des Bundeskriminalamtes (BKA). Im Bereich der Bekämpfung der international organisierten Drogenkriminalität wirken auch die Generalzolldirektion und das Zollkriminalamt (ZKA) mit. Das BKA ermittelt in Fällen des international organisierten Drogenhandels von besonderer Bedeutung. Dabei steht weniger die Aufklärung einzelner Straftaten im Vordergrund als vielmehr die Aufdeckung von übergreifenden

Zusammenhängen, die ein Vorgehen gegen kriminelle Organisationen ermöglichen. Dies erfordert eine behörden- und ressortübergreifende Kooperation mit anderen Bundes- sowie Landesbehörden, aber auch mit internationalen polizeilichen Kooperationspartnern und Organisationen wie Europol.

Das BKA ist im Bereich der Bekämpfung der Drogenkriminalität aber auch als zentrale Stelle für die Auswertung von Informationen und für die Bewertung und Generierung von strafverfolgungswürdigen Sachverhalten verantwortlich. Es stimmt die Zusammenarbeit von Bund und Ländern sowie mit dem Ausland in nationalen und internationalen Gremien, Arbeitsgruppen, Initiativen und Projekten ab.

Darüber hinaus wird jährlich ein Bundeslagebild zu den Entwicklungen und Trends der Drogenkriminalität in Deutschland verfasst. Dieses fasst die aktuellen polizeilichen Erkenntnisse zur Drogenkriminalität in Deutschland zusammen und basiert auf Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS), der Falldatei Rauschgift (FDR), des Informationssystems der Polizei (INPOL-Personendatei) und des polizeilichen Informationsaustauschs.

www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/Statistiken Lagebilder/Lagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html

Drogenhandel im Internet

Der Handel mit Drogen im Internet (Darknet/Deepweb/Clearnet) ist innerhalb der letzten Jahre, so auch 2017, stetig gewachsen und hat sich mittlerweile als fester Vertriebsweg für Drogen etabliert. National wie international werden in regelmäßigen Abständen Plattformen vom Markt genommen sowie Ermittlungen gegen Plattformbetreiber und Anbieter geführt. Der Postversand ist eine der zentralen Voraussetzungen für den Handel mit Drogen im Internet, da über diesen Weg die Drogen zu den Konsumenten gelangen. Im Jahr 2017 konnte ein rasanter Anstieg (+50 %) des Versands von Betäubungsmitteln in Postsendungen festgestellt werden, wobei darüber hinaus von einer sehr hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

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.

Gemeinsame Grundstoffüberwachungsstelle

Die Gemeinsame Grundstoffüberwachungsstelle von ZKA und BKA (GÜS) beim Bundeskriminalamt ist der zentrale Ansprechpartner für Unternehmen und Dachverbände aus dem Chemie- und Pharmabereich, Bindeglied zu den nationalen Genehmigungs-, Überwachungs- und Ermittlungsbehörden sowie zuständige nationale Behörde für den internationalen Informationsaustausch im Grundstoffbereich.

Ziele sind insbesondere die Verhinderung der Abzweigung von Chemikalien für die unerlaubte Herstellung von Betäubungsmitteln, aber auch das Aufspüren von Laboren und die Identifizierung von Tätern. Darüber hinaus werden Analysen, Lageberichte und Statistiken gefertigt sowie Sensibilisierungsmaßnahmen im Hinblick auf Abzweigungen für Verbände und Unternehmen durchgeführt. Neben der Entgegennahme von Verdachtsmeldungen werden von der GÜS relevante Informationen ausgewertet, angereichert, bewertet und ggf. an die zuständigen Stellen im In- und Ausland weitergeleitet.

Sicherstellungen

Die Bekämpfung des Drogenhandels dient der Reduzierung des Angebots illegaler Drogen.

Cannabis ist nach der Zahl der Sicherstellungen die am weitesten verbreitete illegale Drogenart in Deutschland, danach folgt Amphetamin. Die synthetischen Drogen Amphetamin und Ecstasy wurden, wie in den Vorjahren auch, größtenteils aus den Niederlanden nach Deutschland eingeführt. Die hohe Verfügbarkeit dieser Drogen ist u. a. auf sehr effektive Produktionsstätten zurückzuführen. Das für den deutschen Markt bestimmte Crystal Meth stammte wie in den Vorjahren in den meisten Fällen aus Tschechien. Im Vergleich zu 2016 erfolgten 2017 bei Crystal Meth mehrere große Einzelsicherstellungen, zwei davon in Niedersachsen und Hessen. Ansonsten liegen die Schwerpunkte nach wie vor insbesondere in den Bundesländern Sachsen, Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Die Anbauflächen für Opium und Koka sind erneut gewachsen (siehe Kapitel 3). Die erfolgten Sicherstellungen in Europa lassen auf eine anhaltend hohe Verfügbarkeit von Kokain und Heroin sowie eine Nachfrage auf hohem Niveau schließen. Crack spielt bundesweit eine untergeordnete Rolle und ist lediglich in den Städten Frankfurt und Hamburg vermehrt feststellbar.

Für Neue psychoaktive Stoffe (NPS) können aufgrund der heterogenen Erfassungsmodalitäten in der Falldatei Rauschgift (FDR) des Bundeskriminalamtes keine Aussagen zu Sicherstellungsmengen getroffen werden. Die Angebotsbreite und -vielfalt von NPS in Onlineshops sowie die erfolgten Sicherstellungen in Postverteilerzentren legen jedoch eine hohe Verfügbarkeit von NPS nahe.

Auch 2017 wurden NPS festgestellt, die erstmalig auf dem deutschen Drogenmarkt sichergestellt wurden und zum Zeitpunkt der Meldung noch nicht dem BtMG oder dem NpSG unterlagen. Die Wirkstoffe für die Herstellung der NPS werden insbesondere aus China geliefert. Die Weiterverarbeitung und Verpackung für den anschließenden Online-Vertrieb auf dem deutschen Markt findet u. a. in den Niederlanden, Belgien, Spanien aber auch in Deutschland statt.

Drogenbezogene Straftaten

Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2017 weist einen Anstieg der von der Polizei erfassten drogenbezogenen Delikte gegenüber 2016 um 9,2 % auf 330.580 Fälle aus. Den größten Anstieg gab es bei Kokain und Crack (+18,7 %), gefolgt von Cannabis (+12 %) sowie Heroin (+2,6 %). Neben Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurden 2017 erstmals auch 495 Straftaten erfasst, die das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) betreffen.

ABBILDUNG 04
Sicherstellung von illegalen Drogen 2017

Sicherstellung von illegalen Drogen 2017

Cannabis	**9.026 kg**	
Haschisch	**1.295 kg**	Die wiederholte Zunahme der Gesamtsicherstellungsmenge von Marihuana ist vor allem auf viele große Einzelsicherstellungen (jeweils über 100 kg) in Deutschland zurückzuführen. Im Vergleich zu den Vorjahren handelt es sich – mit Ausnahme von 2014 – um die größte Sicherstellungsmenge seit 2008.
Marihuana	**7.731 kg**	
Plantagen	**668**	
Heroin	**298 kg**	2017 wurden etwas weniger Heroin und Opium in Deutschland sichergestellt als im Vorjahr. Es erfolgten jedoch verschiedene Großsicherstellungen von Heroin in Europa.
Opium	**50 kg**	
Kokain/Crack	**8.166 kg**	2017 wurde eine Rekordmenge Kokain in Deutschland sichergestellt. Ursächlich sind mehrere Großsicherstellungen in den deutschen Seehäfen Hamburg und Bremerhaven.
Synthetische Drogen		
Crystal Meth	**114 kg**	Nachdem die Jahressicherstellungsmenge von Crystal Meth in den letzten drei Jahren rückläufig war, wurde 2017 ein starker Anstieg verzeichnet. Dieser ist im Wesentlichen auf Transitfälle, insbesondere im internationalen Flugverkehr, zurückzuführen.
Amphetamin	**1.669 kg**	2017 wurde die bisher größte Menge Amphetamin sichergestellt. Der kontinuierliche Anstieg der letzten fünf Jahre setzt sich somit fort.
Ecstasy	**693.668 Tabletten**	Die Sicherstellungszahlen von Ecstasytabletten gingen 2017 auffällig zurück. Ausschlaggebend für den starken Rückgang waren die 2017 ausgebliebenen Großsicherstellungen von Ecstasy im Transit (Niederlande-Deutschland-Türkei).
LSD	**38.854 Trips**	Die Menge bewegt sich seit Jahren auf einem sehr niedrigen Niveau und unterliegt leichten Schwankungen.
Illegale Labore zur Herstellung synthetischer Drogen	**14**	Es handelte es sich um 13 Produktionsstätten zur Herstellung von Amphetamin bzw. Methamphetamin und ein Labor zur LSD-Herstellung.

Quelle: BKA 2018

IM FOKUS

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Unter dem Motto „Die Kinder aus dem Schatten holen“ trafen sich im Juni 2017 mehr als 400 Expertinnen und Experten zur Jahrestagung der Drogenbeauftragten in Berlin. Gemeinsam berieten sie, wie die Unterstützung für die drei Millionen Kinder aus suchtbelasteten Familien vorangebracht werden kann. Zahlreiche Initiativen aus ganz Deutschland stellten ihre engagierte Arbeit vor, mit der sie vor Ort betroffenen Kindern und Familien helfen.

Durch die Wahl des Themas als Jahresschwerpunkt hat die Drogenbeauftragte mehr öffentliches Bewusstsein für die Lebenssituation von Kindern aus suchtbelasteten Familien geschaffen und deutlich gemacht, dass Bund, Länder und Kommunen gefragt sind, um die Voraussetzungen für zielgerichtete Hilfen vor Ort zu verbessern und zu schaffen.

„Wir müssen den betroffenen Kindern gemeinsam helfen! Vielen von ihnen fehlt eine familiäre Basis aus Stabilität, Geborgenheit und Verlässlichkeit. Die Folgen können dramatisch sein: So ist die Gefahr, selbst einmal suchtkrank zu werden, bei diesen Kindern drei- bis viermal so hoch wie bei Kindern, deren Eltern keine Suchterkrankung haben. Es darf nicht sein, dass in Deutschland betroffene Kinder noch viel zu häufig übersehen werden und keine Hilfe erhalten, um aus diesem Teufelskreis herauszukommen. Hier müssen sich alle bewegen: Kommunen, Länder, Bund, aber auch Kranken- und Rentenversicherung. Ein erster Schritt ist ein funktionierendes Hilfsnetz vor Ort, also eine ernsthafte Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Suchthilfe, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Ärzten und anderen. Außerdem brauchen wir klare Ansprechpartner für Lehrer und Erzieher in den Kommunen – ich spreche gern von Lotsen. Auch der Bund ist gefragt: Er muss die Zusammenarbeit der Sozialsysteme weiter stärken. Kein Kind darf auf der Strecke bleiben, nur weil es bei der Zusammenarbeit der Kostenträger hakt.“

Marlene Mortler, MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Die Drogenbeauftragte stellt auf ihrer Jahrestagung 2017 ein Plakat für Grundschulen vor. © Thomas Köhler/photothek.net

Auf Initiative der Drogenbeauftragten wurde in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Schuljahresbeginn 2017/18 ein Plakat an alle Grundschulen Deutschlands verschickt. Gut sichtbar - beispielsweise im Lehrerzimmer – angebracht, soll es die Pädagoginnen und Pädagogen für die oftmals schwer zu erkennenden Signale von Kindern aus suchtbelasteten Familien sensibilisieren. Mit der Möglichkeit, einen Ansprechpartner vor Ort einzutragen, soll gewährleistet werden, dass Lehrerinnen und Lehrer im Bedarfsfall weitere Hilfe für ein betroffenes Kind aktivieren können.

Das Plakat sowie die von der Drogenbeauftragten herausgegebene Broschüre „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ können heruntergeladen oder bestellt werden:

www.drogenbeauftragte.de/themen/studien-und-publikationen.html

Auch 2018 setzt die Drogenbeauftragte ihre Arbeit für die Belange von Kindern aus suchtbelasteten Familien fort, u. a. durch die Teilnahme an der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“.

Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“ nimmt Arbeit auf

AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.

Am 12. März 2018 konstituierte sich in Berlin die Bundesarbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“. Zu den von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffenen Kindern zählen auch die drei Millionen Kinder und Jugendlichen, bei denen mindestens ein Elternteil eine Suchterkrankung hat. Die interministerielle Arbeitsgruppe erarbeitet mit Beteiligung von Fachverbänden und Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern.

Diese Arbeitsgruppe ist nicht zuletzt dem hartnäckigen Einsatz vieler Menschen zu verdanken, die seit Jahren auf den besonderen Hilfebedarf dieser betroffenen Kinder aufmerksam machen. Durch das Zusammenspiel von besonders schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen sowie genetischen Faktoren sind Kinder mit psychisch kranken Eltern hochgradig gefährdet, selbst zu erkranken. Umso wichtiger ist also eine frühzeitige, präventive Unterstützung und Hilfe, die rechtlich geregelt, strukturell verankert und vor allem finanziert ist

Bereits 2013 beschäftigte sich die Kinderkommission des Deutschen Bundestages intensiv mit dem Thema. Im Jahr 2014 forderten verschiede Fachverbände in einem gemeinsamen Antrag eine Sachverständigenkommission bei den zuständigen Ausschüssen des Bundestages, die die komplexen Hilfen und Unterstützungsbedarfe untersuchen und daraus bundesrechtliche Handlungsempfehlungen ableiten sollte. Es folgten Anhörungen und politische Initiativen. 2017 setzte auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ mit ihrem Jahresschwerpunkt prominent auf die politische Agenda. Schlussendlich mündete das gemeinsame Engagement in einem interfraktionellen Antrag, der im Juni 2017 einstimmig vom Deutschen Bundestag verabschiedet worden ist. In diesem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, herauszuarbeiten, welchen Unterstützungsbedarf die betroffenen Kinder haben und wie eine optimale interdisziplinäre Versorgung der Kinder psychisch kranker Eltern aussehen kann.

Jutta Decarli, Geschäftsführerin AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., bei der Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2017 | © Drogenbeauftragte/Julia Matuschek

Die Bundesregierung hat sich des Themas nun angenommen und nimmt sich im Koalitionsvertrag selbst in die Pflicht: „Die Schnittstellenprobleme bei ihrer Unterstützung werden wir mit dem Ziel einer besseren Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Hilfesysteme beseitigen“, so der Wortlaut im aktuellen Regierungsprogramm.

Wie diese Verbesserungen im Detail aussehen können, erarbeitet nun die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus relevanten Fachverbänden, Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis unter Beteiligung der zuständigen Bundesministerien für Familie, Gesundheit, Arbeit und Soziales sowie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

Der AFET- Bundesverband für Erziehungshilfen e.V., der sich seit Jahren als treibende Kraft für die Belange der betroffenen Kinder einsetzt, wurde als Geschäftsstelle für die Arbeitsgruppe benannt und koordiniert unter Federführung des Familienministeriums den Arbeitsprozess. Der erste Zwischenbericht, der den Ist-Zustand analysiert und konkret die Schnittstellenprobleme benennt, soll dem Bundestag im Sommer 2018 vorliegen. Im zweiten Schritt sollen dann im Frühjahr 2019 die Handlungsempfehlungen veröffentlicht werden.

IM FOKUS

Suchthilfe und Digitalisierung

Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Leiter des Referats Prävention, Suchthilfe im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

Digitalisierung ist eine Revolution. Sie wird nicht nur die Wirtschaft und die Produktion radikal verändern, sondern auch unsere Kommunikation. Bis auf die Beziehungsebene werden die Auswirkungen spürbar werden. In sehr kurzen Zeitabständen werden immer neue Innovationen marktreif. Die Digitalisierung ist bereits dabei, zunehmend alle Lebensbereiche zu durchdringen und zu verändern.

Was kann die Digitalisierung der Suchthilfe und ihren Patienten/Klienten bieten?
Obwohl der Bedarf an individueller und qualitativ hochwertiger Beratung von Mensch zu Mensch bleiben wird, wird dennoch die Nachfrage und Akzeptanz gegenüber digitalen Dienstleistungen ansteigen. Das Thema Digitalisierung wird deshalb auch für psychosoziale Dienste das Thema in den nächsten Jahren sein.

Wenn in der Suchthilfe oder Suchtprävention bislang das Thema Digitalisierung im Mittelpunkt steht, liegt der Fokus zumeist nur auf den Klienten und Klientinnen. Entweder weil eine mögliche Suchtgefahr durch die exzessive Mediennutzung droht oder weil man die technischen Möglichkeiten als neue Kommunikationskanäle im Kontakt zu Klienten betrachtet. Vielfach unbeachtet bleibt, welche Änderungen des Arbeitsfeldes durch die Angebotsveränderungen für Klientinnen und Klienten entstehen, z. B. dass neue Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt werden. Aber auch die anstehenden Veränderungen von Arbeitsabläufen in der Verwaltung und dem Management von Einrichtungen durch diese Entwicklungen, bis hin zu der Frage wie zukunftsfähig Suchtberatungsstellen, wie wir sie heute kennen, zukünftig noch sind, scheinen mir noch zu wenig im Blickfeld zu sein.

In der Suchtprävention und Suchthilfe haben sich in den letzten Jahren durchaus Aktivitäten entwickelt, digitale Techniken für das Arbeitsfeld zu nutzen. Diesen digitalen Solitärangeboten der Suchthilfe steht im ambulanten Bereich eine Praxis gegenüber, in der potenzielle Klientinnen und Klienten hinnehmen müssen, dass viele Homepages von Suchtberatungsstellen kaum mehr als dürftige Informationen enthalten. Dies betrifft das Angebot, die Mitarbeitenden und ihre Qualifikation. Es sind keine Anfragen per E-Mail möglich oder es werden Gespräche nur zu Zeiten angeboten, zu denen viele arbeiten müssen.

Solchen Gegebenheiten stehen Wünsche und Bedürfnisse seitens der Klienten oder Angehörigen gegenüber, wie eine schnelle kostenlose Unterstützung. Hilfe soll dann zur Verfügung stehen, wenn es gewünscht wird (24 Stunden/7 Tage). Die Inanspruchnahme soll einfach und komfortabel sein.

Ergänzt werden diese Anforderungen durch Wünsche seitens der (finanziellen) Auftraggeber der Einrichtungen: Die individuellen Problemlagen schnell, effektiv, nachhaltig und kostengünstig zu verbessern, um persönliches Leid und gesellschaftliche Folgekosten zu minimieren bzw. potenzielle Problemlagen erst gar nicht entstehen lassen.

Können digitale Assistenzsysteme bei der Bewältigung dieser Anforderungen helfen?
Auf der Basis der Erfahrungen mit den vorhandenen Angeboten seitens der Suchthilfe gibt es mehrere Gründe, weitere digitale Assistenzsysteme zu entwickeln:

- Die aufgezeigten generellen Veränderungen in unserer Umwelt durch digitale Angebote verändern zunehmend auch die Erwartungshaltungen der Klienten und Klientinnen an Suchthilfeangebote.

- Der demographische Wandel führt zu einer Zunahme immobiler Menschen nicht nur im ländlichen Raum. Zusätzlich sorgt die strukturelle Ausdünnung in ländlichen Gebieten auch für eine Reduzierung wohnortnaher Hilfestrukturen.

- Digitale Techniken stellen neue Möglichkeiten der Begleitung von Klientinnen und Klienten zur Verfügung. Der Einsatz digitaler Techniken bietet die Chance den Anspruch der Suchthilfe, individuell auf Klienten einzugehen, weiter auszubauen.

Die Tatsache, dass Suchthilfeangebote nur einen Bruchteil der betroffenen Menschen erreichen, muss Anlass sein, darüber nachzudenken, wie mithilfe digitaler Angebote der Erreichungsgrad erweitert werden könnte. Möglichkeiten der unkomplizierten und niedrigschwelligen Zugänge zum Hilfesystem sind hier primär zu nennen.

Handlungsschritte
Suchthilfeträger sollten das derzeitige Zeitfenster nutzen, sich intensiv mit der Thematik zu beschäftigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortzubilden, zu prüfen, inwieweit digitale Assistenzangebote die aktuellen Hilfemöglichkeiten erweitern können und wenn ja, dann diese mithilfe staatlicher Fördermöglichkeiten zu entwickeln.

Als erster Schritt in diese Richtung wäre es notwendig, dass sich das Arbeitsfeld den aktuellen Entwicklungen stärker öffnet und verstehen lernt, was es eigentlich heißt, am Anfang einer „digitalen Revolution“ zu stehen und welche Auswirkungen diese „disruptive Technologie“ für das eigene Arbeitsfeld hat. Hierbei könnten die Verbände eine koordinierende Funktion übernehmen und entsprechende Fortbildungsangebote anbieten.

In einem zusätzlichen Qualifizierungsprogramm könnten technikaffine und innovative Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Unterstützung der verbandlichen Fortbildungsakademien und Landesstellen für Suchtfragen zu Digitalen Lotsen ausgebildet werden.

Ihr Wissen und ihre Erfahrungen geben die Digitalen Lotsen als Multiplikatoren zielgerichtet an die Kollegen und Kolleginnen weiter. Praktische Umsetzungshilfen im Umgang mit den neuen Anwendungsfeldern digitaler Assistenzmöglichkeiten zählen ebenso zu ihren Aufgaben wie das Bestreben, die Motivation für den digitalen Wandel weiter zu stärken.

Ausblick
Die digitale Revolution ist keine Entwicklung, die man befürworten oder ablehnen kann, sondern ein kultureller Wandel, den es zu gestalten gilt. Die freie Wohlfahrtspflege hat derzeit praktisch ein Monopol in der Suchtprävention und der ambulanten Suchtberatung. Es resultiert neben historischen und gesetzlichen Gründen auch daraus, dass mit diesen Arbeitsfeldern bislang kein Geld zu verdienen ist. Sollte letzteres, durch die Etablierung neuer, digitaler Geschäftsmodelle möglich werden, könnten Start-ups ganz schnell Angebote etablieren, die nicht unbedingt in der Tradition der Suchthilfeträger stehen (analog den zunehmend erfolgreicheren Fin Techs in der Finanzwirtschaft) und die zu einer völligen Neujustierung der Arbeitsfelder führen könnten.

Ich würde mir wünschen, dass die Suchthilfeträger einer solchen Entwicklung nicht passiv zusehen, sondern möchte sie ermuntern, die fachlichen Kompetenzen der Suchthilfe um digitale Kompetenzen zu erweitern und diese Angebote selbst zur Verfügung zu stellen. Unterstützt werden sollten sie dabei allerdings durch Initiativen der Länder oder des Bundes. In Hessen finanziert z. B. das Land für diese Thematik schon Personalkapazitäten bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS).

Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden

Prof. Dr. Georg Schomerus, Klinik für Psychiatrie, Universitätsmedizin Greifswald

Sucht und Stigma

Suchtkrankheiten sind häufig und betreffen Menschen aus allen sozialen Schichten. Trotzdem werden Personen mit Suchtproblemen und ihre Angehörigen als Randgruppe betrachtet und stigmatisiert. Stigmatisierung ist ein Prozess, in dem ein bestimmtes Merkmal, z. B. eine Suchtkrankheit, dazu führt, dass Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden. Das Stigma vergrößert Suchtprobleme, es macht das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen schwerer. Stigmatisierung tritt in vielfältiger Form auf: Sie wird vom Einzelnen erlebt, befürchtet oder durch Geheimhaltung und sozialen Rückzug vermieden. Stigmatisierung findet nicht nur im Kontakt zwischen Menschen statt (öffentliches Stigma), sondern zeigt sich auch in diskriminierenden Strukturen und Regeln (strukturelles Stigma). Persönliche stigmatisierende Einstellungen können zur Abwertung anderer Menschen, aber auch zur Selbststigmatisierung führen, wenn eine Person sich mit eigenen Suchtproblemen auseinandersetzen muss.

Das Stigma von Suchterkrankungen hat eine starke normative und moralische Konnotation. Internationale Bevölkerungsstudien zeigen, dass die Wahrnehmung von Suchterkrankungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen geprägt ist von stärkeren Schuldvorwürfen, einer geringeren Akzeptanz eines Krankheitskonzepts von Sucht, und einer stärkeren persönlichen Ablehnung der Betroffenen. Durch Ablehnung und persönliche Abwertung wird Menschen mit Suchtkrankheiten signalisiert, dass ihr Verhalten nicht akzeptabel ist, und dass sie mit ihrem Problem im persönlichen Umfeld anderer Menschen nicht geduldet werden. 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.

Grafik: Jakob Rheinländer

Stigmatisierung macht Suchtprobleme größer, nicht kleiner

Stigma erschwert eine Veränderung des Suchtverhaltens. Das Stigma von Suchtkrankheiten isoliert Menschen, die Hilfe brauchen, und entwertet Menschen, die Kraft und Selbstvertrauen benötigen, um mit einem schwerwiegenden Problem fertig zu werden. Dies gilt ebenso für die Angehörigen. Je schwerer Menschen von Suchtkrankheiten betroffen sind, desto verwundbarer sind sie und desto mehr Hilfe benötigen sie, gleichzeitig werden sie und ihre Familien jedoch umso stärker von Ausgrenzung und Diskriminierung getroffen. Zur Vermeidung von Stigmatisierung werden Behandlung und Hilfe vermieden. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten löst keine Probleme, sie verstärkt diese nur. Dabei findet Stigmatisierung in vielen Bereichen statt: im privaten Umfeld, in der Öffentlichkeit, im Arbeitsleben, aber auch im medizinischen und therapeutischen Hilfesystem. Selbst Gesundheitsförderung und Prävention können stigmatisierend sein, wenn sie Betroffene abwerten und ausgrenzen, indem z. B. die Darstellung überzeichneter Verläufe der Abschreckung dienen soll. Der durch Abschreckung erzielte primärpräventive Effekt ist zweifelhaft, jede Überzeichnung und Stereotypisierung schadet aber der stigmatisierten Minderheit der Betroffenen.

Die Stigmatisierung ist nicht nur ein individuelles Problem für die Betroffenen und Angehörigen, deren Belastung vergrößert wird. Es ist auch ein Problem für die öffentliche Gesundheit, weil es die Krankheitslast von Suchtkrankheiten vergrößert und damit vermeidbare Zusatzkosten verursacht. Stigmatisierung ist zudem ein ethisches Problem, weil die Gruppe der Betroffenen diskriminiert und damit ungerecht behandelt wird. Nicht zuletzt wird durch die Stigmatisierung die Menschenwürde der Betroffenen verletzt.

Ein besserer Umgang mit Suchtkrankheiten ist möglich
Entstigmatisierung bedeutet nicht, Probleme im Zusammenhang mit Suchterkrankungen kleinzureden, sondern bessere Lösungen für diese Probleme zu finden und verfügbar zu machen. Die Entstigmatisierung von Suchtkrankheiten kann nur durch einen alternativen, besseren Umgang mit Suchtkrankheiten gelingen. Nicht Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung, sondern Wertschätzung und Befähigung (Empowerment) müssen im Zentrum von Prävention, Behandlung sowie dem alltäglichen Umgang mit Suchtkrankheiten stehen. Nicht zuletzt ermöglicht eine Entstigmatisierung den Betroffenen zunehmend, selbst für ihre Rechte einzutreten, weil eine Offenlegung eigener Suchtprobleme einfacher wird. Diese Offenlegung kann dann weiter zur Entstigmatisierung des Problems in der Öffentlichkeit beitragen.

Im September 2016 fand in Greifswald eine einwöchige Klausurtagung statt, die von der psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Greifswald in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) ausgerichtet und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde. Dabei kamen Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Prävention, Suchthilfe, Rehabilitation, Psychiatrie, Psychotherapie, Soziologie, Ethik, Epidemiologie, Werbung und Stigmaforschung zusammen. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind in ein Memorandum eingeflossen, das Wege aufzeigt, wie das Stigma von Suchterkrankungen verstanden und überwunden werden kann.

Das vollständige Memorandum können Sie hier lesen:

www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf

IM FOKUS

Geflüchtete Menschen und Drogengebrauch

Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt University of Applied Sciences

Drogengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit sowie ihre gesundheitlich-sozialen und rechtlichen Folgen sind wichtige Themen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Die Auswirkungen von Drogenkonsum und -abhängigkeit auf die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen, auf ihren Lebensunterhalt und ihre Teilhabe am sozialen Leben sind beträchtlich. Dies gilt in erheblichem Maße auch für geflüchtete Menschen, bei denen Drogenkonsum zudem zum zentralen Integrationshindernis werden kann. Geflüchtete Menschen haben Erfahrungen gemacht – und machen diese noch immer –, die spezielle Konsum- und Suchtrisiken bergen. Schon deshalb ist zu klären, in wieweit die bestehenden Instrumente der Prävention, Schadensminderung und Behandlung bei ihnen wirksam sind, sie überhaupt in Anspruch genommen werden (können) und wie sie finanziert werden. Hinzu kommt, dass sprachliche, kulturelle und strukturelle Barrieren - nicht zuletzt die Unkenntnis über die geltenden Versorgungsstrukturen - geflüchtete Menschen vor zusätzliche Herausforderungen stellen. Zu einem ernsthaften Integrationshindernis kann neben der Abhängigkeit selbst das fehlende Wissen über die Rechtslage im Zusammenhang mit Suchtstoffen werden. Bei Veranstaltungen der Drogenbeauftragten, der Länder und Kommunen wurden folgende Beobachtungen zusammengetragen:

- Der Konsum von Drogen (legale wie illegale) unter geflüchteten Menschen ist einerseits Ausdruck des übergroßen Angebotes und der gesellschaftlichen Akzeptanz (insbesondere von Alkohol und Tabakprodukten), andererseits oft eine Form der Selbstmedikation: Bewältigung von psychischen Belastungen, die vor, während oder nach der Flucht bestanden.

- Aus dem Konsum von Substanzen kann nicht immer gleich auf Abhängigkeit, sondern auf Substanzgebrauchsstörungen unterschiedlicher Schwere geschlossen werden, weswegen der Blick zunächst auf den Konsum und auf die Prävention gerichtet werden sollte, insbesondere muss Aufklärung über die Rechtslage und den Umgang mit und die Wirkweise von Substanzen stattfinden.

- Risikofaktoren sind: junges Alter, männliches Geschlecht, kein soziales Netz, schlechter Zugang zu Bildungseinrichtungen. Die größten Probleme entstehen aber erst, wenn die Flüchtlinge in Deutschland sind und keine Perspektiven – keine Beschäftigung, keine Arbeit und ein Leben in Sammelunterkünften – haben.

- Opioidkonsumierende geflüchtete Menschen fallen zunehmend auf in der Drogenszene. In Drogenkonsumräumen und in Substitutions-Ambulanzen werden auch geflüchtete Menschen mit einer Opioidabhängigkeit beraten und behandelt. Früher hatten die Konsumierenden allerdings in der Regel bereits länger in Deutschland gelebt und waren besser integriert, sodass die Ausgangsbedingungen zur Behandlung besser waren. Heute ist die Behandlung von Flüchtlingen oft mit vielen Problemen verbunden, insbesondere wegen der Sprachschwierigkeiten und fehlenden Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie mangelnder Finanzierungsmöglichkeiten der Behandlung.

- Es sind zahlreiche Risikofaktoren für einen problematischen Glücksspielkonsum vorhanden. Spielhallen und Gaststätten mit legalen und illegalen Glücksspielangeboten sind ein Treffpunkt für viele Migrantinnen, Migranten und geflüchtete Menschen. Die hohe Verfügbarkeit von Geldspielautomaten und weiteren Glücksspielangeboten kann zu Konsumrisiken führen. Es gibt bereits verschiedene Initiativen zur Prävention – etwa von der „Landesstelle für Suchtfragen“ in Hessen oder des „Ethnomedizinischen Zentrums Hannover“ – aber noch keine abschließende Auswertung dieser Erfahrungen mit Präventionsarbeit unter Flüchtlingen.

- Es gibt keine strukturierten Zugänge zu ersten Hilfsmaßnahmen. Ein besonders großes Problem sind die vielen verschiedenen Sprachen und die fehlenden Übersetzerinnen und Übersetzer, sodass die Betroffenen kaum unterstützt werden können. Die Suchthilfe ist für geflüchtete Menschen daher oft nur sehr schwer zugänglich.

Vor diesem Hintergrund lässt das Bundesministerium für Gesundheit eine Expertise „Geflüchtete Menschen und Drogen-/Abhängigkeitsproblematik“ erstellen. Die Zielsetzungen der Analyse der Frankfurt University of Applied Sciences in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung Frankfurt a. M. bestehen in der Erstellung eines Überblicks über die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Behandlung von drogenabhängigen geflüchteten Menschen (Entzug, Rehabilitation, Opioid-Substitutionsbehandlung). Dabei werden die bisher gesammelten Erfahrungen (Prävention, Schadensminderung, Behandlung und ihre Finanzierung) einbezogen.

Erste Ergebnisse der Expertise zeigen, dass in Deutschland bereits präventive Maßnahmen und Behandlungsformen in unterschiedlichen Settings existieren, allerdings nicht flächendeckend. Der Abschlussbericht inklusive einer Übersicht der vorhandenen Projekte und Maßnahmen der Prävention und Suchthilfe für geflüchtete Menschen sowie für Fachkräfte wird 2018 veröffentlicht.

Sozialisation durch Medien

Kristin Baars & Prof. Dr. Kim Otto, Universität Würzburg

In der heutigen Gesellschaft werden Medien immer wichtiger und ihre Bedeutung als Sozialisationsinstanz ist anerkannt (vgl. Bonfadelli 1981; Hunziker 1988; Schorb 2005; Pürer 2014). So werden durch Massenmedien Normen, Werte und Verhaltensweisen vermittelt, wobei sie insbesondere für Jugendliche eine Orientierungsfunktion besitzen. Jugendliche suchen über die Rezeption von Medien Anregungen für den Umgang mit entwicklungsbedingten Themen, erhoffen sich Hinweise für die Bewältigung aktueller Problemlagen, z. B. hinsichtlich des Umgangs mit Drogen, und suchen Antworten auf ethisch-moralische Fragen, um ihr Normen- und Wertegefüge auszuformen. Darüber hinaus halten Jugendliche Ausschau nach personalen Vorbildern (vgl. Theunert 2005). Der KIM-Studie zufolge geben nahezu 50 Prozent der befragten Kinder an, ein Vorbild zu haben, wobei das Fernsehen eine zentrale Rolle spielt: Ein Drittel der Kinder nennt Personen bzw. Schauspieler aus Film und Fernsehen. Der Anteil der Kinder, die in einer Person ihres Nahbereichs (Familie, Freunde) ihr Vorbild sehen, beträgt nur 12 Prozent (MFPS 2015).

Die Studien verweisen darauf, dass Medien auf Einstellungen und Handlungsweisen von Jugendlichen Einfluss nehmen sowie, dass Drogenkonsum als Antwort auf einen oder mehrere der zuvor erwähnten Suchbereiche von Jugendlichen gegeben wird. Wie stark diese Einflussnahme ausgeprägt ist, hängt von den individuellen Voraussetzungen der Jugendlichen ab. So stellten Wissenschaftler fest, dass wenngleich die Einstellung zu Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen primär durch eigene Erfahrungen geprägt ist, Medien als sogenannte „Super-Peers“ auftreten. Hierbei ist insbesondere die subjektive Norm von Jugendlichen betroffen. Das heißt, je realistischer die mediale Darstellung des Konsums von Tabak ist und je mehr sich der Jugendliche mit dem konsumierenden Protagonisten identifizieren kann, desto positiver bewerten sie den Konsum. Der Realitätsgrad der Darstellung beeinflusst sie allerdings auch hinsichtlich ihrer Einschätzung, wie weit Alkohol- bzw. Tabakkonsum verbreitet ist (objektive Norm). Umso authentischer der Konsum dieser Drogen in der Darstellung auf sie wirkt, desto größer wurde die Anzahl der Jugendlichen, welche die Verbreitung des Konsums überschätzten (vgl. Elmore et al. 2017).

Darüber hinaus wurden individuelle und soziale Faktoren identifiziert, die einen Einfluss auf suchthaftes Verhalten von Jugendlichen haben. So erhöhen eine niedrige Gewissenhaftigkeit (Impulsivität, geringes Verantwortungsbewusstsein) sowie ein negatives soziales Klima im Klassenverband das Risiko einer Internetsucht, wobei sich dieser Zusammenhang im Lauf der Zeit noch verstärkt. Der Faktor des aggressiven Klassenklimas lässt insbesondere bei Mädchen die Gefahr onlinesüchtig zu werden ansteigen – sie ziehen sich sozial zurück und ‘flüchten‘ ins Internet (vgl. Stavropoulos et al. 2016). Vor diesem Hintergrund ist es notwendig die Verbreitung der Darstellung von Drogen und Süchten in Massenmedien zu betrachten.

Die Darstellung von Drogen in Medien
Eine quantitative Inhaltsanalyse des Fernsehprogramms der Sender ARD, ZDF, RTL, RTL2, RTL Nitro, ProSieben sowie Sat.1 zeigt, dass insbesondere legale Drogen häufig im deutschen Fernsehen dargestellt werden. Hierbei ist Alkohol – mit weitem Abstand – die am häufigsten gezeigte Droge. In sechs von zehn Sendungen sind alkoholische Getränke sichtbar und in vier von zehn Sendungen wird deren Konsum dargestellt. Hinsichtlich der Genres fällt auf, dass insbesondere in fiktionalen Formaten Alkohol sehr präsent ist. So wird der Konsum alkoholischer Getränke in nahezu jedem Film (95,8 Prozent), in zwei von drei Serien (61,2 Prozent) und in fast der Hälfte der Dailysoaps (45,8 Prozent) gezeigt. Besonders auffallend ist, dass Alkoholkonsum in zuvor genannten Formaten zwar vielfach dargestellt wird, eine negative Bewertung allerdings nur in vier Prozent aller Sendungen stattfindet (vgl. Otto et al. 2018a).

Die Präsenz von Tabak ist zwar geringer als die von Alkohol, jedoch wird auch dieser in nahezu jeder vierten Fernsehsendung gezeigt. Somit ist Tabak die am zweithäufigsten gezeigte Droge im deutschen Fernsehen, wenngleich sie seltener zu beobachten ist als noch 2006 (vgl. Hanewinkel et al. 2006). Der Genrevergleich zeigt, dass der Konsum von Tabak primär in Filmen (37,5 Prozent) und Dokumentationen (33,3 Prozent) zu sehen ist und dass es sich hierbei fast immer um Zigaretten handelt. Cannabis, chemische Drogen und Medikamentenmissbrauch werden indes nur sehr selten gezeigt, jeweils in weniger als 2,3 Prozent der untersuchten Sendungen. Auch die Darstellung stoffungebundener Süchte (z. B. Spielsucht, Magersucht, Medienabhängigkeit) erfolgt im deutschen Fernsehen eher selten, sie werden in 1,9 Prozent der Sendungen gezeigt (vgl. Otto et al. 2018a).

Eine Untersuchung der bei Jugendlichen beliebten YouTube-Videos ergab, dass auch hier am häufigsten Alkohol bzw. dessen Konsum gezeigt wird. So wurden alkoholische Getränke in 18,5 Prozent der Videos gezeigt sowie in acht Prozent wurde deren Konsum dargestellt. Am zweithäufigsten, wenngleich deutlich seltener, wurden Tabak/Nikotin in den 200 untersuchten YouTube-Videos gezeigt. In 7,5 Prozent der Videos wurden Tabakerzeugnisse gezeigt, in 5,5 Prozent wurde der Konsum – primär von Zigaretten – dargestellt. In vier Prozent der YouTube-Videos wurden Joints geraucht, der Konsum anderer illegaler Drogen wie z. B. Kokain oder Chrystal Meth konnte in 2,5 Prozent der Videos beobachtet werden (vgl. Otto et al. 2018b). Im Hinblick auf den bestehenden Forschungsstand verdeutlichen die Ergebnisse dieser Studie, dass in YouTube-Videos stoffgebundene Drogen nicht im gleichen Umfang präsent sind wie im deutschen Fernsehen (vgl. Lukesch et al. 2003; Otto et al. 2018a).

Hinsichtlich der Werbemaßnahmen für Tabak belegen bereits zahlreiche Studien (zur Übersicht: DiFranza et al. 2006) den Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und der Anfälligkeit von Kindern und Jugendlichen, das Rauchen zu beginnen oder auszuprobieren. Die Wirkung von Alkoholwerbung ist ebenfalls dokumentiert. Studien zeigen, dass es einen konsistenten Zusammenhang zwischen medialer Rezeption (z. B. Alkohol in TV-Sendungen, Filmen, Zeitschriften) und Alkoholkonsumindizes bei Jugendlichen gibt (vgl. Collins et al. 2007; Henriksen et al. 2008; Fisher et al. 2007).

2.2 Suchtstoffe, Suchtformen, Regulierung

2.2.1. Tabak

Substanz und Wirkung

Der Hauptwirkstoff der Tabakpflanze ist das Nikotin: Wird Nikotin im Zigarettenrauch einer klassischen Zigarette 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 auch noch Zusatzstoffe beigemengt, 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. Dadurch werden nicht nur die Atemwege durch das Rauchen geschädigt, sondern es ist beinahe jedes Organ 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.

Beim Verbrennen von Tabak entsteht überdies Kohlenmonoxid. Das Einatmen von Kohlenmonoxid kann auch der Zigarettenfilter nicht verhindern. 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 an. Gleichzeitig sinkt die allgemeine Leistungsfähigkeit, und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt zu.

Beim Verbrennen von Tabak in Zigaretten entstehen zwei Arten von gesundheitsschädlichem Rauch: Beim Zug an der Zigarette bildet sich der Hauptstromrauch. Dieser wird vom Raucher direkt inhaliert. In der Glutzone entsteht eine Temperatur von bis zu 1.000 Grad Celsius. Glimmt die Zigarette bis zum nächsten Zug weiter, entsteht der Nebenstromrauch. Während dieser Zeit verbrennt der Tabak nur bei bis zu 600 Grad Celsius. Der Nebenstromrauch gelangt in die Umgebungsluft und wird auch von Nichtrauchern eingeatmet (Passivrauchen). Dieser ist deshalb so gesundheitsschädlich, weil durch die niedrigeren Temperaturen die Verbrennung des Tabaks weniger vollständig als beim Hauptstromrauch erfolgt. Dadurch ist gerade hier die Konzentration von Schadstoffen wie Kohlenmonoxid oder Benzol besonders hoch.

Konsum und Prävalenzen

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass Rauchen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark verbreitet ist. Jugendliche und Erwachsene mit einem niedrigen sozioökonomischen Status rauchen häufiger als sozial bessergestellte Teile der Bevölkerung (siehe Abb. 06). Einen Überblick, wie viele Jugendliche und Erwachsene rauchen, bietet Tabelle 03.

Bei Heranwachsenden spielt das Rauchverhalten in der Familie und in der Peergroup eine große Rolle. Mädchen und Jungen mit rauchenden Elternteilen rauchen häufiger als Jugendliche, deren Eltern nicht rauchen. Einen starken Effekt haben auch rauchende Freundinnen und Freunde (siehe Abb. 08 und 09).

Trends

- Der Anteil rauchender Jugendlicher hat sich in den vergangenen 10 bis 15 Jahren um zwei Drittel verringert.
- Die Raucherquote bei Erwachsenen ist seit 2003 um etwa 30 Prozent gesunken.
- Der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, hat sich in den letzten 10 bis 15 Jahren halbiert.

TABELLE 03

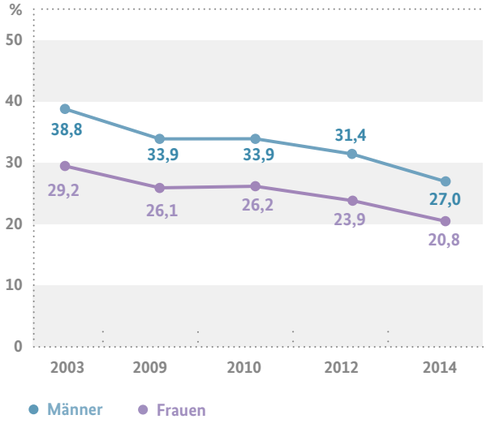
Prävalenzen des Rauchens (Zigaretten) bei Jugendlichen und Erwachsenen

	Jugendliche		Junge Erwachsene	Erwachsene	
Alter	11–17 Jahre	12–17 Jahre	18–25 Jahre	18–64 Jahre	ab 18 Jahren
Datenquelle	RKI: KiGGS2	BZgA: Alkoholsurvey	BZgA: Alkoholsurvey	IFT: ESA	RKI: GEDA-EHIS
Jahr	2014-2017	2016	2016	2015	2014-2015
Raucherquote	tägliches und gelegentliches Rauchen	derzeitiges Rauchen, auch gelegentlich	derzeitiges Rauchen, auch gelegentlich	Rauchen in den letzten 30 Tagen	tägliches und gelegentliches Rauchen
insgesamt	7,2 %	8,3 %	29,8 %	28,7 %	23,8 %
weiblich	7,4 %	6,1 %	24,4 %	26,1 %	20,8 %
männlich	7,0 %	10,5 %	34,8 %	31,2 %	27,0 %
Nieraucher		79,4 %	38,7 %		45,5 %
Ehemalige Raucher (inkl. ausprobieren), derzeit Nichtraucher		12,3 %	31,5 %		30,7 %

Daten stehen aus verschiedenen Studien zur Verfügung. Durch Unterschiede in den Fragestellungen und in der Methodik sowie in den befragten Altersgruppen ergeben sich gewisse Abweichungen. Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang.

ABBILDUNG 05

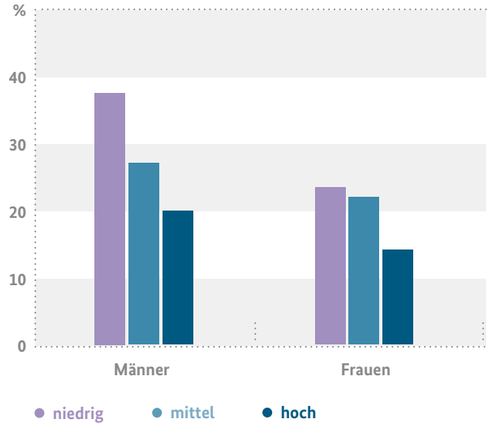
Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei Erwachsenen (18+)



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

ABBILDUNG 06

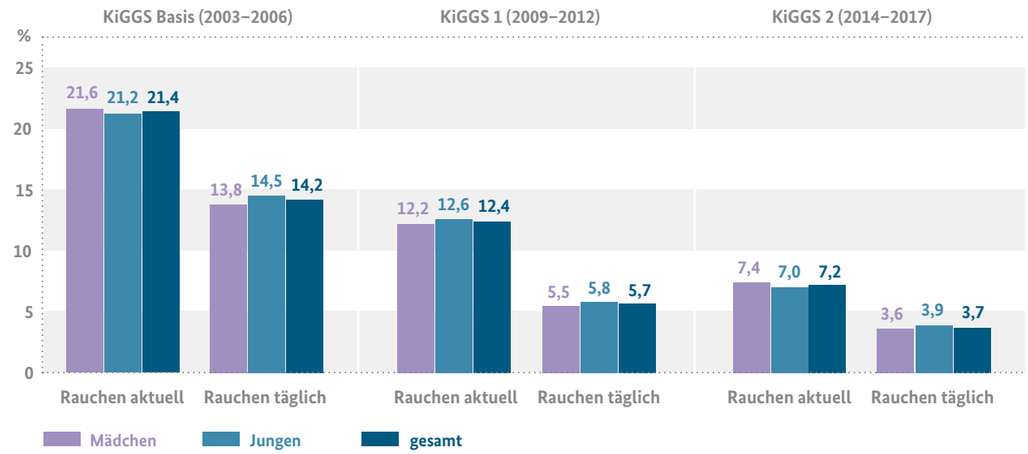
Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Sozialstatus



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

ABBILDUNG 07

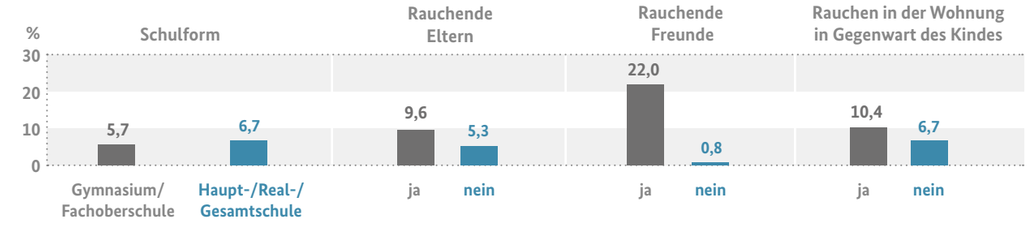
Entwicklung des Tabakkonsums bei 11- bis 17-Jährigen (tägliches und gelegentliches Rauchen)



Quelle: KiGGS Basis, KiGGS 1, KiGGS 2, RKI

ABBILDUNG 08

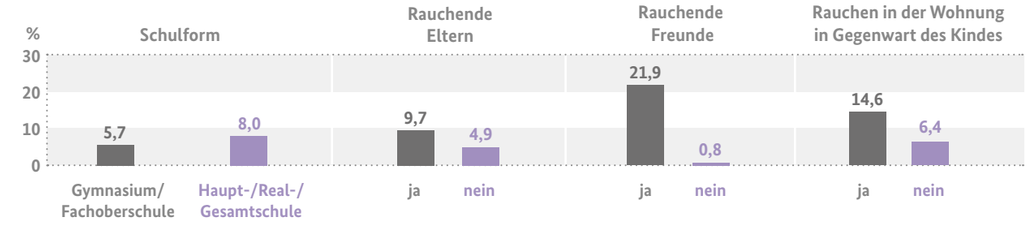
Aktuelles Rauchen bei 11- bis 17-jährigen **Jungen** nach Faktoren der sozialen Umgebung



Quelle: KiGGS 2 (2014–2017), RKI

ABBILDUNG 09

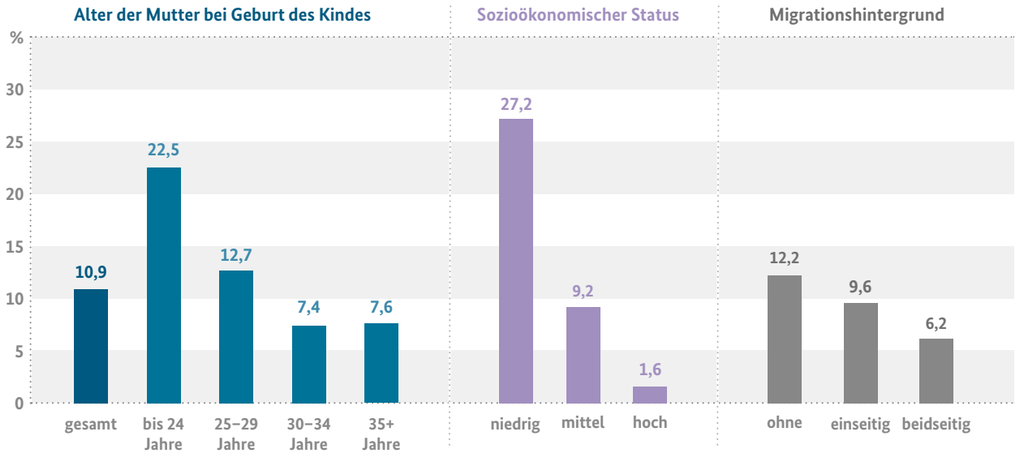
Aktuelles Rauchen bei 11- bis 17-jährigen **Mädchen** nach Faktoren der sozialen Umgebung



Quelle: KiGGS 2 (2014–2017), RKI

ABBILDUNG 10

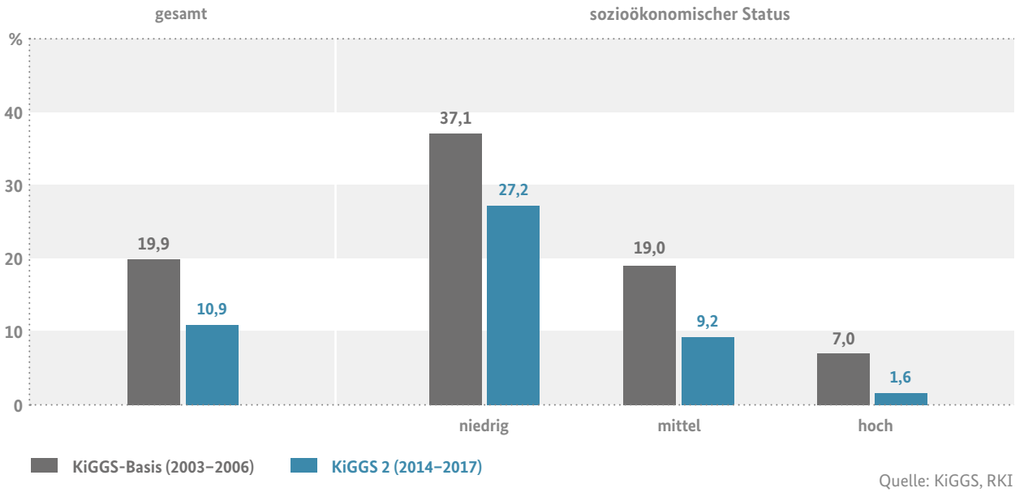
Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft bei 0- bis 6-jährigen Kindern (Geburtsjahrgänge 2007–2016) nach Alter der Mutter bei Geburt des Kindes, Sozialstatus und Migrationshintergrund



Quelle: KiGGS 2 (2014–2017), RKI

ABBILDUNG 11

Trends im Rauchverhalten während der Schwangerschaft bei Müttern von 0- bis 6-jährigen Kindern insgesamt und nach sozioökonomischem Status



Quelle: KiGGS, RKI

Neue Rauchprodukte

Elektronische Zigaretten

Elektronische Zigaretten (E-Zigaretten) bestehen aus einem Mundstück, einem Akku, einem elektrischen Vernebler sowie einer Wechsel-Kartusche, in der sich eine Flüssigkeit („Liquid“) befindet. Bei einigen Modellen leuchtet dabei eine Diode (LED) am vorderen Ende auf, die das Glimmen einer Tabakzigarette imitiert. Der Konsum von E-Zigaretten wird als „Dampfen“ bezeichnet. E-Zigaretten enthalten im Unterschied zur klassischen Zigarette keinen Tabak. Auch eine Verbrennung findet nicht statt. Stattdessen wird beim Ziehen am Mundstück das Liquid vernebelt, sodass es als Aerosol inhaliert werden kann.

Das Aerosol von E-Zigaretten besteht aus feinen und ultrafeinen Flüssigkeitspartikeln aus Propylenglykol und/oder Glyzerin, Aromen und zumeist dem Suchtstoff Nikotin. Daneben kann es in Abhängigkeit von der Art der E-Zigarette, deren Leistung, dem verwendeten Liquid sowie dem Nutzerverhalten weitere schädliche Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, reaktive Sauerstoffverbindungen und Metalle enthalten. Während die Nikotinaufnahme der der klassischen Zigarette entsprechen kann, liegt die Konzentration der weiteren Schadstoffe im E-Zigarettenaerosol bei sachgemäßem Gebrauch allerdings deutlich unter dem Rauch der konventionellen Zigarette. In Einzelfällen kann sie unter bestimmten Nutzungsbedingungen allerdings auch gleich oder sogar höher ausfallen (Pisinger et al., 2014; Shields et al., 2017). Der Gebrauch von E-Zigaretten ist in den vergangenen Jahren angestiegen, wobei die Produkte vor allem für bisherige Zigaretten-Raucher/innen und jüngere Menschen interessant sind.

Vor allem jüngere Menschen im Alter von 16 bis 29 Jahren probieren E-Zigaretten aus: In dieser Altersgruppe hat fast ein Fünftel jemals E-Zigaretten verwendet, mit zunehmendem Alter nimmt dieser Anteil kontinuierlich ab.

Der regelmäßige Konsum von E-Zigaretten liegt deutlich niedriger als die Jemalsnutzung. Dabei variiert der Anteil der aktuellen Nutzerinnen und Nutzer je nach Rauchstatus.

Weniger Tabak zu rauchen oder ganz damit aufzuhören sind wichtige Gründe für den Konsum von E-Zigaretten. Auch wenn noch keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von

TABELLE 04

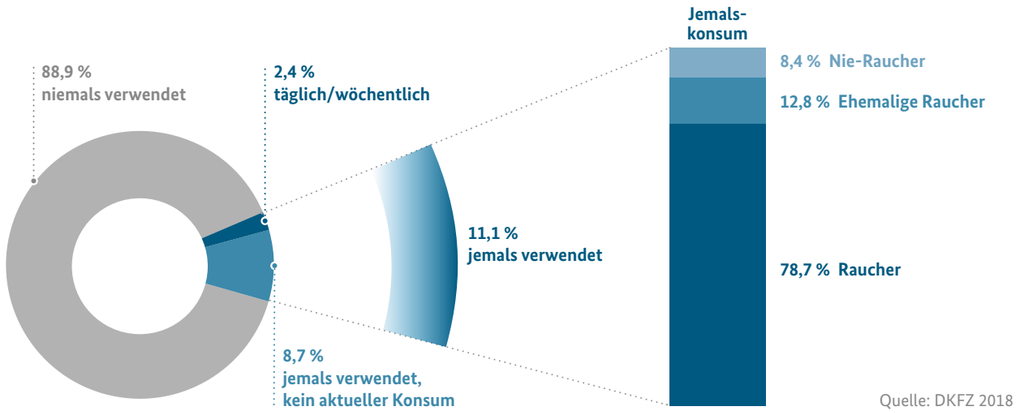
Prävalenzen der Nutzung von E-Zigaretten bei Jugendlichen und Erwachsenen

Altersgruppe	12–17 Jahre	18–25 Jahre	16+	14+
Datenquelle	BZgA: Alkoholsurvey	BZgA: Alkoholsurvey	DKFZ	DEBRA
Jahr	2016	2016	2017	2017
E-Zigarette				
Jemalskonsum	13,0 %	26,1 %	11,2 %	9,8 %
Konsum in den letzten 30 Tagen	4,2 %	7,0 %		
Tägl./wöchentl. Konsum			2,4 %	
Aktueller Konsum				1,9 %

Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang

ABBILDUNG 12

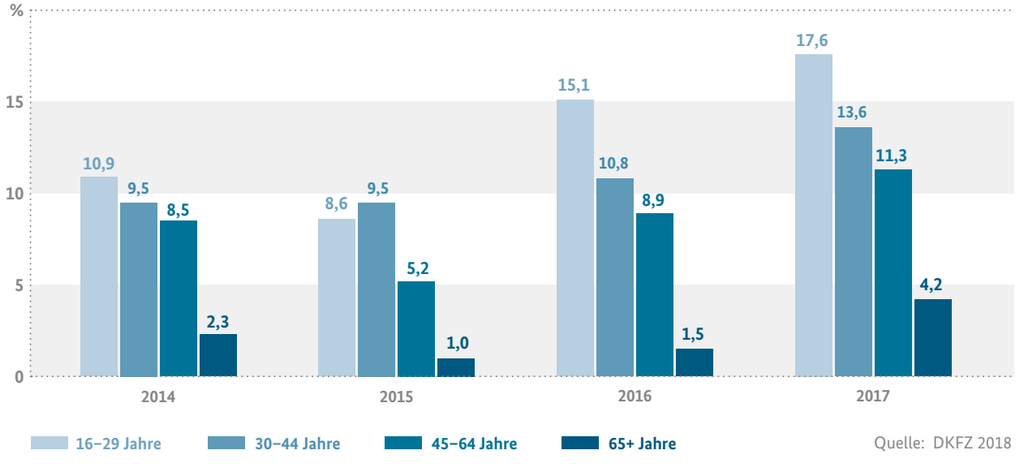
Nutzung von E-Zigaretten (2017) in Bezug zum Rauchstatus (bezogen auf herkömmliche Tabakprodukte)



Quelle: DKFZ 2018

ABBILDUNG 13

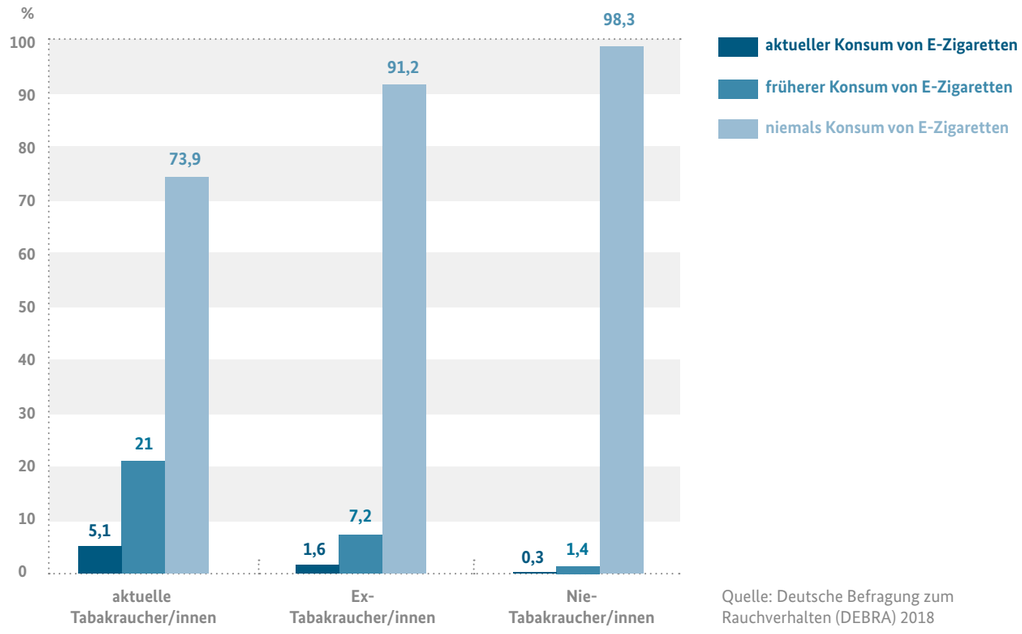
Zeitlicher Verlauf der Jemalsnutzung von E-Zigaretten nach Alter



Quelle: DKFZ 2018

ABBILDUNG 14

E-Zigarettennutzung (in den letzten 12 Monaten) nach Rauchstatus



Quelle: Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) 2018

TABELLE 05

Prävalenzen der Nutzung von Wasserpfeifen und E-Shishas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Altersgruppe	Jugendliche 10–18 Jahre	Jugendliche 12–17 Jahre	Junge Erwachsene 18-25 Jahre
Datenquelle	DAK	BZgA: Alkoholsurvey	BZgA: Alkoholsurvey
Jahr	2017	2016	2016
Wasserpfeife			
jemals probiert	22 %	26,2 %	66,9 %
Konsum in den letzten 30 Tagen	6 %	10,6 %	18,9 %
E-Shisha			
jemals probiert		15,4 %	14,4 %
Konsum in den letzten 30 Tagen		3,6 %	3,0 %

Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang

E-Zigaretten zur Tabakentwöhnung vorliegt, ist sie in der Praxis die am häufigsten eingesetzte Methode zur Unterstützung der Tabakentwöhnung (DEBRA 2018). Seit 2014 geben jedes Jahr etwa 3 % der Raucherinnen und Raucher an, einen Rauchstopp mithilfe von E-Zigaretten versucht zu haben. Der Anteil der ehemaligen Raucher, die erklären, mit dem Einsatz von E-Zigaretten mit dem Rauchen aufgehört haben, stieg von 0,2 % im Jahr 2014 auf 1,8 % im Jahr 2017 an (DKFZ, 2018).

Tabakerhitzer

Ein Tabakhersteller brachte im Jahr 2016 ein Tabakprodukt auf den deutschen Markt, bei dem eine spezielle Mini-Zigarette in einem Halter elektronisch auf etwa 250 bis 300°C erhitzt wird. Das beim Gebrauch dieser Produkte entstehende Aerosol, das vom Konsumenten wie beim Rauchen inhaliert wird, enthält eine Reihe derselben Schadstoffe wie Tabakrauch, darunter Kohlenmonoxid und krebserzeugende Substanzen, jedoch in geringeren Mengen als der Tabakrauch der klassischen Zigarette (Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), 2017; Committees on Toxicity, Mutagenicity, Carcinogenicity of Chemicals in Food, Consumer Products and the Environment, 2017). Allerdings geben Tabakerhitzer krebserzeugende Substanzen in größeren Mengen ab als sachgerecht gebrauchte E-Zigaretten (BfR, 2017; Murphy et al. (2018). Da Tabakerhitzer im Blut des Konsumenten dem Rauchen vergleichbare Nikotinspiegel erzeugen, ist davon auszugehen, dass sie ein der klassischen Zigarette im Wesentlichen entsprechendes Abhängigkeitspotential bergen (BfR, 2017; Haziza et al. 2016).

Wasserpfeifen und E-Shishas

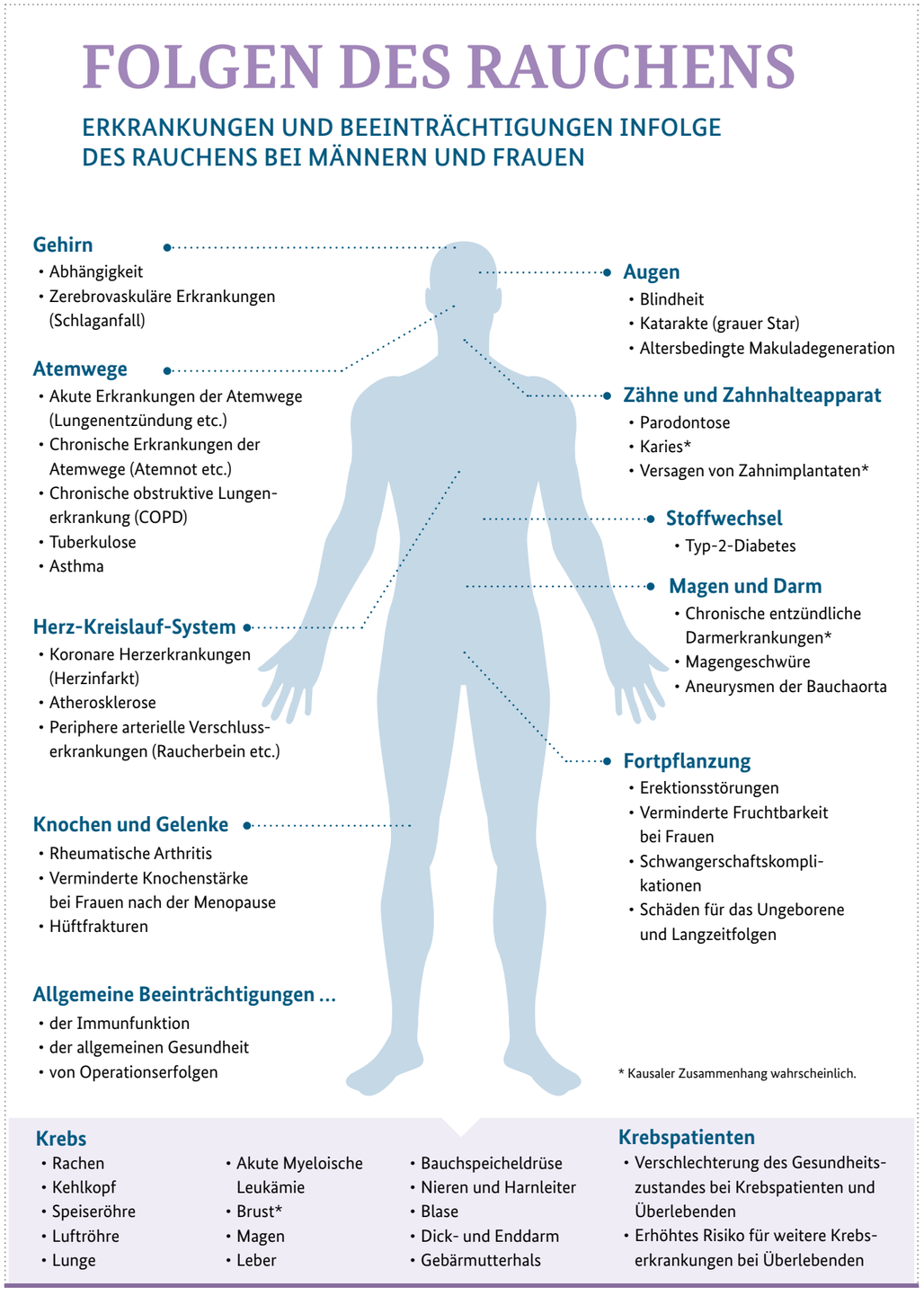
Die Wasserpfeife stammt ursprünglich aus Indien. Populär wurde sie vor rund 600 Jahren in den arabischen Ländern. Dort wird die Wasserpfeife auch Shisha genannt. Für Wasserpfeifen wird spezieller Tabak verwendet. Die Grundsubstanz des Wasserpfeifentabaks wird Melasse genannt. Sie besteht aus einer Mischung von Tabakblättern und Zusätzen aus Zuckerrohr. Die Funktionsweise einer E-Shisha ist mit der einer E-Zigarette vergleichbar. Auch E-Shishas setzen sich aus einem Mundstück, einem Akku bzw. einer Batterie, einem elektrischen Verdampfer sowie einer Kartusche mit Liquid (Flüssigkeit) zusammen. Basis des Liquids ist Propylenglykol, häufig auch Glyzerin. Beigefügt werden verschiedene, zumeist süßliche Aromastoffe, die die Geschmacksrichtung des Liquids bestimmen. Es gibt Liquids mit und ohne Nikotin. Daten zur Verbreitung des Konsums liegen für Jugendliche und junge Erwachsene vor.

Gesundheitliche Folgen des Rauchens

Die Gesundheitsschäden durch Rauchen sind erheblich. Schätzungen zufolge sterben in Deutschland jährlich 121.000 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 außerdem 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. Rauchen in der Schwangerschaft stellt für die Entwicklung des ungeborenen Kindes ein erhebliches Risiko dar. Die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe beeinträchtigen die fetale Sauerstoffversorgung und hemmen so zentrale Wachstums- und Reifungsprozesse. Schwangerschaftskomplikationen wie Fehl-, Früh- und Totgeburten treten bei Raucherinnen vermehrt auf. Ein Rauchstopp vor oder zu Beginn der Schwangerschaft kann das Risiko für Komplikationen und negative gesundheitliche Auswirkungen deutlich reduzieren.

ABBILDUNG 15: Folgen des Rauchens



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum 2015, Tabakatlas Deutschland 2015

E-Zigaretten

Mögliche Gesundheitsgefahren des E-Zigarettenkonsums sind bislang noch wenig untersucht. Erste Beobachtungen am Menschen sowie Tier- und Zellversuche deuten darauf hin, dass E-Zigarettenaerosol im Körper oxidativen Stress erhöht, entzündliche Reaktionen in der Lunge hervorrufen und für Zellen giftig sein kann. Außerdem kann es die Zellvermehrung, die Zellfunktion und die Immunabwehr beeinträchtigen und das Erbgut schädigen. All diese Wirkungen sind in der Regel im Vergleich zu Zigarettenrauch allerdings weniger stark ausgeprägt.

Mögliche langfristige gesundheitliche Auswirkungen des E-Zigarettenkonsums wurden bislang nicht untersucht. Es ist aber davon auszugehen, dass E-Zigaretten aufgrund der deutlich geringeren Schadstoffmenge im Aerosol im Vergleich zu Rauchtabak weniger schädlich sind.

Tabakerhitzer

Die zuverlässige Abschätzung der gesundheitlichen Gefährdung durch Tabakerhitzer ist schwierig, da hierfür noch keine geeigneten Bewertungsmodelle entwickelt wurden. Die bisherigen Studien der Hersteller, aber auch die wenigen unabhängigen Untersuchungen, legen nahe, dass das Aerosol von Tabakerhitzern weniger Schadstoffe enthält als der Rauch von Tabakzigaretten. Inwieweit sich für Raucher, die von Tabakzigaretten auf Tabakerhitzer umsteigen, die wahrscheinlich geringere Schadstoffexposition auch tatsächlich in einem reduzierten Gesundheitsrisiko niederschlägt, ist noch unklar.

Eine vorläufige Bewertung von Tabakerhitzern durch das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) wurde 2017 veröffentlicht und hat weiterhin Bestand:

http://www.bfr.bund.de/cm/343/vorlaeufige-risikobewertung-von-tobacco-heating-systemen-als-tabakprodukte.pdf

Da E-Zigaretten und Tabakerhitzer zur Belastung der Raumluft beitragen, sollten sie zum vorbeugenden Gesundheitsschutz, auch wenn das Ausmaß einer möglichen Gesundheitsgefährdung für Nichtkonsumenten bislang nicht geklärt ist, ebenso wie Tabakzigaretten nicht in Räumen verwendet werden, in denen ein Rauchverbot besteht.

Wasserpfeifen und E-Shishas

Einer Studie des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zufolge sind die Risiken des Konsums von Wasserpfeifentabak nicht geringer als die von Zigarettentabak. So werden teilweise sogar größere Mengen an Schadstoffen wie Teer und Kohlenmonoxid aufgenommen als beim Konsum von Zigaretten. Auch die Menge des aufgenommenen Nikotins kann bei der Nutzung von Wasserpfeifen deutlich höher als bei Zigaretten sein. Neben Nikotin wurden krebsauslösende Substanzen in vielfach höheren Konzentrationen im Rauch von Wasserpfeifen nachgewiesen, zum Beispiel Arsen, Chrom und Nickel. Außerdem werden durch die gemeinschaftliche Nutzung von Wasserpfeifen Infektionskrankheiten begünstigt. Darüber hinaus entsteht durch das Verbrennen der Inhaltsstoffe beim Rauchen Kohlenmonoxid, das nicht nur für die Konsumenten, sondern auch für Passivraucher schädlich ist. Das geruch- und geschmacklose Gas kann zu Vergiftungserscheinungen wie Schwindel und Übelkeit bis hin zu Bewusstlosigkeit und Ersticken führen. Eine gute Sauerstoffzufuhr und der Einsatz von Kohlenmonoxidwarnmeldern sind deswegen beim Betrieb von Shisha-Bars geboten.

Passivrauchen

Passivrauchen ist mit denselben gesundheitlichen Konsequenzen assoziiert wie das Rauchen, wenn auch in geringerem Ausmaß. Das Rauchgemisch, das unfreiwillig eingeatmet wird, unterscheidet sich hinsichtlich seiner Zusammensetzung nicht wesentlich vom Zigarettenrauch, der beim aktiven Rauchen inhaliert wird, und enthält die gleichen giftigen und karzinogenen Substanzen (DKFZ, 2015).

Schätzungen aus dem Jahr 2005 zufolge beträgt die Zahl der passivrauchbedingten Sterbefälle in Deutschland 3.300 pro Jahr (Keil et al., 2016). Aktuellere Schätzungen liegen nicht vor.

Zur Reduzierung der Passivrauchbelastung wurden in Deutschland verschiedene Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht. Nach Daten des Robert-Koch-Instituts (GEDA 2014/2015-EHIS) sind 11,3 % der nichtrauchenden Erwachsenen einer regelmäßigen Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen ausgesetzt, besonders junge Erwachsene.

Darin eingeschlossen sind 3,4 % der Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die täglich mindestens eine Stunde und 7,9 %, die weniger als eine Stunde pro Tag mit Passivrauch konfrontiert werden. Frauen sind seltener von einer regelmäßigen Passivrauchbelastung betroffen als Männer (8,3 % gegenüber 14,7 %). Die höchste Exposition zeigt

TABELLE 06

Vergleich von Schadstoffgehalt, Suchtpotenzial und gesundheitlichen Risiken von Tabakzigaretten, Tabakerhitzern und E-Zigaretten

	Tabakzigaretten	Tabakerhitzer	E-Zigaretten
Schadstoffgehalte im Rauch bzw. in den Emissionen	Sehr hoch Counts et al., 2005	Deutlich reduziert Schaller et al., 2016 Mallock et al., 2018	Stark reduziert Goniewicz et al., 2014
	(pro Zigarette)	(pro Stick)	(für 15 Züge)
Formaldehyd	29 – 130 µg	4,5 – 5,5 µg	0,20 – 5,61 µg
Acetaldehyd	930 – 1.540 µg	179 – 219 µg	0,11 – 1,36 µg
1,3-Butandien	77 – 117 µg	bis zu 0,3 µg	n.d.
Nikotin	1,1 – 2,7 mg	1,1 – 1,32 mg	Variable (u.a. abhängig vom Gerät und vom Gehalt im Liquid)
Suchtpotenzial	hoch	hoch	vorhanden (nikotinhaltige Produkte) (Nikotingehalte können ähnlich hoch wie im Tabakrauch sein, aber suchtverstärkende Pyrolyseprodukte treten nicht auf)
Gesundheitliche Risiken	hoch	vorhanden Für eine zuverlässige Bewertung inwieweit sich geringere Schadstoffgehalte auf gesundheitliche Risiken auswirken, fehlen noch geeignete Modelle.	vorhanden Gesundheitsrisiken können weigehend minimiert werden und hängen vom Gerät, den Inhaltsstoffen der Liquids und den Betriebsbedingungen ab. Zu den Risiken einer langfristigen Nutzung besteht Klärungsbedarf.

Quelle: BfR 2018

sich bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr.

Bei nichtrauchenden Frauen, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind, geschieht dies hauptsächlich bei Freunden und Bekannten (51,2 %), bei nichtrauchenden Männern vor allem bei der Arbeit (56,1 %). Personen aus der oberen Bildungsgruppe sind weitaus seltener regelmäßig mit Passivrauch konfrontiert als diejenigen der mittleren und unteren Bildungsgruppe.

Passivrauchbelastung im Auto

Das Rauchen von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Tabakerhitzern führt zu einer Schadstoffbelastung der Luft in Pkw-Innenräumen, die in einer aktuellen Studie untersucht wurde (Fromme & Schober, 2018).
Die generelle Schadstoffbelastung und das damit einhergehende Gesundheitsrisiko für Mitfahrende lagen beim Rauchen von Tabakzigaretten im Auto mit Abstand am höchsten. Es wurden ähnliche Schadstoffbelastungen wie in der Raumluft von Rauchergaststätten gemessen.
Hinsichtlich des untersuchten Tabakerhitzers und der E-Zigarette ergab sich ein differenziertes Bild. Bei den flüchtigen organischen Verbindungen und beim suchterzeugenden Nikotin unterschieden sich die beiden Produkte nur gering voneinander. Im Gegensatz zum Tabakerhitzer setzte die E-Zigarette hohe Mengen feiner Flüssigkeitspartikel (PM2,5) frei. Diese Partikel können tief in die Lunge eindringen und die Lungenfunktion beeinträchtigen. Bei Verwendung des Tabakerhitzers waren dagegen deutlich höhere Gehalte an Ultrafeinstaubpartikeln (Durchmesser: 25-300 nm) in der Raumluft nachweisbar. Welche Schadstoffgehalte letztlich genau im Pkw-Innenraum erreicht werden, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, z.B. den Lüftungsbedingungen. Aus Gründen des Gesundheitsschutzes von Mitfahrenden, insbesondere Kindern, sollte der Konsum von Rauch-und Dampfprodukten in PKW-Innenräumen vermieden werden.

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

Bekämpfung Tabakschmuggel

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 77 Millionen Zigaretten in Deutschland sichergestellt. Nach dem vorläufigen Untersuchungsergebnis handelt es sich dabei bei mindestens 80 % um Fälschungen. Der Konsum von unversteuertem Wasserpfeifentabak ist nach wie vor ungebrochen. So konnten 2017 33.300 kg Wasserpfeifentabak sichergestellt werden.

Zur Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen werden in den Artikeln 15 und 16 der Tabakproduktrichtlinie Grundregelungen eines Systems der Rückverfolgbarkeit und der Identifizierung illegaler Produkte formuliert. Danach sind Packungen von Tabakerzeugnissen mit einem individuellen Erkennungsmerkmal und einem fälschungssicheren Sicherheitsmerkmal zu kennzeichnen. Sie gelten nach der Tabakproduktrichtlinie ab dem 20. Mai 2019 zunächst für Zigaretten und Tabak zum Selbstdrehen, für die übrigen Tabakerzeugnisse ab dem 20. Mai 2024. Zur Konkretisierung hat die Europäische Kommission am 15. Dezember 2017 folgende Rechtsakte verabschiedet:

- Durchführungsverordnung über technische Standards für die Errichtung und den Betrieb eines Rückverfolgbarkeitssystems für Tabakerzeugnisse nach Artikel 15 Absatz 11 Buchstabe a der Tabakproduktrichtlinie;

- Durchführungsbeschluss über technische Standards für Sicherheitsmerkmale von Tabakerzeugnissen nach Artikel 16 Absatz 2 der Tabakproduktrichtlinie;

- Delegierte Verordnung über Kernelemente der im Rahmen eines Rückverfolgbarkeitssystems für Tabakerzeugnisse zu schließenden Datenspeicherungsverträge nach Artikel 15 Absatz 12 der Tabakproduktrichtlinie.

Derzeit wird von der Bundesregierung die Anpassung des nationalen Tabakrechts an diese EU-Vorschriften vorbereitet.

Erhöhung der Tabaksteuer

Entsprechend dem Tabaksteuergesetz (TabStG) stieg zum 15. Februar 2017 der Mindeststeuersatz für Zigaretten an. Die Systematik der Tabaksteuerberechnung basiert auf einer mengenbezogenen und einer wertbezogenen Komponente, flankiert mit einer Mindeststeuer. Die Mindeststeuer führt dazu, dass für niedrige Kleinverkaufspreise relativ hohe Tabaksteuerbeträge anfallen. Da immer der Umsatzsteueranteil der jeweilig zu versteuernden Kleinverkaufspackung zu berücksichtigen ist, gibt es nicht den einen Mindeststeuersatz. Legt man den gewichteten durchschnittlichen Kleinverkaufspreis für Zigaretten zu Grunde, resultiert ein Mindeststeuersatz von 15,505 Ct/Zigarette für das Jahr 2017, verglichen mit 15,374 Ct/Zigarette für das Jahr 2016.

TABELLE 07
Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 Euro, Wert jeweils gerundet)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Direkte Werbung	**86.296**	**81.345**	**69.214**	**70.270**	**80.225**	**70.186**	**73.957**	**93.813**	**87.808**
Werbung in Printmedien	504	1.536	719	345	235	300	156	220	43
Außenwerbung	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986	69.807	72.718	91.206	87.204
Werbung im Kino	1.512	2	1.216	1.785	3.950	78	1.080	2.383	554
Werbung im Internet	188	277	1	7	4	1	4	3	8
Sonstige Werbung	6.005	8.494	480	0	50	0	0	1	0
Keine Zuordnung	77	53	0	0	0	0	0	0	0
Promotion	**102.792**	**137.495**	**127.105**	**122.887**	**135.397**	**128.944**	**116.557**	**133.091**	**118.511**
Sponsorship	**3.681**	**3.422**	**2.770**	**4.517**	**5.139**	**6.509**	**5.610**	**5.086**	**5.463**
Gesamte Werbeausgaben	**192.769**	**222.262**	**199.089**	**197.674**	**220.761**	**205.639**	**196.124**	**231.989**	**211.783**

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

Tabakpolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Tabakrahmenkonvention (Framework Convention on Tabacco Control, FCTC) der WHO wurde als völkerrechtlicher Vertrag durch die 56. Weltgesundheitsversammlung 2003 beschlossen und trat 2005 in Kraft. 181 Vertragsparteien, 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, Deklarierung und Verkauf von Tabakprodukten betreffen. Damit sollen Menschen besser vor den Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens geschützt werden. Die Tabakrahmenkonvention ist das erste globale Gesundheitsübereinkommen und gilt für rund 90 % der Weltbevölkerung.

In der Zeit vom 1. bis 6. Oktober 2018 findet in Genf die 8. Konferenz der Vertragsparteien der Tabakrahmenkonvention statt. Zuvor tagte im Mai 2018 eine Expertenkonferenz in Berlin zur Weiterentwicklung der partiellen Leitlinien zur Regulierung von Zusatzstoffen (Artikel 9 und 10 der Tabakrahmenkonvention), die verschiedene Optionen zur Beschränkung des Suchtpotentials von Tabakerzeugnissen erörterte. Die Ergebnisse dieser Expertenkonferenz des Sekretariats der Tabakrahmenkonvention, für die Deutschland als Gastgeber fungierte, dienen als Entscheidungshilfe für die 8. Konferenz der Vertragsparteien.

Auf Artikel 15 der Tabakrahmenkonvention, in dem sich die Vertragsparteien verpflichtet haben, gegen illegalen Handel mit Tabakprodukten vorzugehen, basiert das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen. Deutschland hat das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen im Oktober 2017 durch Hinterlegung der Ratifikationsurkunde beim Verwahrer ratifiziert, nachdem das Ratifikationsgesetz im Juli 2017 beschlossen und verkündet wurde. Ziel des Protokolls ist es, weltweit den illegalen Handel von Tabakwaren einzudämmen, womit es dem Schutz der Gesundheit dient. Es setzt verbindliche Standards für die Vertragsstaaten und bildet einen Rahmen für die internationale Zusammenarbeit. Das Protokoll zielt auf eine umfassende Überwachung der gesamten Lieferkette für Tabakerzeugnisse ab. Dabei geht es unter anderem um ein weltweites Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem für Tabakprodukte (sog. „Tracking and Tracing“).

Das Protokoll tritt 90 Tage, nachdem es 40 Vertragsparteien des Tabakrahmenübereinkommens ratifiziert, angenommen, genehmigt oder förmlich bestätigt haben oder ihm beigetreten sind, in Kraft. Diese Zahl wurde erreicht und das Protokoll tritt zum 25. September 2018 in Kraft. Direkt im Anschluss an die 8. Konferenz der Tabakrahmenkonvention findet vom 8. bis 10. Oktober 2018 in Genf die 1. Versammlung der Vertragsparteien des Protokolls statt.

Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship

Gemäß Artikel 13 der Tabakrahmenkonvention (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 (siehe Tabelle 07).

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zur Tabakprävention finden Sie in Kapitel 4 „Projekte, Studien, Initiativen“.

Zigarettenwerbung – Glücklich, attraktiv und entspannt durch Rauchen

Werbung wirkt. Das ist keine neue Erkenntnis. Bereits Viktor Mataja schrieb vor 100 Jahren: „Kurz gesagt, ob man im einzelnen die Wirkungsweise erkennt oder nicht, leugnet oder zugibt, die Reklame ist eine soziale Macht.“ In seinem Grundsatzwerk „Die Reklame“ wusste er davon zu berichten, dass sich Außenwerbung in Form eines Plakats von selbst aufdrängt, nur auf die einigermaßen richtige Anbringung müsse geachtet werden (Mataja, 1920).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert fand ein fundamentaler Perspektivwechsel in der Werbeindustrie statt. Es standen nicht länger die Warenproduzenten im Mittelpunkt der Werbung, sondern vielmehr die Konsumentinnen und Konsumenten und ihre Bedürfnisse. Damit erhielt zugleich die emotionale Werbung, die nicht nur ein Produkt, sondern vor allem ein gutes Gefühl vermitteln soll, einen völlig neuen Stellenwert. In den Unterrichtsmaterialien zur Ausstellung „Berührt – Verführt: Werbekampagnen, die Geschichte machten“ schreibt Nina Voborsky (2015): „Erst die Werbung lädt die Zigarette mit einem Lifestyle auf, zu dem der Konsument gehören möchte“.

Das gute Gefühl beim Kauf oder Konsum eines Produktes ist gerade dann entscheidend, wenn es um gesundheitsschädliche Produkte wie Zigaretten geht. Tabakwerbung setzt auf die Schaffung eines bestimmten positiven Markenimages durch Bilder und Botschaften. Da sich die Bindung an eine Marke zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr entwickelt, sind Jugendliche die wichtigste Zielgruppe der Zigarettenhersteller. Die Tabakwerbung orientiert sich an deren Lebensgewohnheiten und stellt folgende Themenbereiche in den Mittelpunkt (DKFZ, 2012):

1. Gruppenzugehörigkeit und soziale Akzeptanz
2. Spaß und Risiko
3. Unabhängigkeit, Individualität, Rebellion und Freiheit
4. Maskulinität/Femininität und Attraktivität
5. Stressbewältigung und Entspannung

In der Vergangenheit wurde die Zigarettenwerbung schrittweise immer weiter reglementiert: vom Verbot der Fernseh- und Radiowerbung 1975 über die Werbebeschränkungen im Kino 1984 zum Werbeverbot in Zeitungen, Zeitschriften und dem Internet 2007. Außerdem müssen Zigarettenverpackungen inzwischen mit Bildwarnhinweisen (sogenannten Schockbildern) versehen sein, die ebenfalls auf emotionale Botschaften setzen.

Mehr zu Zigarettenwerbung und deren Wirkungsweise können Sie hier nachlesen:

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_18_Zigarettenwerbung_in_Deutschland.pdf

Die Unterrichtsmaterialien zur Ausstellung „Berührt – Verführt: Werbekampagnen, die Geschichte machten“ finden Sie hier:

www.mfk-frankfurt.de/wp-content/uploads/Ber%c3%bchrt-Verf%c3%bchrt-Materialien.pdf

2.2.2. 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 wenigen Minuten das Gehirn, wo er eine ganze Reihe von Transmittersystemen beeinflusst. 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 Menschen mit 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 können.

Konsum und Prävalenzen

In Deutschland weisen rund 18 % der Männer und 14 % der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum auf. 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 (siehe Abb. 17).

Die Prävalenzen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen zeigt Tabelle 08.

Trends

- Der Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol ist in den letzten 40 Jahren zurückgegangen. Im internationalen Vergleich zählt Deutschland allerdings weiterhin zu den Hochkonsumländern.
- Männer konsumieren nach wie vor mehr Alkohol als Frauen. Der riskante Konsum ging bei Männern in den letzten 20 Jahren leicht zurück, während er bei Frauen weitgehend unverändert blieb.
- Der riskante Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist seit 2007 um etwa zwei Drittel zurückgegangen und liegt bei beiden Geschlechtern etwa gleich hoch. Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinken, ist in den letzten zehn Jahren ebenfalls gesunken, liegt bei Jungen aber etwa doppelt so hoch wie bei Mädchen.

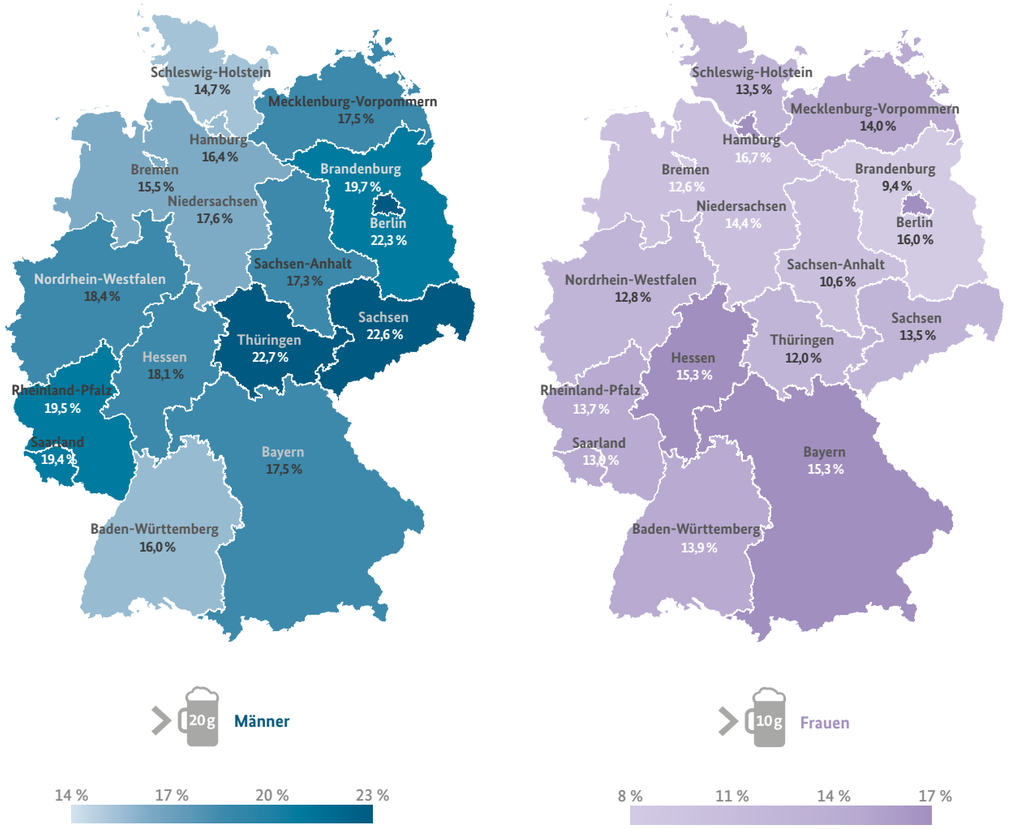
TABELLE 08
Prävalenzen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen

	Jugendliche		Junge Erwachsene	Erwachsene		Ältere Erwachsene
Alter	11–17 Jahre	12–17 Jahre	18–25 Jahre	18–64 Jahre	18–64 Jahre	ab 65 Jahre
Datenquelle	RKI: KiGGS2	BZgA: Alkoholsurvey	BZgA: Alkoholsurvey	IFT: ESA	RKI: GEDA-EHIS	RKI: GEDA-EHIS
Jahr	2014–2017	2016	2016	2015	2014/2015	2014/2015
Jemalskonsum	51,0 %	64,5 %	93,7 %	96,8 %	92,0 %	88,1 %
Alkoholkonsum mind. 1 x pro Woche		10,6 %	30,8 %		47,7 %	49,5 %
Konsum in den letzten 30 Tagen		35,4 %	70,9 %	72,5 %		
Konsum mind. monatlich i. d. letzten 12 Monaten					73,9 %	71,9 %
Riskanter Konsum	Reinalkohol pro Tag: Frauen: mehr als 10 Gramm Männer: mehr als 20 Gramm	Reinalkohol pro Tag Frauen: mehr als 12 Gramm Männer: mehr als 24 Gramm			Reinalkohol pro Tag Frauen: mehr als 10 Gramm Männer: mehr als 20 Gramm	
gesamt	12,1 %	3,3 %	14,5 %	15,2 %	16,3 %	14,8 %
weiblich	13,5 %	3,6 %	12,6 %	13,4 %	14,4 %	12,2 %
männlich	10,8 %	3,1 %	16,3 %	17,0 %	18,3 %	17,9 %
Rauschtrinken	sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit mind. einmal im Monat	alkoholische Getränke mind. an einem der letzten 30 Tage mehr als 4 bei Mädchen/Frauen mehr als 5 bei Jungen/Männern		fünf oder mehr alkoholische Getränke mind. an einem der letzten 30 Tage	sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit mind. einmal im Monat	
gesamt	7,0 %	14,1 %	38,0 %	35,0 %	33,4 %	27,8 %
weiblich	5,6 %	11,4 %	30,0 %	21,6 %	25,9 %	21,9 %
männlich	8,4 %	16,7 %	45,6 %	46,5 %	44,7 %	35,1 %
Alkoholabhängigkeit				4,0 %		
weiblich				2,1 %		
männlich				5,2 %		

Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang

ABBILDUNG 16

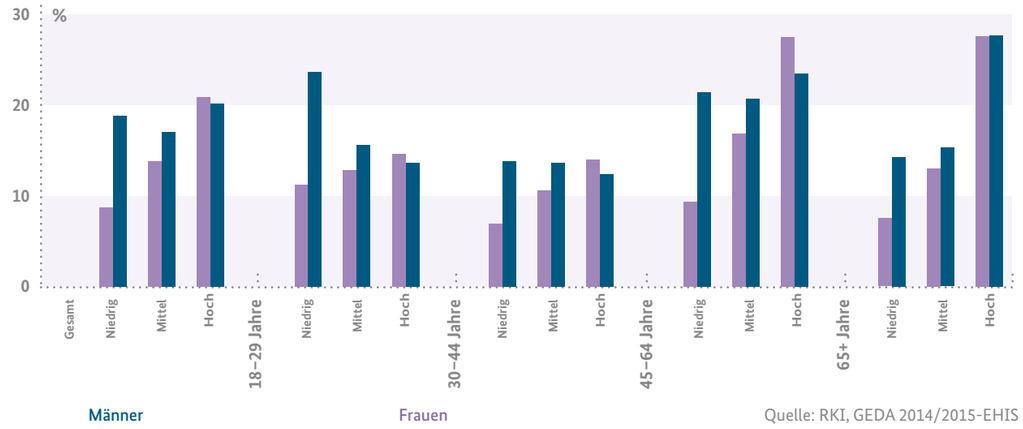
Riskanter Alkoholkonsum von Männern und Frauen nach Bundesländern (mehr als 20 g bzw. 10 g Reinalkohol pro Tag)



Quelle: GEDA 2014/2015, RKI

ABBILDUNG 17

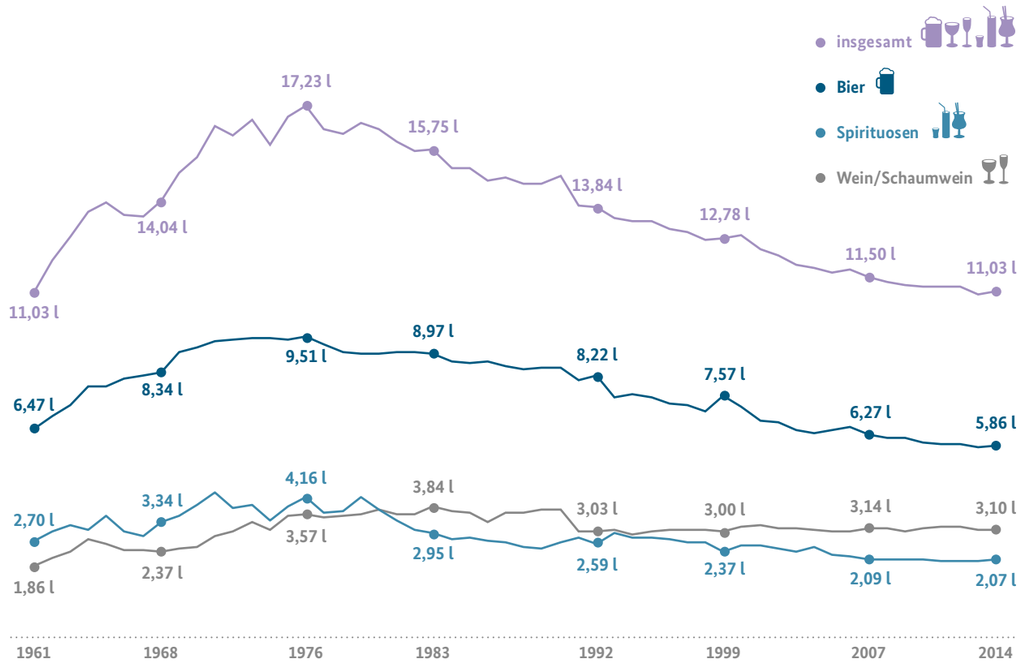
Alkoholkonsum von Frauen und Männern stratifiziert nach Alters- und Sozialstatusgruppen



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

ABBILDUNG 18

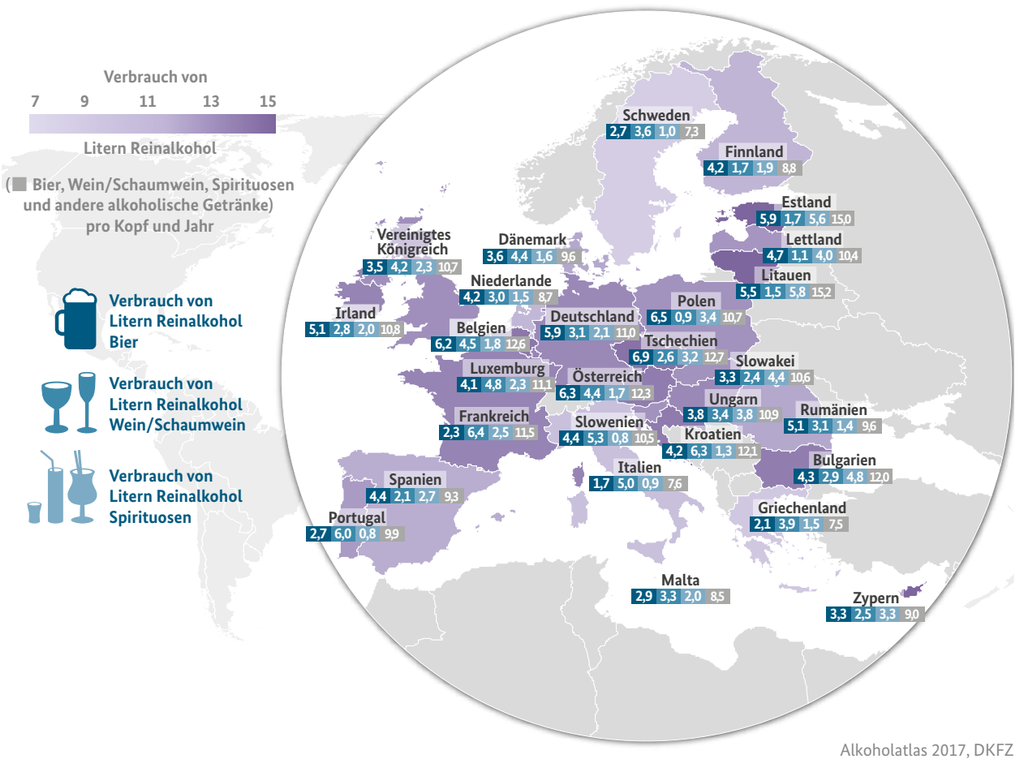
Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol in der Bevölkerung (ab 15 Jahren), 1961 bis 2014



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

ABBILDUNG 19

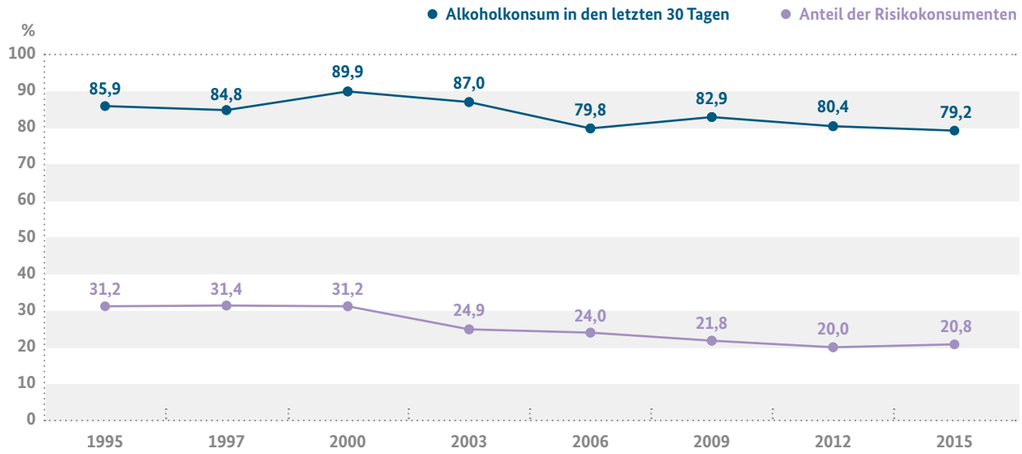
Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung (ab 15 Jahren) in der Europäischen Union



Alkoholatlas 2017, DKFZ

ABBILDUNG 20

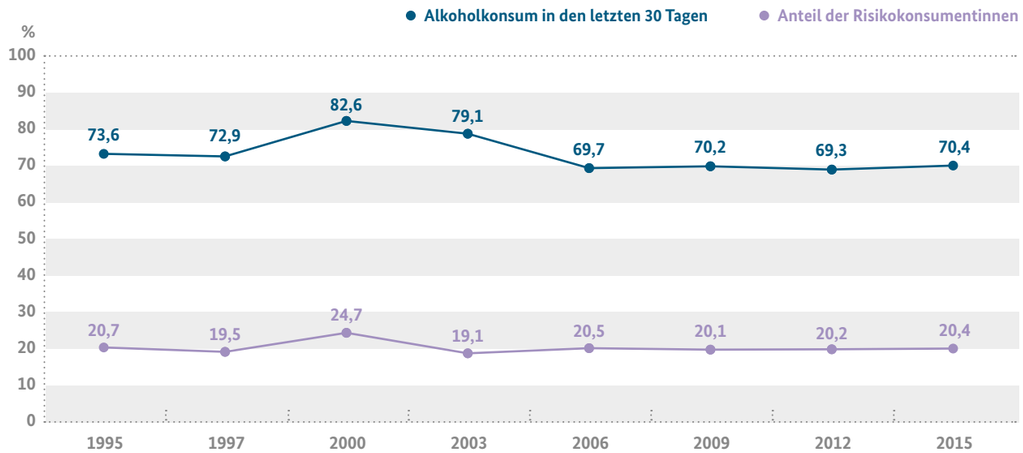
Alkoholkonsum (in den letzten 30 Tagen) bei **Männern** (18–59 Jahre)
und Anteil der Risikokonsumenten von diesen Konsumenten (mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag)



Quelle: ESA 2015, IFT

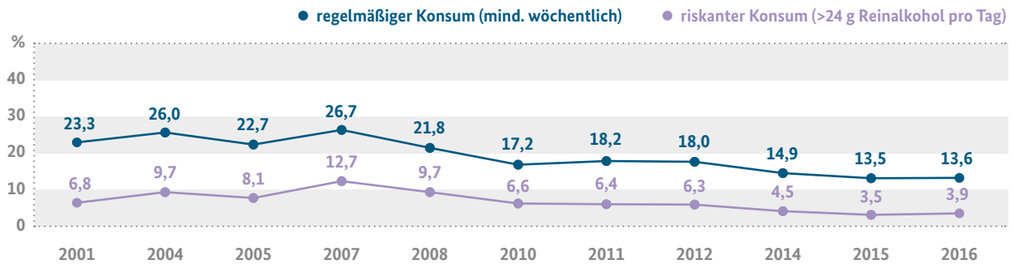
ABBILDUNG 21

Alkoholkonsum (in den letzten 30 Tagen) bei **Frauen** (18–59 Jahre)
und Anteil der Risikokonsumentinnen von diesen Konsumentinnen (mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag)



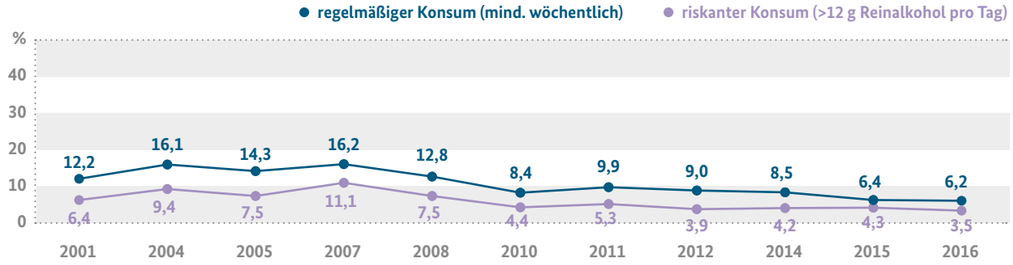
Quelle: ESA 2015, IFT

ABBILDUNG 22
Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei **Jungen** (12–17 Jahre)



Quelle: Alkoholsurvey 2016, BZgA

ABBILDUNG 23
Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei **Mädchen** (12–17 Jahre)



Quelle: Alkoholsurvey 2016, BZgA

Für die Abbildungen 22 und 23 gilt: Die Ergebnisse der Studien der Jahre 2001 bis 2012 beruhen auf reinen Festnetzstichproben ohne Bildungsgewichtung. Die Studien der Jahre 2014, 2015 und 2016 wurden im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt. Um die methodische Vergleichbarkeit mit den Jahren 2001 bis 2012 zu gewährleisten, werden bei den Trends für 2014, 2015 und 2016 die Ergebnisse dargestellt, die sich ohne Berücksichtigung der Mobiltelefonstichprobe und ohne Bildungsgewichtung ergeben. Das erklärt die Abweichungen von den in Tabelle 08 dargestellten Daten.

Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

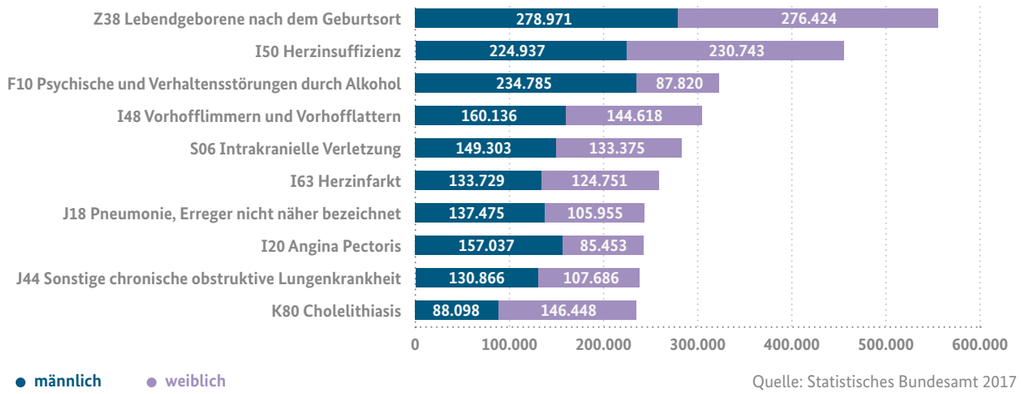
In einer Studie zu alkoholbezogener Morbidität und Mortalität in Deutschland (Kraus et al., 2015) wurde eine Zunahme der Krankenhausfälle in Bezug auf vollständig auf Alkohol zurückzuführende Fälle seit 1995 bzw. 2000 berichtet. Zwischen 2006 und 2012 erstellte Vergleiche unter Einbezug von Krankheiten, die nicht vollständig, aber maßgeblich auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, zeigten ebenfalls eine Zunahme der Krankenhausbehandlungen. Relativ zur Gesamtmorbidität (alle Krankenhausfälle) blieb der Anteil der alkoholbezogenen Morbidität jedoch konstant.

Bei Männern ist die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ der häufigste Grund für eine Aufnahme im Krankenhaus (siehe Abb. 24).

Die Zahl der Todesfälle, die ausschließlich durch Alkoholkonsum bedingt sind, ist in den letzten 20 Jahren gesunken, bei Männern wesentlich deutlicher als bei Frauen. 2012 starben in Deutschland rund 21.000 Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren (ca. 16.000 Männer und 5.000 Frauen) an Erkrankungen, die entweder ausschließlich auf Alkohol zurückzuführen sind oder für die der Alkoholkonsum ein Risikofaktor darstellt (Alkoholatlas, DKFZ 2017). Zwischen den Bundesländern gibt es bei den alkoholbedingten Todesfällen große Unterschiede (siehe Abb. 25).

Neben Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind akute Risiken in erster Linie eine Folge höherer Trinkmengen. Ab etwa 1,0 Promille spricht man vom Rauschstadium. Das räumliche Sehen und die Orientierung verschlechtern sich, die Reaktionsfähigkeit wird erheblich gestört. Die Risikobereitschaft steigt, während gleichzeitig das Urteilsvermögen herabgesetzt wird. Dadurch kommt es im Alkoholrausch häufig durch leichtsinniges Verhalten zu Unfällen. 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.

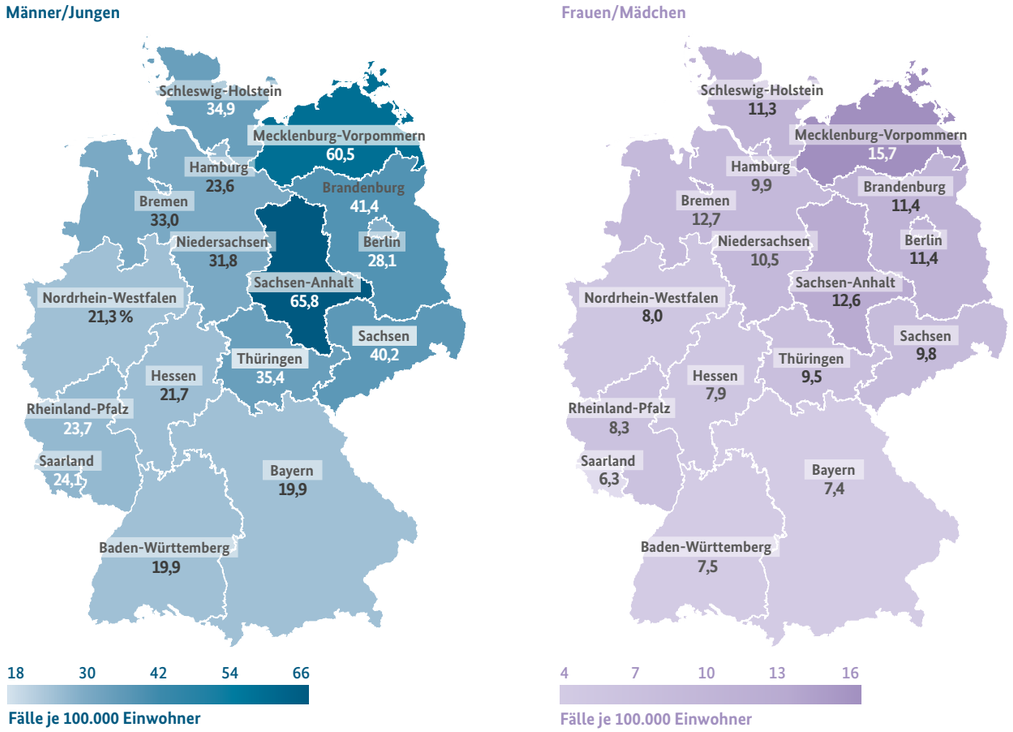
ABBILDUNG 24
Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Patienten und Patientinnen nach Geschlecht 2016



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

ABBILDUNG 25

Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingte Erkrankungen nach Geschlecht und Bundesländern



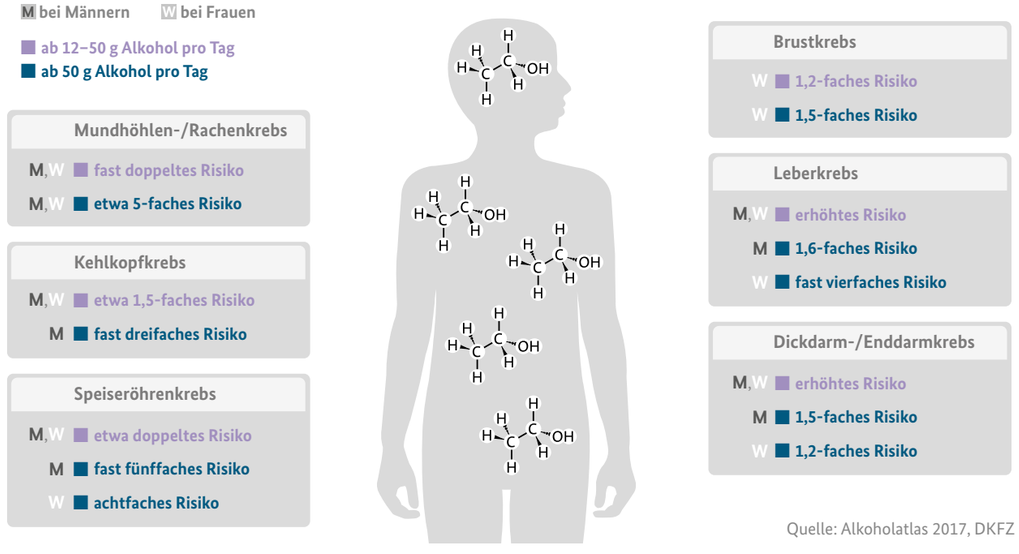
Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

Besonders extreme Formen des Rauschtrinkens werden als „Komasaufen“ bezeichnet, womit eine mögliche Folge des exzessiven Alkoholmissbrauchs genannt ist. Ab etwa 3,0 Promille droht Bewusstlosigkeit. Der Körper unterkühlt sehr schnell, Schutzreflexe werden ausgeschaltet. Schließlich kann es zu einem lebensgefährlichen Atemstillstand kommen, 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 geschädigt. Das Korsakow-Syndrom kann sich entwickeln, bei dem u. a. erhebliche Gedächtnisstörungen auftreten. 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.

ABBILDUNG 26

Durch Alkoholkonsum begünstigte Krebsarten



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

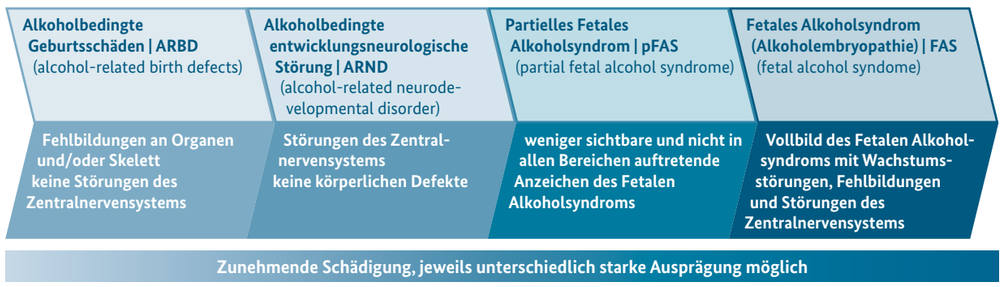
Der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft kann erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes und negative Folgen für seine weitere Entwicklung haben. Es lässt sich keine valide Feststellung über eine unbedenkliche Alkoholmenge in der Schwangerschaft treffen. In der Konsequenz sollte auf Alkohol 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 (Löser, 2005). 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)

ABBILDUNG 27
Abstufungen von Fetalen Alkoholspektrumstörungen



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

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 2017 aktualisierten Broschüre, in der sozialrechtliche Fragen bezüglich FASD beantwortet werden, erhalten Familien praktische Unterstützung.

Neu erschienen ist 2017 außerdem ein Handbuch zum Coaching von Bezugspersonen FASD-Betroffener (Training für Trainer). Ziel ist die Stressreduktion bei Betroffenen und ihren Bezugspersonen durch Elterncoaching. Beide Broschüren können 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

ABBILDUNG 28
Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) in den verschiedenen Lebensphasen

Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

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.

Behandlung von alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen

Aufgrund der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ wurden 2016 234.785 Männer und 87.820 Frauen in Krankenhäusern behandelt (Statistisches Bundesamt 2017).

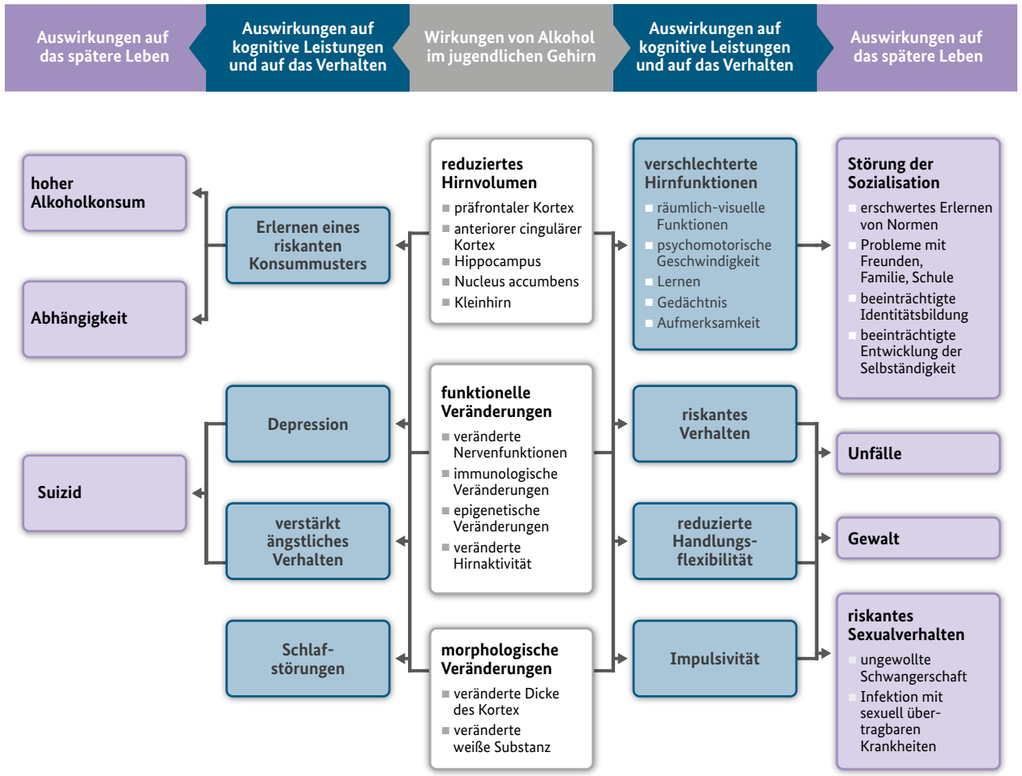
Bei der stationären und ambulanten Behandlung von Suchterkrankungen ist die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit der häufigste Grund für die Inanspruchnahme. 2016 wurden 111.150 Behandlungsfälle in ambulanten und stationären Einrichtungen gezählt. Dabei sind alkoholabhängige Menschen im Mittel die ältesten (46 Jahre) unter den behandelten Suchtkranken (DSHS, 2017). Die Abhängigkeitsdauer bis zum Behandlungsbeginn beträgt im Durchschnitt etwa 16 Jahre (Fachverband Sucht, Basisdokumentation 2016).

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat im Jahr 2017 insgesamt 36.818 Entwöhnungsbehandlungen (einschließlich ambulanter Rehabilitation, ohne Nachsorge) für alkoholabhängige Versicherte bewilligt. Damit entfielen 65,9 % aller Entwöhnungsbehandlungen auf die Indikation Alkoholabhängigkeit (siehe Abb. 3).

Weiterlesen

Mehr zum Thema Behandlung lesen Sie im Kapitel „Nationale Strategie“.

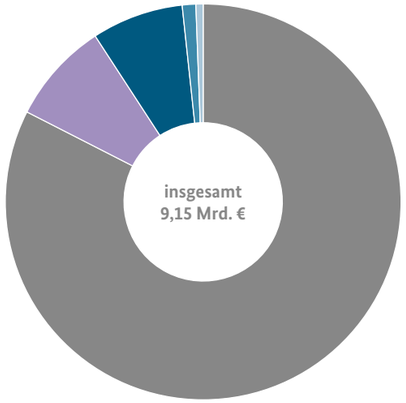
ABBILDUNG 29
Wirkung des Alkoholkonsums im Jugendalter auf das Gehirn und Folgen der schädigenden Alkoholwirkung



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

Volkswirtschaftliche Folgen durch schädlichen Alkoholkonsum

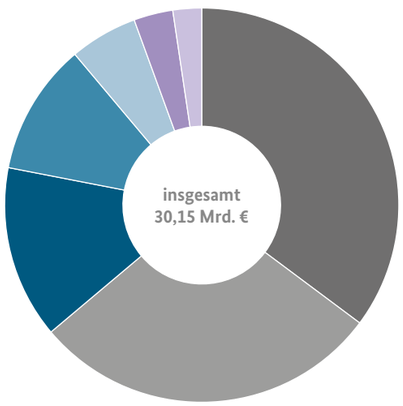
ABBILDUNG 30
Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum



Krankheitskosten	7,55 Mrd. €
Pflegekosten	760,03 Mio. €
Rehabilitationsmaßnahmen	685,20 Mio. €
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	101,27 Mio. €
Unfälle	53,99 Mio €

Berechnungen: Tobias Effertz 2016 Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

ABBILDUNG 31
Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum



Ressourcenverlust durch Mortalität	10,61 Mrd. €
Langzeitarbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld II)	8,64 Mrd. €
Arbeitsunfähigkeit	4,28 Mrd. €
Kurzfristige Arbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld I)	3,26 Mrd. €
Erwerbsminderung durch Frühverrentung	1,68 Mrd. €
Zeit der Rehabilitationsmaßnamen	968,96 Mio. €
Produktivitätsverluste durch Pflegebedürftigkeit	709,54 Mio. €

Berechnungen: Tobias Effertz 2016 Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

Alkoholpolitik auf europäischer Ebene

Im Jahr 2006 verabschiedete die EU-Kommission eine EU-Alkoholstrategie, die zunächst bis Ende 2012 gelten sollte. Zur begleitenden Umsetzung und Koordinierung wurden das „Committee on National Alcohol Policy and Action“ (CNAPA) und das „European Alcohol and Health Forum“ (EAHF) eingesetzt.

Der Ausschuss „Nationale Alkoholpolitik und -maßnahmen“ (CNAPA) wurde 2007 eingerichtet, um die Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen den Mitgliedstaaten sowie die Entwicklung gemeinsamer Strategien zwischen den Staaten und mit der Europäischen Union zu fördern. Der Ausschuss setzt sich aus nationalen Delegationen zusammen, die von den Mitgliedstaaten ernannt werden und mindestens zwei Mal pro Jahr in Luxemburg zusammenkommen. Seine wichtigsten Ziele sind der Austausch empfehlenswerter Methoden und eine möglichst große Angleichung der Alkoholstrategien innerhalb der EU.

Das EU-Forum „Alkohol und Gesundheit“ bietet Organisationen und Verbänden, die auf europäischer Ebene tätig sind, eine Plattform, um Ansätze und Maßnahmen zur Verringerung alkoholbedingter Probleme zu diskutieren und umzusetzen.

Weil die von vielen Mitgliedstaaten gewünschte Fortsetzung der EU-Alkoholstrategie bis Frühjahr 2014 nicht gelang, wurde im September 2014 der „Aktionsplan zum jugendlichen Trinken und Rauschtrinken (2014–2016)“ als Beitrag zur Unterstützung der Ziele der EU-Alkoholstrategie verabschiedet. Derzeit zeichnet sich trotz verschiedener Beschlüsse, beispielsweise auch des Europäischen Parlaments, keine neue Alkoholstrategie auf europäischer Ebene ab.

Eine wichtige Rolle spielte in der letzten Zeit die Angabe von Inhaltsstoffen und Kalorien auf alkoholischen Getränken. Artikel 16 Absatz 4 der Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 sieht vor, dass ein Zutatenverzeichnis und eine Nährwertdeklaration bei Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent – anders als generell bei anderen vorverpackten Lebensmitteln – nicht verpflichtend sind. Die EU-Kommission wurde zu einer Stellungnahme aufgefordert, ob alkoholische Getränke in Zukunft insbesondere der Verpflichtung zur Angabe des Brennwerts unterliegen sollten. Die EU-Kommission gelangte in ihrem Bericht zu dem Schluss, dass es keine objektiven Gründe gibt, den Verbraucherinnen und Verbrauchern bei Getränken mit mehr als 1,2 Volumenprozent Alkohol das Zutatenverzeichnis und die Nährwertdeklaration vorzuenthalten. Deshalb wurde die Alkoholwirtschaft von der Kommission aufgefordert, innerhalb eines Jahres Vorschläge für eine freiwillige Kennzeichnung vorzulegen. Im März wurden die Ergebnisse vorgestellt, allerdings konnte sich die Alkoholwirtschaft nicht auf einen einheitlichen Vorschlag verständigen. Lediglich für Bier ist eine Nährwertkennzeichnung auf der Flasche vorgesehen, für Wein und Spirituosen sollen die Angaben im Wesentlichen im Internet über einen Barcode zur Verfügung gestellt werden. Nun ist es an der EU-Kommission, den Selbstregulierungsvorschlag der Branche zu prüfen. Für den Fall, dass es zu keiner zufriedenstellenden Selbstregulierung kommen sollte, hat die Kommission eine Folgenabschätzung für eine mögliche Regulierung angekündigt.

Weiterlesen

In der Alkoholprävention setzt die Bundesregierung auf nachhaltig konzipierte Präventionsangebote und gezielte Informationen.

Aktuelle Maßnahmen der Prävention von Alkoholmissbrauch werden in Kapitel 4 „Projekte, Studien, Initiativen“ vorgestellt.

2.2.3. Medikamente

Substanz und Wirkung

4 bis 5 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Die Übergänge zwischen bestimmungsgemäßem Gebrauch von Medikamenten, Nebenwirkungen im Verlauf, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend. Eine Medikamentenabhängigkeit entsteht meist schleichend, leise und unauffällig.

Insbesondere folgende Substanzen haben bei längerem oder nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch (nach den Kriterien der Klassifikation psychischer Störungen des ICD-10) ein hohes Abhängigkeitspotenzial:

- Schlaf-/Beruhigungsmittel: z. B. Benzodiazepine, Z-Drugs
- (Verschreibungspflichtige) Schmerzmittel: häufig in Form von Kombinationspräparaten mit zentral erregenden oder dämpfenden Wirkstoffen (Opiate und Opioide)
- Weck- und Aufputschmittel: vorwiegend Amphetamin-Abkömmlinge wie Methylphenidat.

Bei Medikamentenmissbrauch spielen vor allem Benzodiazepine und Z-Substanzen eine Rolle. 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, Angst- und Panikstörungen. Die Benzodiazepine verfügen über eine Reihe von Nebenwirkungen wie beispielsweise tagsüber auftretende Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen oder die mit erhöhter Sturzgefahr verbundene Muskelschwäche. Problematisch ist, dass als unerwartete Wirkungen, insbesondere nach längerem Gebrauch, zum Beispiel Ruhelosigkeit, Erregung und Depressionen auftreten können, die den eigentlichen Symptomen gegen die Benzodiazepine eingesetzt werden, ähneln. In Deutschland unterliegen Benzodiazepine als 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 – davon ausgegangen, dass der Gebrauch nicht zu einer Abhängigkeit führen würde. Mittlerweile ist dies widerlegt, und man geht davon aus, dass sie über ein ähnliches Abhängigkeitspotenzial verfügen wie Benzodiazepine. Z-Substanzen werden fast ausschließlich zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt. Auch hier gelten hinsichtlich Packungsgröße und Wirkstoffmenge Ausnahmen. Aufgrund des Abhängigkeitspotenzials sollten insbesondere 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. 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. 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.

Ebenfalls mit der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung verbunden, sind Amphetamine sowie deren Abkömmlinge, die vornehmlich zur Behandlung von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) eingesetzt werden. Das unter ihnen bekannteste und in Deutschland am meisten verschriebene Medikament ist Methylphenidat. 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. Methylphenidat ist in Deutschland dem BtMG unterstellt.

Konsum und Prävalenzen

TABELLE 09
Prävalenzen des Medikamentengebrauchs bei Erwachsenen

	Erwachsene		
Alter	18–59 Jahre	60–79 Jahre	18–64 Jahre
Datenquelle	IFT: ESA	RKI: DEGS1	IFT: ESA
Jahr	2015	2008–2011	2015
	mind. wöchentliche Einnahme	Gebrauch in den letzten 7 Tagen	Gebrauch in den letzten 30 Tagen
psychoaktive Arzneimittel [1)]		21,4 %	
Schmerzmittel	17,9 %		47,1 %
opioidhaltige Schmerzmittel		4,1 %	
Antidepressiva	4,1 %	7,9 %	4,9 %
Schlaf-/Beruhigungsmittel	2,7 %	3,3 %	5,2 %
Benzodiazepine		2,5 %	
Antidementiva		4,2 %	
Neuroleptika	1,1 %		1,3 %
Antiepileptika		2,3 %	
Anregungsmittel	0,4 %		0,7 %
Appetitzügler	0,2 %		0,3 %
Anabolika			0,1 %
Klinisch relevanter Konsum	4,5 %		5,2 %
weiblich	5,5 %		6,0 %
männlich	3,6 %		4,5 %
Psychopharmakagebrauch kombiniert mit täglichem Alkoholkonsum		2,8 %	

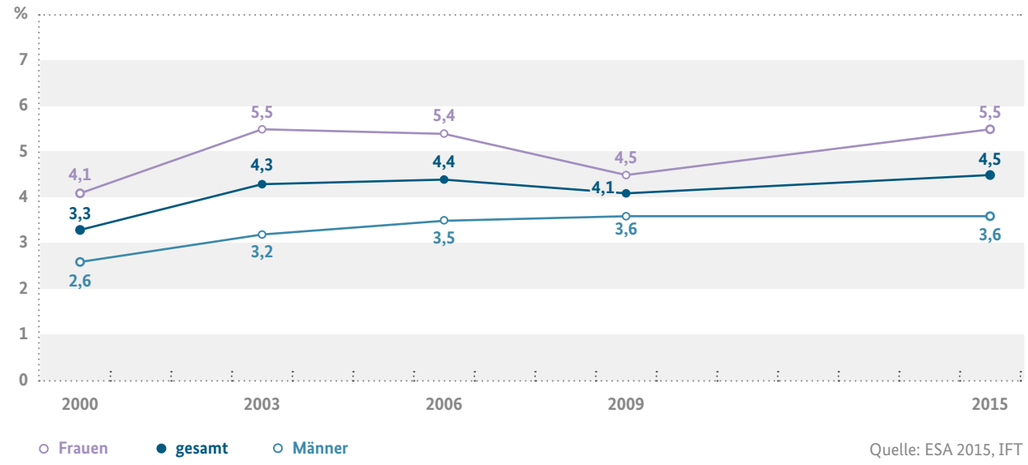
1) Psychoaktive Arzneimittel: opioidhaltige Schmerzmittel, Aspirin kombiniert mit Koffein, Antiepileptika, Antiparkinsonmittel, Psycholeptika (N05) mit Hypnotika und Sedativa, Benzodiazepinen und Benzodiazepin-verwandten Mitteln/Z-Substanzen, alle Psychoanaleptika mit Antidepressiva und Antidementiva, alle anderen das Nervensystem beeinflussenden Arzneimittel, opioidhaltige Hustenmittel

Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang

Trends

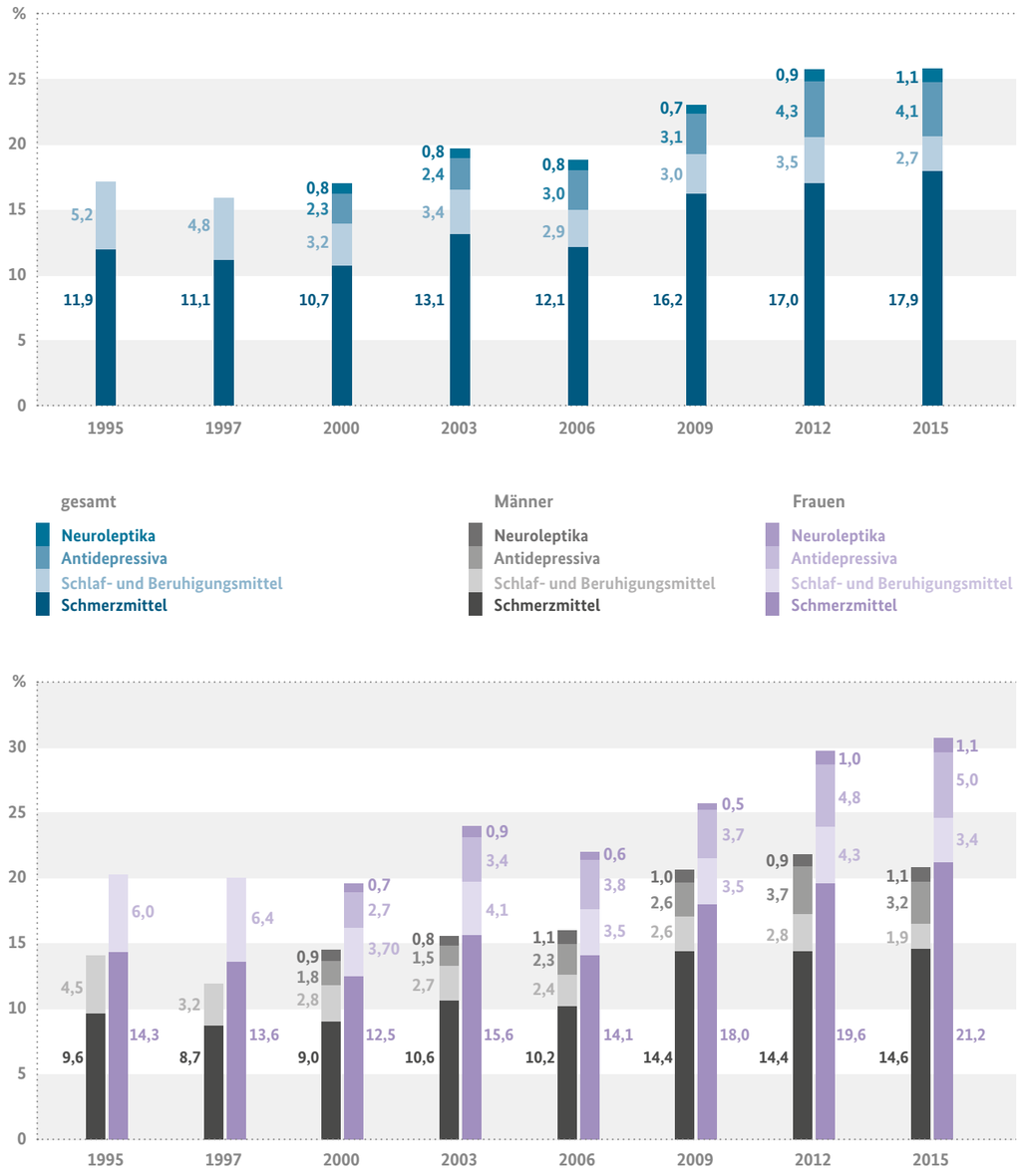
- Der Arzneimittelgebrauch insgesamt sowie der klinisch relevante Konsum liegt bei Frauen weiterhin höher als bei Männern.
- Der klinisch relevante Medikamentengebrauch ist seit dem Jahr 2000 bei Frauen und Männern angestiegen.
- Der Gesamtgebrauch psychoaktiver Arzneimittel bei 60- bis 79-Jährigen veränderte sich in einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren (1997-1999 bis 2008-2011) nicht signifikant, zeigte aber in den Untergruppen signifikante Änderungen.

ABBILDUNG 32
Klinisch relevanter Medikamentengebrauch (in den letzten 12 Monaten) bei 18- bis 59-Jährigen



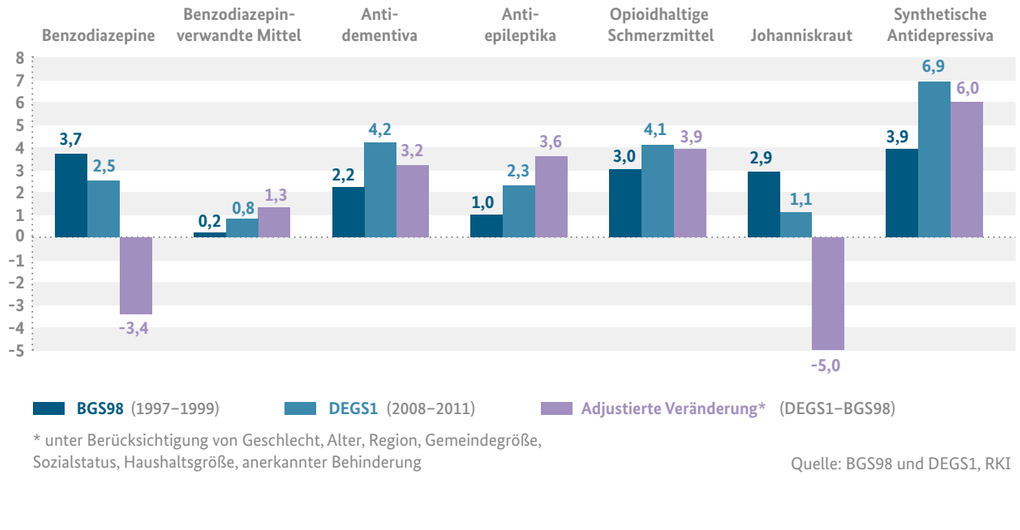
Quelle: ESA 2015, IFT

ABBILDUNG 33
Mindestens wöchentliche Einnahme von Medikamenten bei 18- bis 59-Jährigen



Quelle: ESA 2015, IFT

ABBILDUNG 34
Veränderung des Konsums von psychoaktiven Arzneimitteln bei 60- bis 79-Jährigen



* unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Region, Gemeindegröße, Sozialstatus, Haushaltsgröße, anerkannter Behinderung

Quelle: BGS98 und DEGS1, RKI

Der Anteil von Personen, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnahmen (Polypharmazie), stieg an. Die Kombination von psychoaktiven Arzneimitteln mit täglichem Alkoholkonsum und Psychopharmaka-Gebrauch veränderte sich nicht signifikant.

Dem Anstieg in der Prävalenz des Gebrauchs synthetischer Antidepressiva, Antidementiva, opioidhaltiger Analgetika und Antiepileptika könnten eine effizientere Diagnostik, eine größere Auswahl verfügbarer Arzneimittel, eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Älteren und eine bessere Umsetzung von medizinischen Leitlinien zu Grunde liegen.

Die Abnahme der Benzodiazepin-Anwendungsprävalenz und die Verschiebung in Richtung Z-Substanzen könnte die wachsende Sorge über die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen und eine vermehrte Anwendung der Leitlinien widerspiegeln (RKI, 2018).

Gesundheitliche Folgen des Konsums von Psychopharmaka bei älteren Menschen

Der Gebrauch von psychoaktiven Arzneimitteln im höheren und hohen Lebensalter birgt besondere Risiken, insbesondere wenn ein gleichzeitiger Konsum von Alkohol erfolgt. Der Verlust von Bezugspersonen durch Tod, von sozialen Netzwerken durch Berentung, von Autonomie und nicht zuletzt die Zunahme chronischer Krankheiten bei älteren Menschen führen zu einem höheren Konsum von Arzneimitteln und Substanzen mit Suchtpotential (Havemann-Reinecke et al., 1998). Ebenso wie der Psychopharmaka-Gebrauch ist auch Polypharmazie (gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente) bei Frauen und Männern über 60 Jahre weit verbreitet. Angesichts dessen sowie der Veränderungen in der Verstoffwechselung von Medikamenten, die durch den Alterungsprozess bedingt sind (Field et al., 2004), erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Wechselwirkungen oder Nebenwirkungen stark.

Der Gebrauch insbesondere von Psychopharmaka durch ältere Menschen sollte kontinuierlich beobachtet und in regelmäßigen Abständen sorgfältig überprüft werden. Dies ist nicht nur angezeigt, weil einige Psychopharmaka (z. B. Neuroleptika) ein enges therapeutisches Fenster haben, sondern auch, weil Psychopharmaka, wie zum Beispiel Benzodiazepine und Opioide, ein hohes Abhängigkeits- und Missbrauchspotential aufweisen (Simoni-Wastila et al., 2006). Darüber hinaus muss ein wesentlicher Anteil von Psychopharmaka, der älteren Menschen verschrieben wird, gemäß den Kriterien für unangemessenen Arzneimittelgebrauch als nicht geeignet für diese Altersgruppe angesehen werden. Nach Angaben von Schubert et al. haben im Jahr 2010 insgesamt 22,0 % der Älteren (Frauen 24,8 %, Männer 18,3 %) mindestens eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) erhalten. In dieser Studie wurde die höchste PIM-Prävalenz mit 6,5 % bei Antidepressiva beobachtet (Schubert et al., 2013).

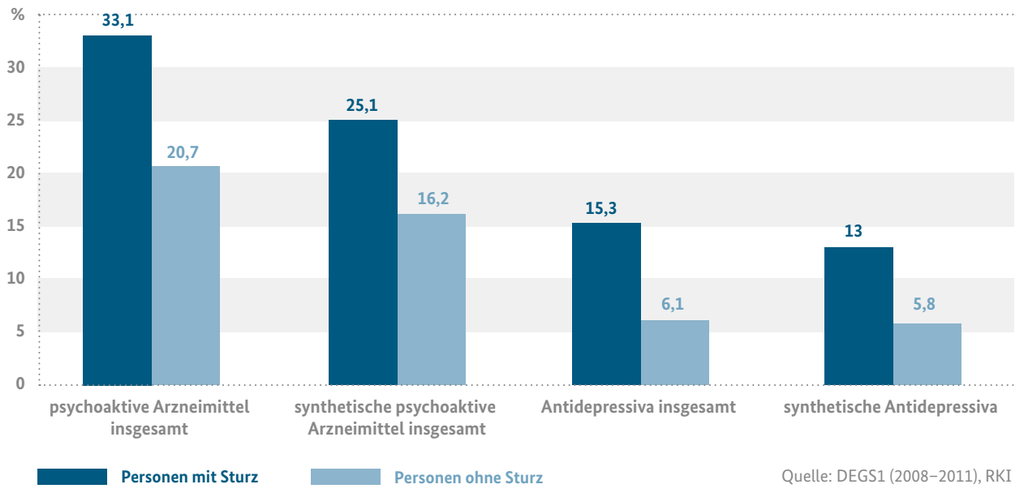
Durch altersbedingte körperliche Veränderungen und durch die gleichzeitige Arzneimitteleinnahme können selbst geringe Mengen Alkohol ein Gesundheitsrisiko darstellen (Moore et al., 2007). Zwischen Alkoholmissbrauch und Psychopharmaka-Gebrauch besteht eine enge Korrelation (Jinks et al., 1990). Die Verstärkung der Wirkung psychoaktiver Arzneimittel durch Alkohol birgt insbesondere im höheren Alter eine erhebliche Unfallgefahr.

Psychopharmaka und Sturzhäufigkeit

Eine Analyse der Sturzdaten von Frauen und Männern im Alter von 60 bis 79 Jahren durch eine Studie des RKI ergab bei 20,7 % mindestens ein Sturzereignis im letzten Jahr. Von den Gestürzten gaben 40,3 % wiederholte Stürze an. Die Sturzprävalenz war höher für Frauen, allein Lebende, Menschen mit anerkannter Behinderung und niedrigerem Blutdruck. Zudem wiesen Menschen, die gestürzt waren, ein höheres Maß an Gebrechlichkeit und deren Vorstufe auf. Hinsichtlich Alter, Gemeindegröße, Wohnregion, Sozialstatus, BMI, verordneter Polypharmazie, täglichem Alkoholkonsum und Sehbeeinträchtigung wurden keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Sturz beobachtet. Die Anwendung von psychoaktiven Arzneimitteln ging mit einer höheren Sturzhäufigkeit einher (33,1 % vs. 20,7 %). Dieser Zusammenhang traf für psychoaktive Arzneimittel insgesamt und insbesondere für synthetische Antidepressiva zu. Vergleichbare Ergebnisse wurden auch für wiederholte Stürze gefunden. Bei einer Anwendungsdauer von mindestens zwölf Monaten verstärkte sich dieser Effekt noch (Du Y et al., 2017). Studien und klinische Tests zeigen, dass eine Reduktion des Psychopharmaka-Gebrauchs zu einer Verminderung von Stürzen führt (Hill et al., 2012).

ABBILDUNG 35

Gebrauch von psychoaktiven Arzneimitteln bei Personen mit und ohne Sturz in den letzten 12 Monaten bei 60- bis 79-Jährigen



Quelle: DEGS1 (2008–2011), RKI

Behandlung von Medikamentenabhängigkeit

Rehabilitation durch die Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung hat 2017 691 Entwöhnungsbehandlungen (stationär und ambulant) aufgrund von Medikamentenabhängigkeit bewilligt (siehe Abb. 3).

Opioide

In den letzten Monaten wurde in den Medien vermehrt über eine Opioid-Krise bzw. -Epidemie in den USA berichtet. 2016 sind in den USA jeden Tag (durchschnittlich) 116 Menschen durch eine Überdosis an Opioiden gestorben. Hintergrund ist die weite Verbreitung von Opioidabhängigkeiten, die sich aus Medikamentenverschreibungen entwickelt haben. 2016 lag die Zahl der Amerikaner mit einem auf Opioidverschreibungen zurückgehenden Substanzmissbrauch bei 11,5 Millionen (im Vergleich zu etwa 1 Million Heroinkonsumierenden) (National Survey on Drug Use and Health 2016). Die Lebenserwartung in den USA ist dadurch erstmals seit den 1960er Jahren gesunken (Center for Disease Control and Prevention). US-Präsident Trump hat im Oktober 2017 den nationalen Gesundheitsnotstand erklärt.

In den späten 1990er-Jahren brachten Pharmakonzerne in den USA neuartige, hochwirksame Opioide (z. B. Oxycodon-haltige Medikamente) auf den Markt

Erarbeitung einer Therapieleitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen

Zur Diskussion des aktuellen Wissensstands bezüglich der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit trafen sich zahlreiche Vertreter verschiedener multidisziplinärer Fachgesellschaften und Experten zu einer Fachtagung im Januar 2018. Der Kongress in der Psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Göttingen unter Leitung von Frau Prof. Ursula Havemann-Reinecke und Herrn Prof. Anil Batra fand mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit statt.

Die vorbereitenden Recherchen zeigten einen Mangel belastbarer Daten zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. In der Tagung wurden neben Opioiden und Benzodiazepinen weitere relevante Stoffgruppen wie die Gruppe der Gabapentinoide (besonders Pregabalin) und die der Psychostimulantien identifiziert, zu denen in der Literatur auch für Deutschland bereits Missbrauchsfälle und Morbidität beschrieben wurden.

Ziel und Ergebnis der Tagung war die Bildung von themenbezogenen Arbeitsgruppen, die sich mit dem Thema „Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Diagnostik und Therapie“ weiter beschäftigen, um eine S3-Therapieleitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen zu erarbeiten. Die federführenden Fachgesellschaften sind hierbei die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie e. V. (DG Sucht). Die Umsetzung erfolgt in Kooperation mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung (ÄZQ).

Medikamente

und bewarben diese intensiv als geeignetes Mittel für jede Art und Intensität von Schmerzen. Dies führte zu einer starken Ausweitung der Anwendungen dieser Substanzen.

Opioide

Opioide sind natürliche und halb- oder vollsynthetisch hergestellte Substanzen, die eine morphinähnliche Wirkung haben. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das durch einen chemischen Prozess aus Morphin (Bestandteil des Milchsafts von Schlafmohn) hergestellt wird.

Vollsynthetische Opioide sind beispielsweise Methadon oder Fentanyl, die als Arzneimittel eingesetzt werden. Methadon wird neben anderen Opioiden in der Substitutionstherapie von Heroinabhängigen verwendet (siehe Abschnitt Substitution).

Opioidhaltige Schmerzmittel wie Fentanyl, Oxycodon und Tramadol kommen bei der Behandlung starker Schmerzen zum Einsatz, z. B. während und nach Operationen, bei Krebserkrankungen oder Koliken.

Wie ist die Situation in Deutschland?

Abgesehen von einigen schwach wirksamen Opioiden unterliegen in Deutschland fast alle Opioide dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), weil sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung ein hohes Abhängigkeits- und Missbrauchspotential haben. Zur Verschreibung dürfen Ärztinnen und Ärzte ausschließlich dafür vorgesehene amtliche Formblätter (BtM-Rezepte und BtM-Anforderungsscheine) verwenden, die von der Bundesopiumstelle ausgegeben werden.

Fentanyl und andere synthetische Opioide werden auch illegal erworben und gehandelt bzw. teilweise Substanzen wie Heroin beigemengt.

Auch in Deutschland werden Opioide als Schmerzmittel verordnet. Sie kommen in erster Linie nach Operationen und bei Tumorschmerzen zum Einsatz, werden aber zunehmend auch bei nichttumorbedingten Schmerzen verordnet. Wie bei allen wirksamen Substanzen ist der Gebrauch mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden, wozu auch Missbrauch und Abhängigkeit zählen.

Kritisch diskutiert wird vor allem der Einsatz von opioidhaltigen Schmerzmitteln bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen (CNTS).

Krankenkassendaten zeigten in den 2000er Jahren einen Anstieg von Einzel- und Langzeitverordnungen bei Patientinnen und Patienten mit CNTS. So stieg der Anteil der Langzeitbehandlungen (> 90 Tage) mit mindestens einer Verordnung eines opioidhaltigen Schmerzmittels bei Versicherten der AOK Hessen von 4,3 % im Jahr 2001 auf 7,5 % im Jahr 2009 (Schubert et al., 2013). Nach der ebenfalls auf Krankenkassendaten beruhenden Studie von Marschall et al. (2017) lag der Anteil an CNTS-Patientinnen und Patienten mit Opioid-Langzeitverschreibungen unter GKV-Versicherten des Jahres 2012 bei 1,3 %. Bei Patientinnen und Patienten mit CNTS war bei 0,56 % ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Opioiden zu verzeichnen (Marschall et al., 2017).

Auch in anderen europäischen Ländern wie z. B. dem Vereinigten Königreich oder den Niederlanden ist ein Anstieg an Opioid-Verschreibungen auszumachen (van Amsterdam et al. 2015).

Mehr Verordnungen bedeuten jedoch nicht automatisch einen zunehmenden Missbrauch von Medikamenten. Gründe für die Zunahme können auch eine verbesserte Diagnostik und Gesundheitsversorgung bei bestimmten Patientengruppen sein. Allerdings sollte sich das Verschreibungsverhalten immer an den medizinischen Leitlinien ausrichten.

Zur Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen gibt es in Deutschland eine medizinische Leitlinie, in der Indikationen und Kontraindikationen sowie Empfehlungen für die Therapie beschrieben werden. Studien zeigen, dass

Verschreibungen nicht immer analog zu diesen Leitlinien erfolgen. Zudem stehen qualitativ hochwertige Studien, die die Wirksamkeit von Opioiden bei CNTS beweisen, noch aus (Ärzteblatt, 2016). Für tumorbedingte Schmerzen liegt hingegen ausreichende Evidenz für die Anwendung opioidhaltiger Schmerzmittel vor.

Bei einem Fachgespräch, welches das Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2018 durchgeführt hat, bestand Einigkeit, dass eine Situation wie in den USA in Deutschland nicht zu befürchten sei, da die gesetzlichen Regelungen sowie die vorhandenen Leitlinien zum Einsatz von Opioiden in den meisten Fällen die Entwicklung einer Abhängigkeit verhinderten. In Deutschland gelten zudem strengere Werbebeschränkungen. Die Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente außerhalb von Fachkreisen ist verboten. Allerdings sollte das Verschreibungsverhalten dennoch aufmerksam beobachtet werden.

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zu Medikamenten werden in Kapitel 4 „Projekte, Studien, Initiativen“ vorgestellt.

Medikamente

2.2.4. Illegale Drogen

Konsum und Prävalenzen

TABELLE 10
Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen

	Jugendliche	Junge Erwachsene	Erwachsene
Alter	12–17 Jahre	18–25 Jahre	18–64 Jahre
Datenquelle/Jahr	BZgA: Drogenaffinitätsstudie 2015 bzw. für Cannabis Alkoholsurvey 2016		IFT: ESA 2015
Cannabis			
Jemalskonsum	8,7 %	35,8 %	27,2 %
Konsum in den letzten 12 Monaten	6,9 %	18,9 %	6,1 %
regelmäßiger Konsum (mind. 10 mal in den letzten 12 Monaten)	1,5 %	5,4 %	
weiblich	0,8 %	2,6 %	
männlich	2,2 %	8,1 %	
klinisch relevanter Konsum			1,2 %
Heroin			+ andere Opioide
Jemalskonsum	0,1 %	0,5 %	1,4 %
Konsum in den letzten 12 Monaten	0,0 %	0,0 %	0,3 %
NPS			
Jemalskonsum	0,1 %	2,2 %	2,8 %
Konsum in den letzten 12 Monaten	0,0 %	0,3 %	0,9 %
Crystal Meth			
Jemalskonsum	0,0 %	0,6 %	0,6 %
Konsum in den letzten 12 Monaten	0,0 %	0,4 %	0,2 %
Kokain			+Crack
Jemalskonsum	0,5 %	2,9 %	3,8 %
Konsum in den letzten 12 Monaten	0,3 %	1,2 %	0,6 %
Ecstasy			
Jemalskonsum	0,6 %	4,0 %	3,3 %
Konsum in den letzten 12 Monaten	0,5 %	2,2 %	0,6 %

Angaben von 0,0 % bedeuten nicht notwendigerweise, dass es 0 Konsumenten gibt. Die Anzahl liegt aber so niedrig, dass diese statistisch nicht ins Gewicht fällt. – Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang.

Behandlung drogenbezogener Störungen

TABELLE 11
Hauptdiagnosen bei stationär behandelten Patienten

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
	2015 in %	2016 in %	2015 in %	2016 in %		
Opioide	31	18	22	19	19	20
Cannabinoide	15	26	33	33	35	26
Sedativa oder Hypnotika	9	3	3	3	2	9
Kokain	2	5	7	8	9	4
Stimulanzien, inkl. Koffein	9	17	23	25	23	30
Halluzinogene	1	0	0	0	0	0
Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0
Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	32	31	12	12	12	10
Gesamt (Anzahl)	111.522	9.761	11.738	11.736	9.331	2.405

Quelle: DBDD 2017

TABELLE 12
Hauptdiagnosen bei ambulant behandelten Patienten 2016

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von	Alle Behandelten (%)			Erstbehandelte (%)		
(ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	31,3	35,2	32,2	12,0	10,8	11,7
Cannabinoide	44,1	31,7	41,5	60,0	36,9	54,6
Sedativa oder Hypnotika	1,1	4,9	1,9	0,9	3,8	1,6
Kokain	7,0	4,5	6,5	6,4	3,8	5,8
Stimulanzien	14,5	21,8	16,0	15,7	23,3	17,5
Halluzinogene	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Multiple/andere Substanzen	1,8	1,6	1,8	1,5	1,2	1,4
Gesamt (Anzahl)	57.207	15.185	72.433	19.754	5.933	25.694

Quelle: DBDD 2017

Drogenbedingte Todesfälle

In Deutschland werden 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 (Neue psychoaktive Stoffe, mehr Mischkonsum) haben es erforderlich gemacht, die Datenerhebung weiterzuentwickeln.

2017 verstarben in Deutschland 1.272 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Gegenüber 2016 (1.333 Personen) ist ein leichter Rückgang der drogenbedingten Todesfälle zu verzeichnen (siehe Tabelle 13). Das durchschnittliche Alter der Verstorbenen betrug 39 Jahre.

Analyse drogeninduzierter Todesfälle

In einer aktuellen Studie wurden alters- und geschlechtsspezifische Auffälligkeiten für die Jahre 2015 und 2016 sowie zeitliche Veränderungen bestimmter Charakteristika der drogenbezogenen Todesfälle in den Jahren 2012 bis 2016 analysiert (Kraus et al., 2018). Dies beinhaltete die festgestellten Substanzen (auf der Grundlage toxikologischer Gutachten), den zusätzlichen Substanzkonsum, die Auffindesituation (d. h. ob Dritte anwesend waren, Rettungsversuche unternommen wurden, Krisen vor dem Drogentod vorlagen, vorausgehende Komorbiditäten oder soziale Kontakte bestanden).

Für die Analyse standen sämtliche Drogentodesfälle aus der Falldatei Rauschgift (FDR) der Jahre 2012 bis 2016 in anonymisierter Form zur Verfügung. Insgesamt wurden 5.557 Fälle (950 Fälle im Jahr 2012; 1.004 Fälle im Jahr 2013, 1.033 Fälle im Jahr 2014; 1.236 Fälle im Jahr 2015, 1.334 Fälle im Jahr 2016) bearbeitet und quantifiziert.

Etwa zwei Drittel der tödlichen Überdosierungen lassen sich auf opioidhaltige Substanzen zurückführen, ein Drittel auf nicht-opioidhaltige Substanzen. Die Anteile mono- und polyvalenter Vergiftungen (also Vergiftungen, die auf eine Substanz oder auf mehrere Substanzen zurückgehen) blieben im Zeitverlauf konstant und vergleichbar hoch. Eine Ausnahme stellen jedoch die Opioide dar, wo die Anteile polyvalenter Vergiftungen deutlich höher waren als der Anteil monovalenter Vergiftungen.

Die substanzspezifischen Überdosierungen entwickelten sich unterschiedlich im Zeitverlauf. So nahm der Anteil von Überdosierungen durch Heroin/Morphin, opioidhaltige und nicht-opioidhaltige Medikamente, synthetische Opioide sowie Amphetamin, Amphetaminderivate, Methamphetamin und NPS zu. Der Anteil von Überdosierungen durch opioidhaltige Substitutionsmittel nahm ab. Der Anteil von Überdosierungen durch Fentanyl schwankte zwischen 9 und 13 %.

Das Durchschnittsalter der weiblichen Verstorbenen unterschied sich mit 38,0 Jahren kaum vom durchschnittlichen Sterbealter der männlichen Drogentoten (38,6 Jahre). Bei etwa 10 % der Todesfälle mit Überdosierung lagen Kenntnisse über eine bestehende Substitution vor. Bei 7 bis 15 % gab es Hinweise auf die Anwesenheit Dritter, bei etwa 20 % wurden Rettungsversuche unternommen und bei etwa 6 % lagen Kenntnisse über eine reduzierte Toleranz (aufgrund der Beendigung einer Drogentherapie oder Entlassung aus dem Gefängnis) vor. Hinweise auf komorbide Erkrankungen lagen bei 11 bis 13 % der Drogentodesfälle vor.

TABELLE 13
Rauschgifttote nach Todesursachen 2016/2017 (Länderabfrage)

Ursache	2016	2017	Veränderung
Monovalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate	277	264	-5 %
davon Heroin/Morphin	192	165	-14 %
davon Opiat-Substitutionsmittel	42	32	-24 %
davon Methadon (u. a. Polamidon)	37	30	-19 %
davon Buprenorphin (u. a. Subutex)	4	2	-50 %
davon Sonstige (Dihydro-Codein, Diamorphin u. a.)	1	0	-1 %
Opiat-/Opioidbasierte Arzneimittel	39	43	10 %
davon Fentanyl	35	42	20 %
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	4	24	500 %
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate**	512	443	-13 %
davon Heroin/Morphin i. V. m. anderen Stoffen*	319	244	-24 %
davon Opiat-Substitutionsmittel i. V. m. anderen Stoffen	189	186	-2 %
davon Methadon (u. a. Polamidon) i.V. m. anderen Stoffen	149	147	-1 %
davon Buprenorphin (u. a. Subutex) i. V. m. anderen Stoffen	21	22	5 %
davon Sonstige i. V. m. anderen Stoffen	27	33	22 %
Opiat-/Opioidbasierte Arzneimittel i. V. m. anderen Stoffen	79	84	6 %
davon Fentanyl	60	68	13 %
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i. V. m. anderen Stoffen	18	23	27,8 %
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate	100	93	-7 %
davon Kokain/Crack	32	41	28 %
davon Amphetamin/Methamphetamin	27	30	11 %
davon Amphetamin	21	23	10 %
davon Methamphetamin	6	7	17 %
davon Amphetaminderivate	2	4	100 %
davon Neue psychoaktive Stoffe (NPS)	35	9	-74 %
davon Sonstige (m. A. v. psychoaktiven Medikamenten)	4	9	125 %
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate**	154	141	-8 %
davon Kokain/Crack i. V. m. anderen Stoffen	39	46	18 %
davon Amphetamin/Methamphetamin i. V. m. anderen Stoffen	76	80	5 %
davon Amphetamin i. V. m. anderen Stoffen	68	68	0 %
davon Methamphetamin i. V. m. anderen Stoffen	20	21	5 %
davon Amphetaminderivate i. V. m. anderen Stoffen	16	16	0 %
davon Neue psychoaktive Stoffe (NPS) i. V. m. anderen Stoffen	41	19	-54 %
davon Psychoaktive Medikamente i. V. m. anderen Stoffen	34	24	-29 %
davon Sonstige i. V. m. anderen Stoffen	23	22	-4 %
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i. V. m. Alkohol)	18	19	6 %
Nicht spezifizierte/unbekannte Vergiftungen	34	46	35 %
Suizide	86	85	-1 %
davon Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	43	26	-40 %
davon Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	43	59	37 %
Langzeitschädigungen	154	178	16 %
davon Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	76	34	-55 %
Unfälle	33	20	-39 %
Sonstige Fälle	8	9	13 %
Gesamtzahl der Todesfälle (Obduktionen)**	1.333	1.272	-4,6 %

* In den Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich. ** Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe der Hauptkategorien (Ausnahme: bei Suiziden werden nur die „durch andere Mittel als Intoxikation" gezählt, da die Intoxikationen bereits in den anderen Kategorien enthalten sind).
Quelle: BKA 2018

Hepatitis-Erkrankungen waren dabei mit durchschnittlich einem Viertel (vornehmlich Hepatitis C) am häufigsten vertreten.

Weiterlesen

Informationen zu den Themen Schadensminderung und Angebotsreduzierung finden Sie im Kapitel Nationale Strategie.

Cannabis

Substanz und Wirkung

Die Cannabis-Pflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse. Die stärkste Wirkung entfaltet das Cannabinoid Tetrahydrocannabinol – kurz THC. Die Substanz bindet an Cannabinoid-Rezeptoren an, die sich im ganzen Körper, am häufigsten aber im Gehirn befinden und Teil des zum Nervensystem gehörenden Endocannabinoidsystems sind.

Wird Cannabis geraucht, setzt die Wirkung meist unmittelbar ein, da der Wirkstoff sehr schnell über die Atemwege aufgenommen wird und die Blut-Hirn-Schranke 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.

Steigender Wirkstoffgehalt bei Cannabis

In den letzten Jahrzehnten ist der THC-Gehalt von Cannabis stark angestiegen. So lag der Medianwert für Haschisch im Jahr 1996 bei 4,9 % und hat sich bis 2017 verdreifacht auf 14,7 %. Der Medianwert für Marihuana lag 1996 bei 4,8 %. Seit 2004 wird der Medianwert für die Blütenstände getrennt vom Marihuanakraut erfasst. Der Medianwert des THC für die Blütenstände lag 2017 bei 13,1 % (BKA). Wenn die hochgezüchteten Cannabissorten zudem wenig oder kein Cannabidiol (CBD) enthalten, das die Wirkung des THC abmildern kann, steigt das Risiko für gesundheitliche Folgeschäden und die Entwicklung einer Abhängigkeit (Freeman et al., 2018; Yücel et al., 2016; Freeman et al., 2015). Parallel zum Anstieg des THC-Gehaltes ist der CBD-Anteil in den letzten Jahren gesunken.

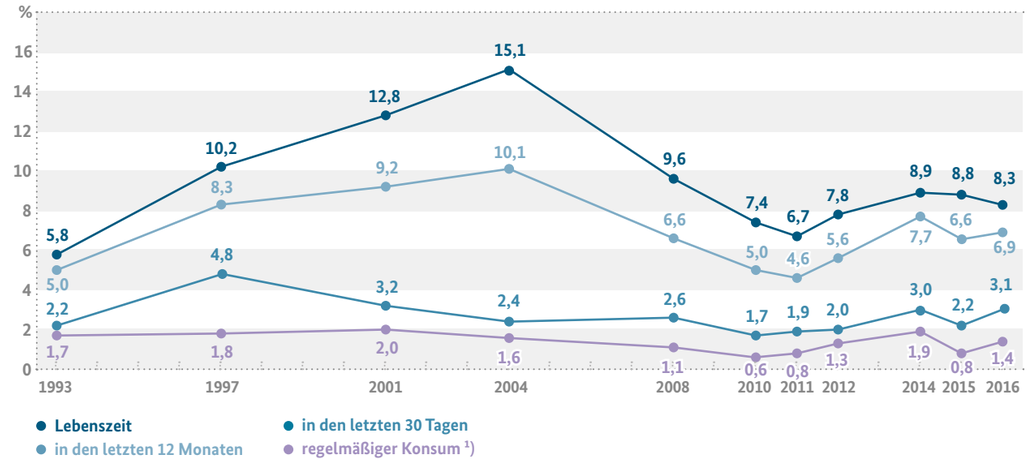
Trends

- Nach einem Hoch der Prävalenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu Beginn der 2000er Jahre ist der Konsum zurückgegangen. Seit 2011 ist wieder ein Anstieg zu beobachten.
- Bei Erwachsenen zeigen sich bei einem wellenförmigen Verlauf ansteigende Prävalenzen des Konsums.

Für die Abbildungen 36 und 37 gilt: Die Ergebnisse der Studien der Jahre 2001 bis 2012 beruhen auf reinen Festnetzstichproben ohne Bildungsgewichtung. Die Studien der Jahre 2014, 2015 und 2016 wurden im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt. Um die methodische Vergleichbarkeit mit den Jahren 2001 bis 2012 zu gewährleisten, werden bei den Trends für 2014, 2015 und 2016 die Ergebnisse dargestellt, die sich ohne Berücksichtigung der Mobiltelefonstichprobe und ohne Bildungsgewichtung ergeben. Das erklärt die Abweichungen von den in Tabelle 10 dargestellten Daten.

ABBILDUNG 36

Konsum von Cannabis bei Jugendlichen (12–17 Jahre)

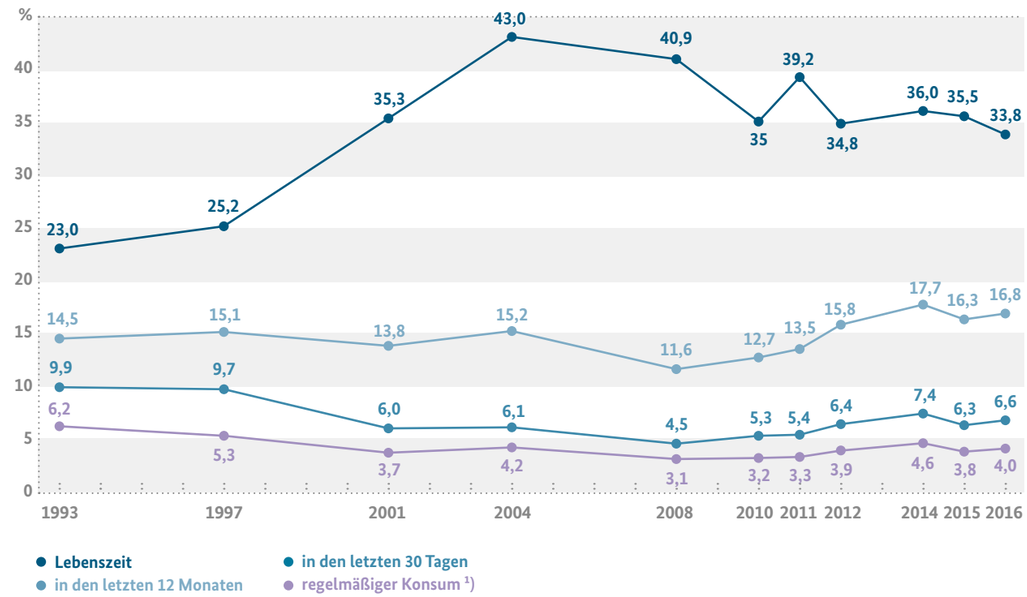


1) 1993 bis 1997: zehnmal oder häufiger in den letzten zwölf Monaten.
Ab 2001: häufiger als zehnmal in den letzten zwölf Monaten

Quelle: Alkoholsurvey 2016, BZgA

ABBILDUNG 37

Konsum von Cannabis bei jungen Erwachsenen (18–25 Jahre)

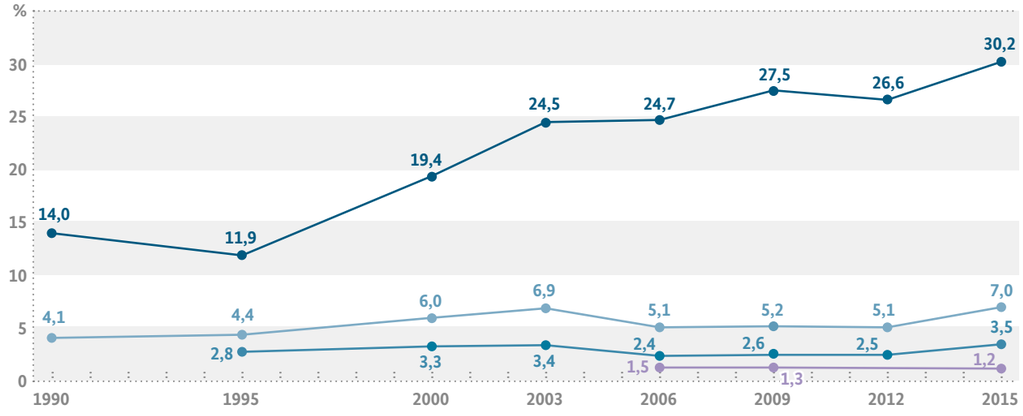


1) 1993 bis 1997: zehnmal oder häufiger in den letzten zwölf Monaten.
Ab 2001: häufiger als zehnmal in den letzten zwölf Monaten

Quelle: Alkoholsurvey 2016, BZgA

ABBILDUNG 38

Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (18–59 Jahre)



Quelle: ESA 2015, IFT

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Der aktuelle Forschungsstand wird in der Studie „Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)“ zusammengefasst und bewertet (Hoch et al., 2018).

Für die Übersichtsarbeit hat das Autorenteam mehr als 2.000 wissenschaftliche Studien der letzten zehn Jahre aus internationalen Datenbanken gesichtet und ausgewertet.

Akute Effekte

Cannabis kann unterschiedlich wirken. Es kann Glücksgefühle auslösen, die Stimmung aufhellen oder auch entspannen und beruhigen. Unmittelbar nach dem Konsum zum Beispiel einer Cannabis-Zigarette kann es aber auch zu negativen Effekten kommen, beispielsweise zu Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit und der Psychomotorik. Das Reaktionsvermögen kann eingeschränkt sein, zum Beispiel beim Autofahren. Auf körperlicher Ebene steigen Puls und Blutdruck an. Äußerlich kann der Cannabisgebrauch daran erkannt werden, dass die Augen der Konsumenten rot werden. Die akuten Effekte von Cannabis sind vorübergehend und bei ansonsten Gesunden nicht lebensbedrohlich. Im Gegensatz zu Opiaten und Alkohol führt eine Überdosis von Cannabis nicht zu Todesfällen. Anders kann dies beim Gebrauch von synthetischen Cannabinoiden aussehen.

→ Wichtig zu wissen: Cannabis beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit und erhöht das Verkehrsunfallrisiko.

Chronischer Konsum

→ **Gehirn und Kognition**

Die aktuelle Forschung zeigt, dass ein regelmäßiger und häufiger Cannabiskonsum die Hirnleistung und insbesondere das Gedächtnis verschlechtern kann. Abhängig vom Konsumverhalten zeigen sich zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen bei der Lern- und Erinnerungsleistung, aber auch negative Auswirkungen auf andere kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Problemlösefähigkeit und

Denkleistung. Auswirkungen auf die Intelligenz wurden nicht in allen Studien bestätigt.

Die kognitiven Funktionsdefizite scheinen jedoch umkehrbar zu sein, wobei derzeit noch unklar ist, ob und nach welcher Zeit der Abstinenz die Symptome wieder vollkommen verschwinden. Ebenso ungeklärt ist, welche Rolle ein junges Einstiegsalter und Geschlechtsunterschiede bei der Frage der Umkehrbarkeit spielen.

Bildgebende Verfahren zeigen, dass sich bei Langzeitkonsumenten das Gehirn in seiner Arbeitsweise und seinem Aufbau verändern kann. Inwieweit sich diese Auffälligkeiten wieder zurückbilden können, ist bisher unklar.

→ **psychische Störungen**

Die Studienlage zeigt: Cannabis ist ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen. In der Regel sind immer mehrere Risikofaktoren an der Entstehung einer psychischen Störung beteiligt. Die Substanz Cannabis kann jedoch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer bestimmten psychischen Störung zu erkranken, besonders wenn sie über lange Zeiträume regelmäßig verwendet wird.

Am deutlichsten ausgeprägt ist das erhöhte Krankheitsrisiko bei Psychosen: Bei gelegentlichem Konsum ist es um das 1,4- bis 2-fache erhöht, bei intensivem Konsum steigt das Risiko je nach Studie auf das 2- bis 3,4-fache an. Cannabiskonsumenten erkranken in der Regel rund 2,7 Jahre früher an der psychotischen Störung und haben einen ungünstigeren Krankheitsverlauf. Werden die Patientinnen und Patienten abstinent, unterscheidet sich die Rückfallquote jedoch nicht mehr von Patienten, die nie Cannabis konsumiert haben.

Unter Cannabis treten häufiger zum ersten Mal manisch-depressive Symptome auf wie sie bei bipolaren Störungen beobachtet werden. Das Risiko hierfür ist dreimal so hoch wie bei Nichtkonsumierenden. Auch die Erst-Diagnose „bipolare Störung“ erhalten mehr Menschen, wenn sie Cannabis konsumieren, als wenn sie es nicht tun. Abhängig vom wöchentlichen oder nahezu täglichen Konsum steigt das Risiko dafür um den Faktor 1,4 bzw. 2,5.

Cannabis erhöht das Risiko für Angststörungen und Depressionen. Je nach Intensität des Konsums erhöht sich das Risiko für Depressionen um den Faktor 1,3 bis 1,6, und zwar auch bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren. Bei Angststörungen sieht es ähnlich aus. Studien berichten von einer Risikoerhöhung um den Faktor 1,3 bzw. 1,7. Allerdings zeigt sich hier: Das Risiko für eine Angststörung verdoppelt sich auf den Faktor 3,2, wenn Jugendliche schon vor dem 16. Lebensjahr mit dem Konsum beginnen, dann jahrelang wöchentlich Cannabis konsumieren und eine Abhängigkeit vorliegt.

Das Risiko für Selbstmordgedanken wird durch Cannabiskonsum geringfügig erhöht. Allerdings zeigt sich dieser Befund nicht in allen Einzelstudien. Bezüglich einer erhöhten Selbstmordrate (Suizid) oder vermehrter Selbstmordgedanken zeigte sich aufgrund einer heterogenen Studienlage kein eindeutiger Zusammenhang mit Cannabiskonsum.

→ **Abhängigkeit**

Studien schätzen, dass etwa 9 % aller Cannabiskonsumierenden eine Abhängigkeit entwickeln. Die Rate steigt auf 17 %, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz beginnt und auf 25 bis 50 %, wenn Cannabis täglich gebraucht wird. Wie andere Drogen auch kann Cannabis psychisch und körperlich abhängig machen. Dementsprechend kommt es zu einem starken Wunsch, die Droge zu konsumieren, selbst wenn bereits schädliche Folgen vorliegen. Auch Toleranz bezüglich ihrer Wirkung, eine verminderte Kontrollfähigkeit des Konsums, eine Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügungen oder Entzugssymptome bei Absetzen der Substanz können auftreten.

Besondere Risikofaktoren sind männliches Geschlecht, junges Alter bei Erstkonsum, Häufigkeit des Konsums und Co-Konsum mit Tabak. In Europa ist die Zahl der Personen, die erstmals eine Suchtbehandlung wegen cannabisbezogenen Problemen beginnen, von 43.000 im Jahr 2006 auf 76.000 im Jahr 2015 angestiegen. Cannabiskonsumierende stellen inzwischen bei den erstmals wegen illegalen Substanzkonsums behandelten Personen die größte Gruppe dar. Diese Entwicklung zeigt sich auch in Deutschland.

→ organische Störungen

Neben den bereits erwähnten Veränderungen auf das menschliche Gehirn erhöht ein chronischer Cannabiskonsum das Risiko für Atemwegserkrankungen. Das Risiko für Lungenkrebs oder Tumore im Kopf-Hals-Bereich scheint dagegen nicht erhöht zu sein. Zu anderen Krebserkrankungen ist die Datenlage zu dünn, um das Krebsrisiko beurteilen zu können. Eine Ausnahme ist Hodenkrebs, der eher bei jüngeren Männern auftritt. Insbesondere für Mischtumore des Hodens, sogenannte Nicht-Seminome, konnte ein signifikanter Zusammenhang zum Cannabiskonsum gezeigt werden. Bezüglich Herz- und Gefäßerkrankungen liegen keine ausreichenden Daten für die Auswirkungen eines chronischen Cannabiskonsums vor.

Cannabiskonsum während der Schwangerschaft kann Risiken für Mutter und Kind bergen. Während die Schwangeren selbst ein erhöhtes Risiko für Anämien (Blutarmut) haben können, steigt durch den Cannabiskonsum die Gefahr für Entwicklungsstörungen des Fötus. Die Kinder kommen dann mit einem geringeren Geburtsgewicht zur Welt und sind öfter auf intensivmedizinische Maßnahmen angewiesen. Einzelne Studien deuten außerdem darauf hin, dass auch die spätere Entwicklung dieser Kinder in bestimmten kognitiven Bereichen beeinträchtigt sein kann und sie selbst schon im frühen Jugendalter Cannabis konsumieren. Allerdings ist hierzu die Studienlage nicht ganz so eindeutig.

→ psychosoziale Folgen

Menschen, die häufig Cannabis konsumieren, brechen öfter die Schule ab, besuchen seltener eine Universität und haben seltener akademische Abschlüsse als ihre nicht konsumierenden Altersgenossen.

Der geringere Bildungserfolg zeigt sich vor allem, wenn Jugendliche über Jahre hinweg viel Cannabis konsumieren und schon vor dem 15. Lebensjahr damit begonnen haben. Zu anderen psychosozialen Folgen wie soziale Auffälligkeiten, Straffälligkeit oder die weitere ungünstige persönliche, familiäre und wirtschaftliche Entwicklungen liegen unzureichende Daten vor. Diese ernstzunehmenden Hinweise sollten weiter untersucht werden.

Synthetische Cannabinoide

Synthetische Cannabinoide zählen zu den neuen psychoaktiven Stoffen und haben ähnliche psychotrope Effekte wie pflanzliches Cannabis. Doch aufgrund ihrer chemischen Zusammensetzung ist ihre Wirkung stärker und unvorhersehbarer. Jugendliche und unerfahrene Konsumierende sind besonders häufig von einer Vergiftung betroffen. Häufigste Symptome sind Herzrasen, Ruhelosigkeit sowie Übelkeit und Erbrechen. In Einzelfällen kann es zu schweren klinischen Symptomen wie Infarkt, Nierenversagen, epileptischer Grand-Mal-Anfall und akuten Psychosen kommen. Daten aus der Notfallmedizin und von Drogenbehörden zeigen, dass der Konsum mit einem erhöhten Risiko für notärztliche Behandlungen verbunden ist. International wurden bislang 32 Todesfälle in Zusammenhang mit künstlichen Cannabinioiden registriert. Die Dunkelziffer ist hoch.

Behandlung cannabisbezogener Störungen

Cannabisbezogene Störungen sind die zweithäufigste Hauptdiagnose bei behandelten Personen mit Suchterkrankungen. 2016 wurden 33.682 Behandlungsfälle in ambulanten und stationären Einrichtungen gezählt (DSHS 2017). Männer waren dabei fünf Mal häufiger vertreten als Frauen.

Cannabiskonsumierende sind im Mittel die jüngsten unter den Klientinnen und Klienten mit Suchterkrankungen (ambulant: 25 Jahre, stationär: 28 Jahre). Dadurch zeigt sich hier ein hoher Anteil an Personen, die sich noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden.

Volkswirtschaftliche Folgen

Die durch schädlichen Cannabiskonsum verursachten ökonomischen Kosten werden auf 975 Millionen Euro pro Jahr bei 400.000 angenommenen Konsumierenden 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 Cannabiskonsumenten mit schädlichem Konsum wie auch durch deren gesunkene Produktivität entstehen hohe volkswirtschaftliche Verluste.

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. Die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelte Cannabisagentur hat den Anbau und die Lieferung von Medizinalcannabis aus Deutschland im April 2017 europaweit öffentlich ausgeschrieben. Diese Ausschreibung wurde im Einklang mit den Anforderungen des Vergaberechts begonnen. Die von der Vergabestelle gesetzte Frist für die Abgabe der Teilnahmeanträge hätte jedoch nach Auffassung des Oberlandesgerichts Düsseldorf verlängert werden müssen. Das Gericht hat in seiner Entscheidung insofern auf eine planwidrige Regelungslücke in der Vergabeverordnung hingewiesen. Mit Blick auf die hierdurch erforderlich gewordenen weiteren vergaberechtlichen Schritte wird mit einer ersten Ernte von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland im Jahr 2020 gerechnet. Die Versorgung mit Medizinalcannabisblüten in kontrollierter Qualität erfolgt bis dahin weiterhin durch Importe aus den Niederlanden und Kanada.

Aktueller Forschungsstand zur medizinischen Anwendung von Cannabis

Die Studie „Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)“ fasst den aktuellen Forschungsstand zur medizinischen Anwendung von Cannabis zusammen (Hoch et al., 2018). Die Ergebnisse lassen sich in drei Bereiche einteilen: Anwendungsgebiete mit guter, moderater oder schwacher wissenschaftlicher Befundlage.

Gute Studienlage

→ chronische Schmerzen

Wissenschaftlich am besten erforscht sind Cannabisarzneimittel bei chronischen Schmerzen. Belegt ist die Wirksamkeit für neuropathische Schmerzen in Folge einer Schädigung des Nervensystems, für Schmerzen bei Multipler Sklerose (MS) sowie bei Schmerzen in Zusammenhang mit rheumatischen Erkrankungen, wozu auch muskuloskelettale- und Rückenschmerzen gehören. Patienten berichten von Verbesserungen, z. B. einer spürbaren Schmerzlinderung (subjektiv um bis zu 30 % bei neuropathischen Schmerzen und MS), aber selten von großen Effekten. In sämtlichen Studien wurden

Cannabisarzneimittel zusätzlich zu einer bestehenden Schmerztherapie gegeben und ausschließlich gegenüber Placebo getestet.

Moderate Studienlage

→ Übelkeit, Erbrechen und Appetitsteigerung

Cannabismedikamente zeigen eine gute Wirkung bei Übelkeit und Erbrechen in Folge einer Chemotherapie. Im Vergleich zu Placebo und älteren konventionellen Antiemetika (Mittel gegen Erbrechen) schneiden sie signifikant besser ab. Vergleichsstudien mit Antiemetika der neuen Generation fehlen jedoch.

Bei HIV- und Aids-Patienten konnte eine leichte Gewichtszunahme nach der Gabe von Cannabinoiden (Dronabinol oder Cannabiszigaretten) beobachtet werden. Eine leichte appetitstimulierende Wirkung fand sich auch bei palliativ behandelten Krebs- und Aidspatienten. Zudem verbesserten sich Übelkeit und Erbrechen nach der Gabe der beiden Mittel.

→ Spastizität

Es liegen Hinweise vor, dass Cannabismedikamente die Symptomatik einer MS-bedingten Spastizität (krankhaft erhöhte Muskelspannung) verbessern. Gleiches zeigte sich bei Rückenmarksverletzten.

Die Ergebnisse basieren genau wie die der Schmerzstudien auf subjektiven Einschätzungen der Patienten. Eine „objektive" Wirksamkeit (z. B. von außen sichtbare Reduktion der Spastizität) konnte in den Studien bisher nicht belegt werden.

Schwache Studienlage

→ psychische Störungen

Erst in jüngster Zeit wurden die Effekte von Cannabis und Cannabinoiden auf psychische Erkrankungen in Studien untersucht, so zum Beispiel bei therapieresistentem Tourette-Syndrom, Anorexia nervosa, posttraumatischen Belastungsstörungen und Entzug bei Abhängigkeitserkrankungen. Die Datenlage ist aber noch zu dünn, um aus diesen Studien Therapieempfehlungen abzuleiten.

→ Epilepsien, Psychosen

Erste positive Hinweise liefern auch Einzelstudien, in denen die Patienten ausschließlich mit Cannabidiol behandelt wurden. Cannabidiol ist der zweite Haupt-Wirkstoff der Cannabispflanze, der anders und teilweise gegensätzlich wie THC wirkt. Positive Effekte konnten in einzelnen Studien an Patienten mit therapieresistenten Epilepsien oder Psychosen gefunden werden. Damit diese Ergebnisse bestätigt werden können, sind weitere Studien mit größeren Patientenzahlen nötig.

→ weitere gesundheitliche Störungen

Ob gastrointestinale Störungen, neurodegenerative Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen: Cannabismedikamente wurden auch bei verschiedenen weiteren Krankheitsbildern untersucht.

Keine nennenswerten Verbesserungen konnten bisher beispielsweise bei Morbus Crohn und Reizdarmsymptom gefunden werden. Auch bei Demenz, Chorea Huntington, Morbus Parkinson, Dyskinesien sowie Tremor und Blasenschwäche bei Multipler Sklerose blieben Therapieerfolge bislang aus. Insgesamt liegen zu den aufgeführten Indikationen nur wenige Studien und eine sehr inkonsistente Datenlage vor, sodass die Ergebnisse von zukünftigen Studien dieses Bild durchaus korrigieren können.

Nebenwirkungen

Neben der Wirksamkeit werden in klinischen Studien immer auch die Risiken untersucht. Die Forschung zeigt, dass THC-haltige Cannabismedikamente eine Reihe von Nebenwirkungen verursachen können. Am häufigsten wird über Schwindel, Sedierung, Benommenheitsgefühl, Schläfrigkeit, Einschränkungen in der Aufmerksamkeit, Übelkeit und Erbrechen berichtet. Mitunter kann sich auch die Stimmungslage verschlechtern. Diese Nebenwirkungen sind zwar in der Regel vorübergehend und

stellen keine ernsthaften Komplikationen dar, sie können jedoch als sehr unangenehm empfunden werden und zu Therapieabbrüchen führen. Schwerwiegende Nebenwirkungen wie etwa kardiale Krisen, Suizidalität oder psychotische Symptome wurden in Einzelfällen, aber nicht systematisch beobachtet.

Cannabidiol scheint dagegen besser verträglich zu sein. Bisher wurden keine Nebenwirkungen gefunden. Allerdings muss auch darauf hingewiesen werden, dass zur Verträglichkeit und Sicherheit von Cannabidiol, vor allem auch in einer längerfristigen Anwendung, derzeit keine Studien vorliegen.

Opioide

Substanz und Wirkung

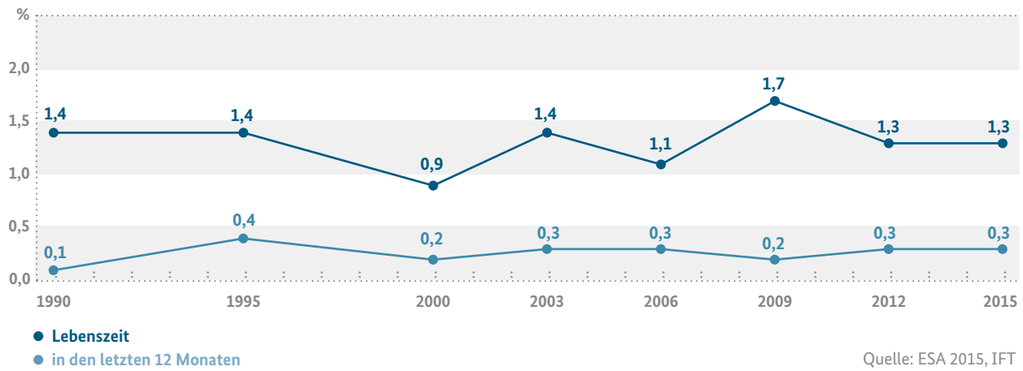
Als Oberbegriff schließt die Bezeichnung Opioide sowohl Opiate als auch halb- oder vollsynthetisch hergestellte Substanzen mit morphinähnlicher Wirkung ein. Opiate werden aus dem Milchsaft des Schlafmohns gewonnen. Der Milchsaft stellt das Rohopium dar und enthält hauptsächlich Morphin und Codein. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das durch einen chemischen Prozess aus Morphin hergestellt wird.

Vollsynthetische Opioide sind beispielsweise Methadon oder Fentanyl. Methadon wird neben anderen Opioiden in der Substitutionstherapie von Heroinabhängigen verwendet (siehe Abschnitt Substitution). Opioidhaltige Schmerzmittel wie Fentanyl werden bei schweren Erkrankungen als Arzneimittel verordnet, aber auch missbräuchlich verwendet (siehe Kapitel Medikamente).

Opioide docken an Rezeptoren im zentralen Nervensystem an und aktivieren diese, was in erster Linie das Schmerzempfinden mindert. Heroin gilt als eines der wirksamsten Schmerzmittel. Gleichzeitig wirken Opioide entspannend, beruhigend und euphorisierend.

Opioide haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Bereits wenige Stunden nach dem letzten Konsum kommt es bei Abhängigen 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.

ABBILDUNG 39
Konsum von Opioiden (vorwiegend Heroin) bei Erwachsenen (18–59 Jahre)



Quelle: ESA 2015, IFT

Trends

- Die Konsumhäufigkeit bei Erwachsenen zeigt für die letzten 20 Jahre einen leichten wellenförmigen Verlauf ohne Tendenz.
- Bei Jugendlichen liegen die Prävalenzen so niedrig, dass statistische Aussagen zu Tendenzen beim Konsum nicht sinnvoll sind.

Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland

Eine aktuelle Studie schätzt die Zahl der Opioidabhängigen in Deutschland auf etwa 166.000, davon ca. 42.000 Frauen und ca. 124.000 Männer (Kraus et al., 2018). Die Schätzung basiert auf verfügbaren Daten über Personen, die das Hilfesystem über eine Substitutionsbehandlung, eine ambulante oder stationäre Behandlungseinrichtung in Anspruch nehmen, und darüber statistisch erfasst werden (Hellfeld) und einer Schätzung des Anteils Opioidabhängiger, die derartige Hilfen nicht in Anspruch nehmen (Dunkelfeld). Im internationalen Vergleich nimmt die Rate Opioidabhängiger pro 1.000 Einwohner (15–64 Jahre) in Deutschland einen mittleren Rang ein.

Im Vergleich zu den früheren Schätzungen aus dem Jahr 1995 und dem Jahr 2000 kommt die aktuelle Schätzung trotz Unterschieden in der Methodik und den zugrundeliegenden Daten auf einen ähnlichen mittleren Wert. Auch wenn sich das Spektrum der Opioide in den letzten 20 Jahren deutlich erweitert hat und sich die Konsummuster diversifiziert haben, liegt auf der Grundlage der aktuellen Schätzung und dem Vergleich mit früheren Schätzungen der Schluss nahe, dass sich die Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten, die Opioide mit einem hohen Mortalitätsrisiko konsumieren, in den letzten 20 Jahren kaum verändert hat.

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 Opioiden. Die Überdosierung von Opioiden inklusive Vergiftungen in Verbindung mit anderen Substanzen stellt die häufigste Todesursache im Zusammenhang mit Drogenkonsum dar (siehe Abschnitt „Drogenbedingte Todesfälle“).

Behandlung opioidbezogener Störungen

Opioide stehen an dritter Stelle der Substanzen, wegen derer sich Menschen mit Suchterkrankungen in Behandlung begeben. 2016 wurden 25.183 Behandlungsfälle in ambulanten und stationären Einrichtungen gezählt (DSHS 2017). Männer waren dabei mehr als dreimal häufiger vertreten als Frauen. Personen mit der Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit weisen von allen Suchtkranken am häufigsten zusätzlich einen schädlichen Gebrauch bzw. eine Abhängigkeit von anderen Substanzen auf. Sie gehören im Mittel eher zu den älteren Behandelten (ambulant: 39 Jahre, stationär: 36 Jahre) und fast zwei Drittel sind erwerbslos (ambulant: 56 %, stationär: 66 %).

Mit der Drogenersatztherapie – auch Substitution genannt – steht eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung, die vielen Opioidabhängigen eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung und damit meist eine steigende Lebenserwartung ermöglicht. Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Im stationären Setting ist die Substitutionsbehandlung in ca. 10 % der Kliniken mit medizinischer Rehabilitation für Drogenabhängige verfügbar (Kuhlmann 2015).

Substitutionsregister

Nach § 13 Absatz 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5b BtMVV führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opioidabhängigen Patienten verschreibt, hat der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5b Absatz 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden: den Patientencode, das Datum der ersten Anwendung eines Substitutionsmittels, das

30 Jahre Substitution in Deutschland

1988 startete das erste Modellprojekt in NRW. Nach Bochum, Essen und Düsseldorf folgten Modellprojekte in Frankfurt und Hamburg. Die ersten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsbehandlung traten 1991 in Kraft. Mit dem Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes 1992 wurde die Substitution ausdrücklich zur Behandlung von Opioidabhängigen erlaubt. Danach verbreitete sich die Drogenersatztherapie bundesweit. Bis 2002 wurden allerdings nur Opioidabhängige in die Behandlung aufgenommen, bei denen weitere schwere Erkrankungen vorlagen.

In den USA wurde bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts begonnen, Heroinabhängige mit Methadon zu substituieren. Die vielen abhängig gewordenen Vietnamveteranen erforderten neue Behandlungswege. In den 1980er Jahren gab es bereits etwa 85.000 substituierte US-Amerikaner. Zu dieser Zeit war die Substitution in Deutschland noch stark umstritten. In Westeuropa hatten die Niederlande und die Schweiz bereits erste Erfahrungen gemacht. Der damalige Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann, hatte sich die Substitutionspraxis in anderen Ländern angeschaut und daraufhin die Modellversuche in NRW gestartet.

Einen wichtigen Grund zum Handeln stellten die steigenden HIV-Ansteckungen unter den intravenös Drogenkonsumierenden dar. Da Substitutionsmittel oral eingenommen werden, soll das Infektionsrisiko durch den Spritzengebrauch entfallen. Dies ist auch heute noch ein wichtiges Ziel der Substitutionsbehandlung. Durch die Therapie soll bei Abhängigen, die häufig auch eine Reihe von Begleiterkrankungen haben, eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung erreicht werden. Außerdem wird der Ausstieg aus Beschaffungsdruck und häufig auch -kriminalität ermöglicht. Nach wie vor stellt die Überdosierung von Heroin die häufigste Todesursache im Zusammenhang mit Drogenkonsum dar. Der Zusammenhang zwischen der Zunahme von Substituierten und dem Rückgang der drogenbedingten Todesfälle insbesondere seit 2000 zeigt, wie wichtig die Substitution als Maßnahme der Überlebenshilfe und Behandlung ist.

Mit der Reform der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung 2017 wurden die betäubungsmittelrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Substitutionstherapie opioidabhängiger Menschen an Erkenntnisse des wissenschaftlichen Fortschritts und praktische Erfordernisse angepasst (siehe Abschnitt „Neue Regelungen“).

verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Anwendung eines Substitutionsmittels, den Namen und die Adresse des verschreibenden Arztes sowie gegebenenfalls auch den Namen und die Anschrift des beratend hinzugezogenen Arztes (Konsiliararzt). Ferner teilen die Ärztekammern der Bundesopiumstelle auf Anforderung mit, ob die an den Substitutionsbehandlungen beteiligten Ärztinnen und Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchtmedizinische Qualifikation erfüllen.

Die Meldungen der substituierenden Ärzte erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder im gesicherten Online-Verfahren über den beim BfArM eingerichteten Formularserver. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt.

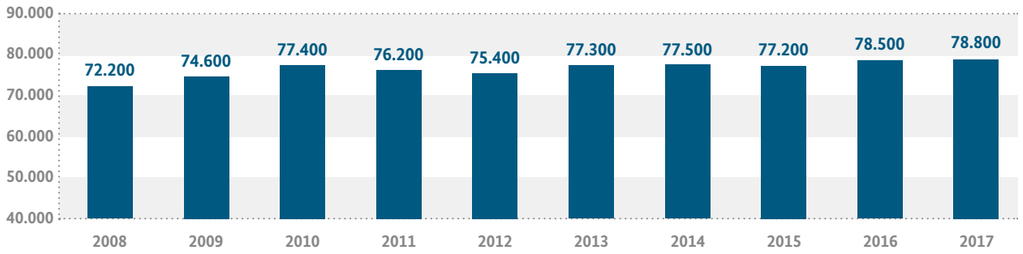
Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Unterbindung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für denselben Patienten, die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtmedizinische Qualifikation der Ärzte sowie die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden. Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz und zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs im Rahmen der Substitutionsbehandlungen. 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 ist die Anzahl weitgehend gleichbleibend und lag am 1. Juli 2017 bei 78.800 Patientinnen und Patienten.

Im Jahr 2017 wurden im Substitutionsregister rund 91.200 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 Klinik-Aufenthalte) als auch bei den Ärzten (zum Beispiel aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen. 2017 haben insgesamt 2.599 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet.

2017 nutzten 548 Ärzte - also etwa 21 % der substituierenden Ärzte - die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärzte ohne suchtmedizinische Qualifikation seit dem 2.10.2017 bis zu zehn Patienten (vorher bis zu drei Patienten) gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtmedizinisch qualifizierten Arzt als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärzte, die die Konsiliarregelung nutzten, haben rund 1 % aller Substitutionspatienten behandelt. Rund 14 % der substituierenden Ärzte haben am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

ABBILDUNG 40

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland (jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

Die substituierenden Ärzte melden dem Substitutionsregister für jeden Substitutionspatienten das Substitutionsmittel mit seiner Wirkstoffbezeichnung (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin etc.).

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon mit 40,9 %, dessen Anteil jedoch seit 15 Jahren jährlich um etwa 2 % fällt. Der Anteil von Levomethadon steigt seit mehr als zehn Jahren kontinuierlich an und hat inzwischen 34 % erreicht. Der Anteil von Buprenorphin liegt seit drei Jahren konstant bei ca. 23 %.

2017 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 Konsiliarärzte, die Anzahl der Substitutionspatienten, Angaben zur suchtmedizinischen 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.

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 30, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark.

Eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatienten, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner, weisen insbesondere die Stadtstaaten Bremen und Hamburg auf, wobei hier wahrscheinlich auch Umlandeffekte eine Rolle spielen.

TABELLE 14

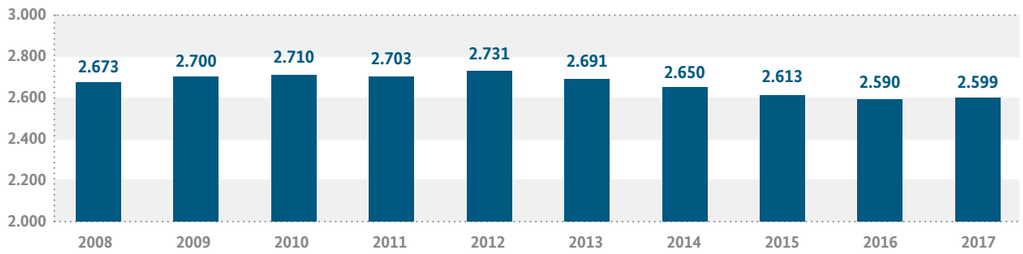
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2017)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	30 %
4 – 50	48 %
51 – 100	15 %
über 100	7 %

Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 41

Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte in Deutschland

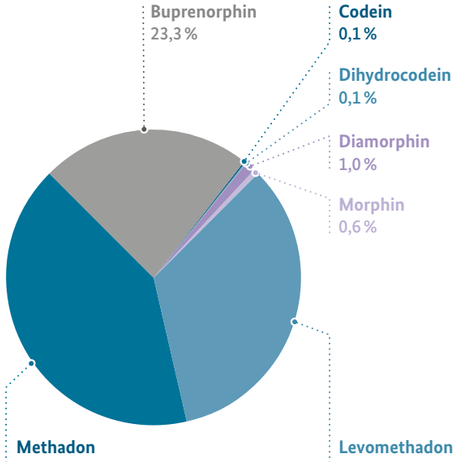


Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

Illegale Drogen

ABBILDUNG 42

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 01.07.2017)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

TABELLE 15

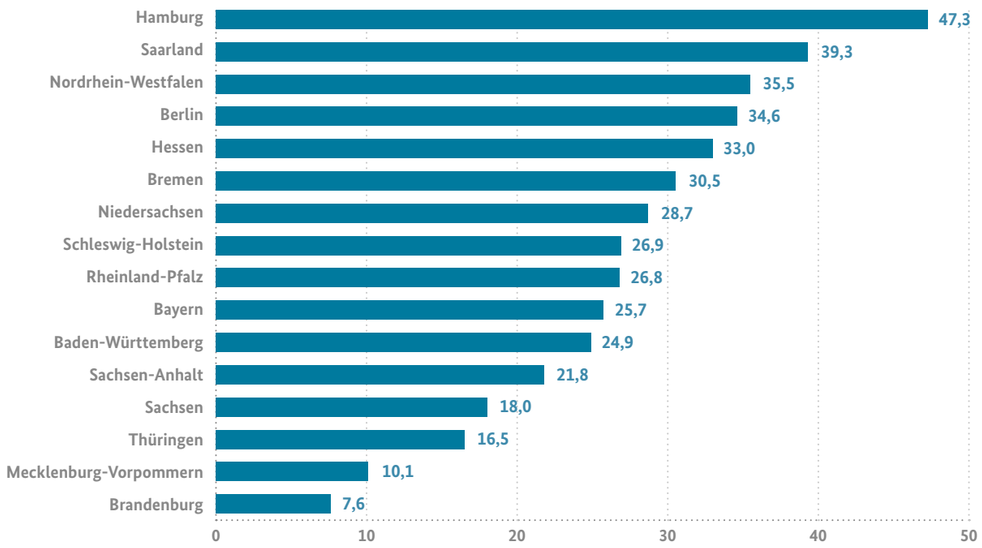
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern (Stichtag 01.07.2017)

Bundesland	gemeldete Patienten	substituierende Ärzte in 2017
Baden-Württemberg	10.317	415
Bayern	8.007	311
Berlin	5.218	151
Brandenburg	121	16
Bremen	1.767	58
Hamburg	4.119	87
Hessen	7.590	230
Mecklenburg-Vorpommern	243	24
Niedersachsen	7.898	275
Nordrhein-Westfalen	25.734	725
Rheinland-Pfalz	2.170	81
Saarland	707	18
Sachsen	630	35
Sachsen-Anhalt	698	32
Schleswig-Holstein	3.175	118
Thüringen	379	23

Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 43

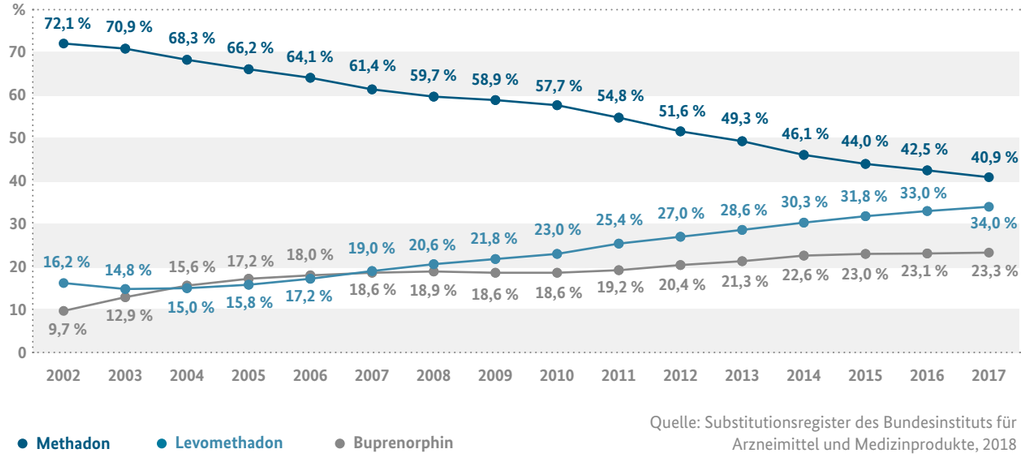
Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2017)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 44

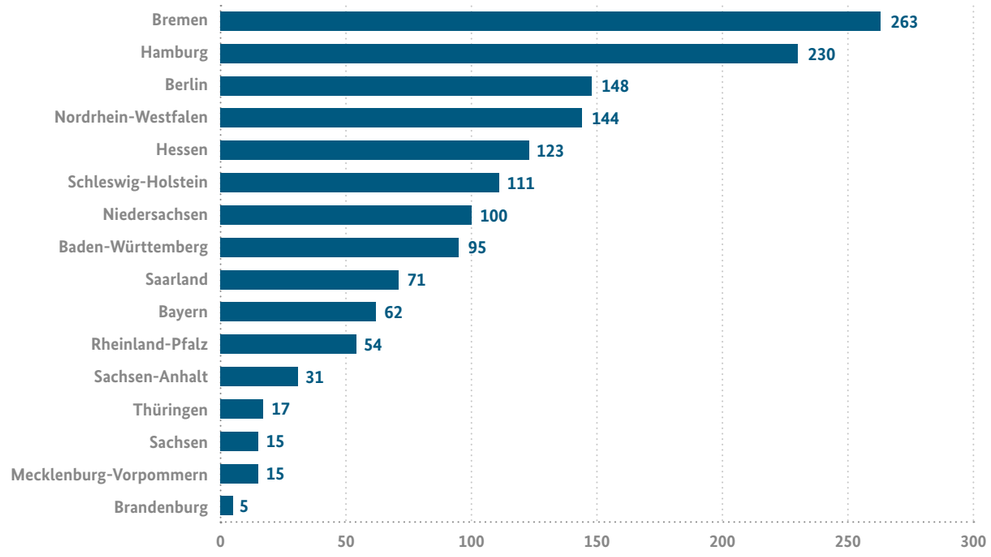
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2017



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 45

Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.07.2017)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

Neue Regelungen

Mit der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vom 22.05.2017 wurden die Vorschriften zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger geändert und finden seit der Bekanntmachung der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ am 2.10.2017 im Bundesanzeiger vollumfänglich Anwendung.

www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/

Die besonderen Vorschriften über die Substitution mit dem Stoff Diamorphin wurden aus dem bisherigen § 5 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in einen neuen § 5a BtMVV überführt. Der bisherige § 5a BtMVV zum Substitutionsregister wurde somit zu § 5b BtMVV.

Mit der Reform der BtMVV wurden die betäubungsmittelrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Substitutionstherapie opioidabhängiger Menschen an Erkenntnisse des wissenschaftlichen Fortschritts und praktische Erfordernisse angepasst.

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3._BtMVVAEndV.pdf

Flankierend hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V bereits neue Abrechnungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die Substitutionstherapie aufgenommen, die ebenfalls zum Quartalswechsel am 1. Oktober 2017 in Kraft getreten sind. Diese bilden die Basis für die Abrechnung ärztlicher Leistungen und sehen nun beispielsweise eigene Gebührenpositionen für die sogenannte Take-Home-Vergabe vor, um den Beratungs- und Gesprächsaufwand zur Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe zu vergüten. Neu ist ferner, dass eine Substitutionsbehandlung auch im Rahmen von Hausbesuchen erfolgen und abgerechnet werden kann, wenn der Patient wegen des Vorliegens einer chronischen Pflegebedürftigkeit oder aufgrund einer nicht im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Erkrankung nicht in die ärztliche Praxis kommen kann.

Ergänzend hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits Beratungen über den in Folge der Reform entstandenen Anpassungsbedarf in der Richtlinie über die Methoden in der vertragsärztlichen Versorgung bei der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Menschen aufgenommen (MVV-Richtlinie; Anlage I Nr. 2).

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, haben zum Teil aber eine deutlich höhere Potenz. 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 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.

Bei den 12- bis 17-Jährigen hatten zu diesem Zeitpunkt 0,1 % schon einmal NPS konsumiert. In der Altersgruppe der Erwachsenen waren es 2,8 %.

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

Das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) ist am 26.11.2016 in Kraft getreten. Das Gesetz sieht ein weitreichendes Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handels mit NPS und eine Strafbewehrung der Weitergabe von NPS vor. Dabei bezieht sich das Verbot in Ergänzung zum einzelstofflichen Ansatz des BtMG erstmals auf ganze Stoffgruppen und umfasst damit bereits etwa zwei Drittel der erhältlichen Stoffe.

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/npsg.html

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)

Gegenwärtig wird geprüft, Stoffgruppen zu erweitern oder weitere Stoffgruppen aufzunehmen, um noch mehr NPS zu erfassen.

Ziel des Gesetzes ist es, die Verbreitung von NPS zu bekämpfen und so ihre Verfügbarkeit als Konsum- und Rauschmittel einzuschränken. Damit soll die Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen, insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, vor den häufig unkalkulierbaren und schwerwiegenden Gefahren, die mit dem Konsum von NPS verbunden sind, geschützt werden. Mit dem weitreichenden Verbot von NPS soll der Wettlauf zwischen dem Auftreten immer neuer chemischer Varianten bekannter Stoffe und daran angepassten Verbotsregelungen im Betäubungsmittelrecht durchbrochen werden. Eine begleitende Evaluation des Gesetzes ist

in Auftrag gegeben, Ergebnisse werden 2019 erwartet. Es ist jedoch bereits jetzt bekannt, dass Staatsanwaltschaften auf Grundlage des Gesetzes an vielen Orten die Ermittlungen aufgenommen haben und Täter verurteilt wurden. Dieses Vorgehen wäre vor dem NpSG nicht möglich gewesen. Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2017 weist 495 erfasste Straftaten aus, die das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) betreffen.

Parallel dazu werden weiterhin Einzelstoffe, die sich als nicht nur gering psychoaktiv und als in besonderer Weise gesundheitsgefährdend erwiesen haben sowie in nicht nur geringem Ausmaß missbräuchlich verwendet werden, dem BtMG unterstellt, dessen strengere Regelungen denen des NpSG vorgehen. So hat die Bundesregierung mit der 18. Verordnung zur Änderung von Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes vom 16. Juni 2017 weitere zwölf NPS, davon fünf Opioide und sechs synthetische Cannabinoide, in die Anlage II des BtMG aufgenommen. Zwei weitere synthetische Cannabinoide sollen mit der nächsten Änderungsverordnung der Anlage II des BtMG unterstellt werden. Der Betäubungsmittel-Sachverständigenausschuss hat inzwischen die Aufnahme von weiteren fünf synthetischen Opioiden in die Anlage II des BtMG empfohlen.

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.

Auffällig bei der Verbreitung von Crystal Meth ist, dass die Lebenzeitprävalenz je nach Bundesland stärker variiert als bei anderen Substanzen (Gomes de Matos et al., 2018). Eine gesonderte Auswertung von Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey aus sechs Bundesländern zeigte folgende regionale Muster im Konsum von Methamphetamin: Während in Sachsen 2 % und in Thüringen 1,7 % der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren schon mal Crystal Meth konsumiert haben, trifft dies in Nordrhein-Westfalen nur auf 0,3 % der Erwachsenen zu. In Hessen liegt dieser Wert bei 0,7 %, in Hamburg sind es 0,9 % und in Bayern 1,1 %. Da ein Großteil des in Europa verfügbaren Methamphetamins in Tschechien produziert wird, ist Crystal Meth in den angrenzenden Bundesländern offenbar stärker verbreitet.

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.

Crystal-Konsumierende haben ein erhöhtes Risiko für Herz- und Gefäßschäden. Vor allem bei häufigem Konsum können die Gefäße vorzeitig altern und das Herz mitunter schwer geschädigt werden. Bei frühzeitigem Ausstieg kann sich das Herz zum Teil wieder erholen. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass langjähriger Crystal-Konsum unwiderruflich eine verminderte Leistung des Herzens nach sich ziehen kann. Dadurch steigt das Risiko für Herzrhythmusstörungen und plötzlichen Herztod (Darke et al., 2017).

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-Konsumierenden (Zweben et al., 2004; Marinelli-Casey et al., 2008; Sekine et al., 2006).

Kokain

Substanz und Wirkung

Kokain wird aus den Blättern des Coca-Strauchs hergestellt. Die Blätter enthalten etwa 1 % Kokain. Durch ein chemisches Verfahren wird daraus Kokainhydrochlorid gewonnen, das als weißes, kristallines Pulver bekannt ist.

Generell hängt das Ausmaß des aufputschenden Effekts sehr stark von der Konsumform ab. Beim intravenösen Spritzen setzt die Wirkung sehr schnell und vehement ein. Das Gehirn wird schlagartig überflutet mit stimulierenden Substanzen. Ebenso schnell wie die Wirkung einsetzt klingt sie dann auch wieder ab. Bereits nach ungefähr zehn Minuten verschwinden die euphorischen Effekte. Beim Rauchen von Kokain in Form von Crack verläuft der Rausch ähnlich kurz. Die häufigste Konsumform ist das Sniefen des pulverförmigen Kokainhydrochlorids. Die Wirkung entfaltet sich nach ein paar Minuten und dauert ca. 20 bis 60 Minuten an.

Die aufputschende Wirkung des Kokains beruht auf der vermehrten Ausschüttung körpereigener Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin. Dadurch kommt es zu einer massiven Stimulation des zentralen Nervensystems. Die als positiv wahrgenommen Wirkungen sind eine gesteigerte Wachheit und eine euphorische, gehobene Stimmung. Die allgemeine Aktivierung steigert für die Dauer der Wirkung meist auch das Selbstwertgefühl und senkt – je nach Kontext – soziale und sexuelle Hemmungen. Auf der körperlichen Seite macht sich die Stimulation durch motorische Hyperaktivität sowie den Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdrucks, der Körpertemperatur und der Atemfrequenz bemerkbar. Der Körper wird also insgesamt auf eine höhere Leistungsfähigkeit eingestellt. Allerdings wird dem Körper keine Energie durch das Kokain zugeführt, vielmehr werden seine Kraftreserven verbraucht.

Charakteristisch ist ebenfalls der phasenweise Verlauf der Rauschwirkung, bei der nach Abklingen der Euphorie negative Effekte in den Vordergrund treten können. Ängstlich-paranoide Stimmungen mit akustischen oder auch optischen Halluzinationen können hinzukommen. Oft ist das Rauschende auch gekennzeichnet von Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und Erschöpfung. Möglich sind auch Angstzustände, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Suizidgedanken. Der Nachhall stellt gewissermaßen ein Spiegelbild der Wirkung dar, wobei häufiges „Nachlegen“ die unangenehmen bzw. gefährlichen Effekte verstärkt (siehe gesundheitliche Folgen).

Trends

- Während bei der Lebenszeitprävalenz von Erwachsenen ein Anstieg seit 1990 zu verzeichnen ist, verläuft die 12-Monats-Prävalenz wellenförmig ohne klare Tendenz.

- Bei Jugendlichen liegen die Prävalenzen so niedrig, dass statistische Aussagen zu Tendenzen beim Konsum nicht sinnvoll sind.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Der Konsum von Kokain ist sowohl mit kurzfristigen als auch langfristigen Risiken für die Gesundheit verbunden.

Akut können folgende Beeinträchtigungen auftreten: Krampfanfälle, Schock, Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen, die zum Koma führen können, gesteigerte Aggressivität, paranoide Wahnvorstellungen und Halluzinationen, Lähmung des Atemzentrums. Eine Studie ergab, dass jeder vierte nicht-tödliche Herzinfarkt bei jüngeren Menschen (18-45 Jahre) auf den Konsum von Kokain zurückzuführen war (Universität Buffalo, 2001).

Das Risiko, akut ernsthafte Probleme zu bekommen, wird auch durch die schnelle Toleranzentwicklung begünstigt: Man muss immer mehr konsumieren, um die gleiche psychische Wirkung zu erzielen. Bei erhöhten Dosen nehmen die Risiken deutlich zu.

Dauerhafter und regelmäßiger Kokaingebrauch kann mittel- und langfristig schwerwiegende körperliche und psychische Schäden zur Folge haben. Neben einer sich schnell entwickelnden psychischen Abhängigkeit zählen dazu die Schwächung des Immunsystems, starker Gewichtsverlust, Schädigung von Blutgefäßen, Leber, Herz und Nieren. Das Rauchen von Kokain schädigt die Lunge (Cracklunge). Mit dem intravenösen Konsum sind besondere Infektionsrisiken verbunden. Das Sniefen wiederum schädigt die Nasenschleimhaut und Nasennebenhöhlen mit der Folge von chronischem Nasenbluten sowie Verminderung des Geruchs- und Geschmackssinns. Während der Schwangerschaft führt Kokainkonsum zu Früh- und Totgeburten wie auch zu massiven Reifungsstörungen, die unter anderem die Fehlentwicklung des Gehirns und anderer Organe zur Folge haben.

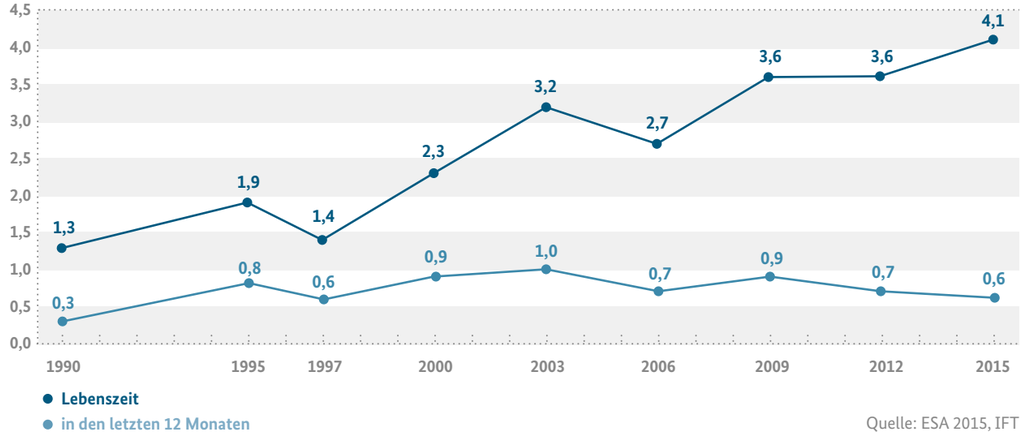
Die psychischen Folgeschäden umfassen Angst und Verwirrtheit, Depressionen, Schlafstörungen, Antriebs- und Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen und Persönlichkeitsveränderungen. Außerdem können Psychosen mit Halluzinationen auftreten. Besonders charakteristisch sind Wahnvorstellungen, bei denen der Konsumierende überzeugt ist, Insekten krabbeln über oder unter seiner Haut.

Weiterlesen

Aktuelle Projekte und Studien zu illegalen Drogen finden Sie in Kapitel 4 „Projekte, Studien, Initiativen“.

ABBILDUNG 46

Konsum von Kokain (einschließlich Crack) bei Erwachsenen (18–59 Jahre)



Quelle: ESA 2015, IFT

Kokainrückstände im Abwasser geben Hinweise auf steigenden Konsum

Der Europäische Drogenbericht 2018 (siehe Kapitel Internationales) thematisiert die hohe Verfügbarkeit von Kokain in Europa aufgrund des zunehmenden Koka-Anbaus und der steigenden Kokainproduktion in Lateinamerika. Dies äußert sich auch in einem stark gestiegenen Reinheitsgrad der Droge im Straßenverkauf.

Eine Analyse des Abwassers in europäischen Städten ergab, dass die Kokainrückstände im Abwasser in den meisten der untersuchten europäischen Städte zwischen 2015 und 2017 angestiegen sind. Dies trifft auch auf die deutschen Städte zu, für die Zahlen für diesen Zeitraum vorliegen. Entsprechend der Studie war der Kokainkonsum 2017 in Dortmund am höchsten, gefolgt von Frankfurt und Hamburg.
Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) weist darauf hin, dass sich durch Abwasseranalysen zwar Trends ermitteln und unterschiedliche Regionen vergleichen lassen. Aus Abwasseranalysen lässt sich jedoch nicht zuverlässig schließen, wie viele Menschen tatsächlich Drogen nehmen. Abwasseranalysen sind deshalb als Ergänzung zu repräsentativen Befragungen heranzuziehen bzw. auch als Frühwarnsystem nutzbar.

Mehr Informationen zur Studie finden Sie hier: www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis

2.2.5. 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 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.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Diagnose Gaming Disorder in die am 18. Juni 2018 veröffentlichte 11. Revision der International Classification of Diseases (ICD-11) aufgenommen. Die Diagnose kann spezifiziert für hauptsächlich offline- oder onlinebasiertes Spielen als auch unspezifiziert vergeben werden.

https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1448597234

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

Beide Klassifikationssysteme sehen derzeit die Computer- und Internetspielsucht als störungsrelevant an. Andere Anwendungen, wie das Nutzen sozialer Netzwerke, scheinen jedoch ebenso zu suchtartigem Verhalten zu führen, allerdings ist hierzu die Datenlage noch nicht ausreichend.

In Bezug auf die Prävention, Frühintervention und Behandlung von internetbezogenen Störungen ist die Zahl der Studien angestiegen. Die Forschungsansätze sind dabei unterschiedlich und zeigen teilweise methodische Schwächen.

Es besteht ein großer nationaler und internationaler Bedarf für Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung internetbezogener Störungen. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) unter Federführung der Suchtforschungsgruppe der Universität Lübeck strebt die Entwicklung einer S1-Leitlinie an. Die Arbeiten hierzu werden 2018 aufgenommen. Im Vorfeld fand unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Workshop mit 37 Expertinnen und Experten aus Forschung und Versorgung, Fachverbänden und -gesellschaften zur Sichtung des aktuellen Forschungsstandes zu internetbezogenen Störungen statt.

Prävalenzen und Trends

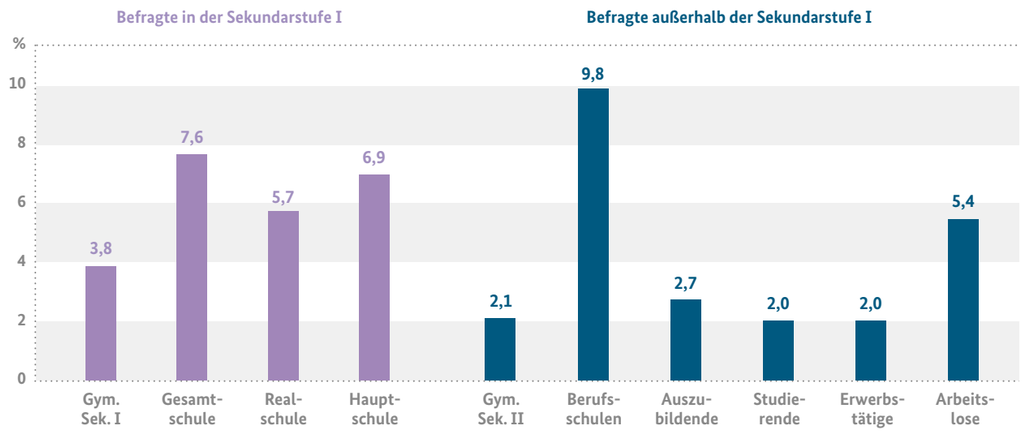
Es gibt eine Reihe von Prävalenzstudien zu internetbezogenen Störungen. Allerdings gibt es eine große Bandbreite an ermittelten Zahlen, was insbesondere an den unterschiedlichen Studiendesigns liegt. Die Ergebnisse variieren aufgrund studienspezifischer Faktoren wie untersuchte Populationen, Repräsentativität, Erhebungsverfahren und Definition der Störung.

Um signifikante Trendaussagen treffen zu können, ist es notwendig, Wiederholungsbefragungen mit dem gleichen Studiendesign durchzuführen. Bei den folgenden drei Studien aus Deutschland, die das Ausmaß aber auch verschiedene Aspekte der problematischen Nutzung von Onlinemedien beschreiben sollen, liegen nur bei der Drogenaffinitätsstudie zwei Messzeitpunkte vor, die die Beobachtung eines zeitlichen Verlaufs ermöglichen.

Drogenaffinitätsstudie der BZgA

Im Jahr 2015 ist nach den Befunden der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (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

ABBILDUNG 47
Verbreitung von Computerspiel- und Internetabhängigkeit nach Bildungs- und sozialen Merkmalen (12- bis 25-Jährige)



Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2015, BZgA

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.

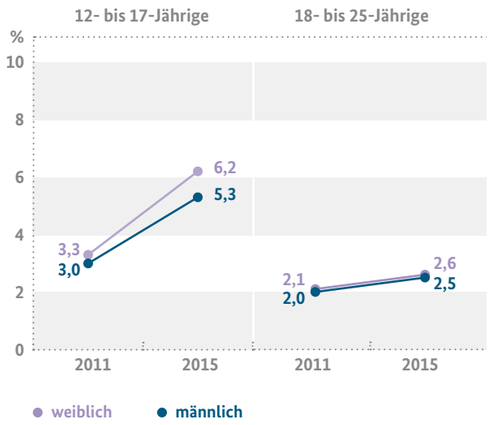
Zur Messung wurde in der Studie die „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) genutzt. Die Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit unterscheidet sich bei 12- bis 25-Jährigen nach Bildungs- und sozialen Merkmalen.

Die Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit unter 12- bis 25-Jährigen anhand der „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) wurde 2011 erstmals in der Drogenaffinitätsstudie gemessen.

- Zwischen 2011 und 2015 ist eine Zunahme der Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zu verzeichnen. Bei weiblichen Jugendlichen hat sie sich fast verdoppelt.
- In der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen liegen die Werte 2015 geringfügig höher als noch 2011.

ABBILDUNG 48

Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen



Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2015, BZgA

„WhatsApp, Instagram und Co. – so süchtig macht Social Media“ – Studie der DAK-Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters

Die große Mehrheit (85 %) der 12- bis 17-Jährigen nutzt soziale Medien jeden Tag. Die tägliche Nutzungsdauer beträgt im Durschnitt knapp drei Stunden (166 Minuten). Die meiste Zeit verbringen die Kinder und Jugendlichen mit der Nutzung von WhatsApp (66 %), gefolgt von Instagram (14 %) und SnapChat (9 %).

Zur Erfassung einer problematischen Social Media Nutzung wurde die Social Media Disorder Scale (van den Eijnden et al., 2016) eingesetzt. Der standardisierte Fragebogen besteht in der Kurzversion aus neun Fragen. Werden fünf oder mehr dieser Fragen mit „ja“ beantwortet, wird eine Social Media Disorder angenommen. In der repräsentativen Stichprobe erfüllten 2,6 % der 12- bis 17-Jährigen die Kriterien einer Social Media Disorder. Mädchen sind mit 3,4 % etwas häufiger betroffen als Jungen (1,9 %). Auf alle 12- bis 17-Jährigen in Deutschland hochgerechnet entspricht dieser Prozentsatz etwa 100.000 Betroffenen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Nutzung sozialer Medien ein Suchtpotenzial birgt und sich ungünstig auf verschiedene Lebensbereiche auswirken kann (siehe Abb. 49).

Für die Aspekte „Streit mit den Eltern“, „Schlaf“ und „Kontakt zu Freunden“ wurde das Ausmaß der Betroffenheit erfragt:

- 22 % streiten manchmal oder (sehr) häufig mit den Eltern wegen der Nutzung sozialer Medien
- 23 % geben an, wegen der Nutzung sozialer Medien manchmal oder (sehr) häufig zu wenig zu schlafen
- 8 % pflegen den Kontakt zu Freunden ausschließlich über soziale Medien

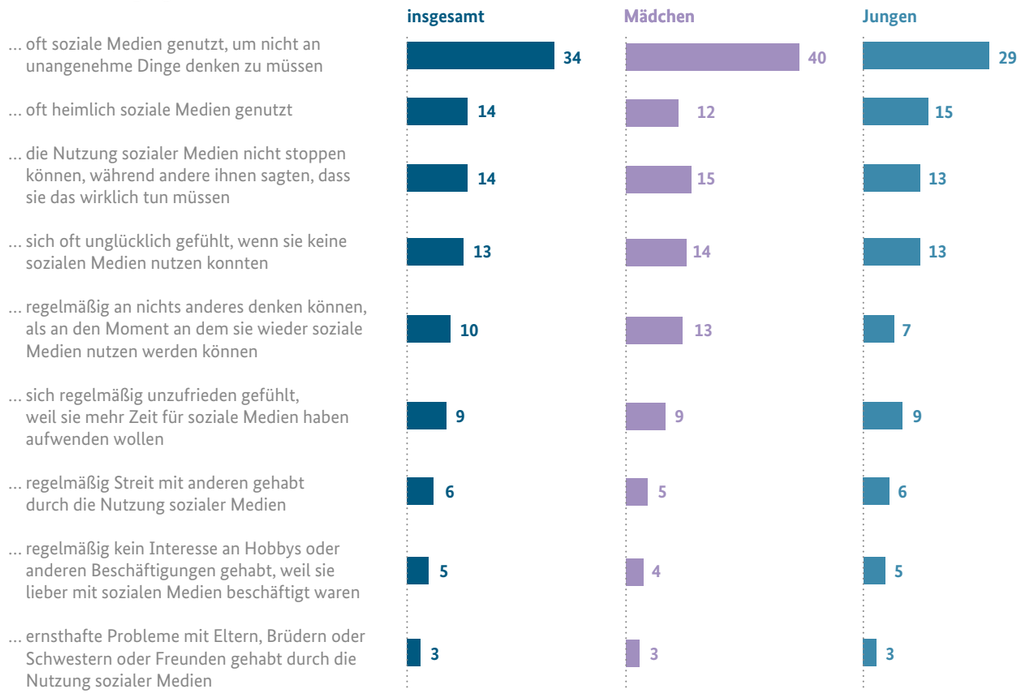
Bei Jugendlichen, die die Kriterien einer Social Media Disorder erfüllen, zeigt sich ein wesentlich höheres Ausmaß an Streit mit den Eltern wegen der Nutzung sozialer Medien als bei Jugendlichen ohne Social Media Disorder. Gleiches gilt auch für Schlafmangel, der auf die Nutzung sozialer Medien zurückgeführt wird.

Nicht zuletzt gibt die Studie wichtige Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem problematischen Gebrauch sozialer Medien und einer depressiven Symptomatik. Zur Erfassung depressiver Symptome wurde der Depressionsscreener für Teenager (DesTeen; Pietsch et al., 2011) eingesetzt. In der Gesamtstichprobe zeigten 8,2 % der Kinder und Jugendlichen eine depressive Symptomatik. In der Gruppe derjenigen, die die Kriterien für eine Social Media Disorder erfüllen, wurden von jedem Dritten – und damit deutlich häufiger – depressive Symptome berichtet. Dabei liegen über Ursache und Wirkung noch keine Erkenntnisse vor.

Erstmals wurden die Nutzungsintensität sowie die mit der Nutzung verbundenen Auswirkungen von sozialen Medien bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren anhand einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe (N=1.001) erfragt. Zu sozialen Medien wurden Messenger-Dienste wie WhatsApp oder Snapchat, soziale Netzwerkseiten wie Facebook oder Instagram sowie Foren und Blogs oder Web-Blogs gezählt.

ABBILDUNG 49

Auswirkungen der Social Media-Nutzung bei 12- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent)



Quelle: DAK-Gesundheit 2018

BLIKK

Mit der Studie „BLIKK-Medien“ wurde der Umgang mit elektronischen Medien in Familien im Rahmen der von Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen durchgeführten Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von unter drei bis 14 Jahren untersucht.

Für die tägliche Nutzungszeit elektronischer Medien durch Kinder liegen Empfehlungen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Jugend- und Familienberatungen der Zentralschweiz (no-ZOFF.ch) vor. Die Ergebnisse der BLIKK-Studie zeigen, dass diese empfohlenen Werte insbesondere bei der Fernsehnutzung häufig überschritten werden. Bei der Smartphone- und Internetnutzung liegt die Überschreitung bei den Zwei- bis Achtjährigen in geringerem Ausmaß vor als bei den 9- bis 14-Jährigen (siehe Tabelle 16).

Ein Ziel der BLIKK-Studie bestand in der Prüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Entwicklungsauffälligkeiten bzw. -störungen und einer Nutzung elektronischer Medien bei Kindern.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Nutzung elektronischer Medien von mehr als 30 Minuten täglich im Alter von zwei bis fünf Jahren (U7- U9) mit Entwicklungsauffälligkeiten (Konzentration, Sprache, Hyperaktivität) und im Alter von sieben bis zehn Jahren (U10-U11) mit Entwicklungsauffälligkeiten (Konzentration, Hyperaktivität) sowie in der J1-Phase (mit ca. 12 bis 14 Jahren) insbesondere mit Konzentrationsstörungen einhergehen. Dabei werden diese Phänomene mit einem signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Jungen, mit einer höheren Häufigkeit bei Jungen, von den Eltern beschrieben.

Jedoch kann basierend auf den bisherigen Analysen keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit die beobachteten Entwicklungsauffälligkeiten durch eine erhöhte Nutzung speziell der elektronischen Medien bedingt sind oder inwieweit – bei entsprechend bestehenden Entwicklungsstörungen – insbesondere elektronische Medien verstärkt in Anspruch genommen werden.

Um Entwicklungsstörungen entgegenzuwirken, wird eine qualifizierte pädagogische Anleitung für die Entwicklung einer Kompetenz im Umgang mit elektronischen Medien schon ab dem Besuch des Kindergartens empfohlen.

Der Abschlussbericht der BLIKK-Studie sowie die Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung stehen zum Download zur Verfügung: www.drogenbeauftragte.de

TABELLE 16

Gegenüberstellung Empfehlungen der täglichen Nutzungszeiten und die relative Häufigkeit der Nutzungszeiten elektronischer Medien in der BLIKK-Stichprobe, die über den empfohlenen Werten liegen

	BZgA	no-ZOFF.ch	BLIKK - Stichprobe					
Alter	elektronische Medien (inkl. Hörmedien)	Bildschirmmedien	Alter	Geschlecht und Nutzungszeit	Fernseher	Smartphone	Kombination Fernseher und Smartphone	Internet
0 - 3 Jahre	gar nicht	gar nicht	0 - 3 Jahre		keine Datenlage			
3 - 6 Jahre	< 30 Min./ Tag	< 30 Min./ Tag	2 - 5 Jahre	Mädchen > 30 Min./Tag	50,17 %	4,62 %	49,79 %	1,96 %
				Jungen > 30 Min./Tag	50,48 %	6,08 %	50,26 %	2,80 %
6 - 9 Jahre	< 45 - 60 Min./Tag	< 45 Min./ Tag	7 - 8 Jahre	Mädchen > 30 Min./Tag	77,82 %	11,43 %	76,67 %	6,13 %
				Jungen > 30 Min./Tag	77,03 %	10,59 %	77,08 %	8,24 %
9 - 12 Jahre	keine Angabe	< 60 Min./ Tag	9 - 14 Jahre	Mädchen > 60 Min./Tag	40,80 %	45,92 %	72,43 %	19,32 %
				Jungen > 60 Min./Tag	39,96 %	38,58 %	67,83 %	22,80 %

Empfehlungen der Kinder- und Jugendärzte für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch

Neben den Chancen der Mediennutzung nehmen Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen auch die Schattenseiten dieser Entwicklung wahr: Sie sehen zunehmend Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder, die sich beispielsweise nicht mehr konzentrieren können oder unter Schlafstörungen leiden. Spielen mit realen Dingen, Sprechen, Lesen, Künstlerisches, Bewegung im Freien, Schlafen und Schule werden häufig vernachlässigt. Die für die Förderung von Kreativität wichtige Langeweile und Ruhe kommen oft zu kurz. Zudem bedeutet technische Versiertheit keine Medienkompetenz. Wie man mit den Medien sinnvoll umgeht, so dass sie den Einzelnen nicht beherrschen, sondern Spaß machen und die reale Welt ergänzen, wissen Kinder meist nicht.

Auch viele Eltern und andere Bezugspersonen wünschen sich mehr Informationsangebote, um Kindern den Umgang mit der digitalen Welt besser vermitteln zu können.

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zu Computerspiel- und Internetabhängigkeit finden Sie in Kapitel 4 „Projekte, Studien, Initiativen“.

ABBILDUNG 50
Empfehlungen der Kinder- und Jugendärzte für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch

SELBST ACHTSAM MIT BILDSCHIRMMEDIEN UMGEHEN

- Machen Sie sich bewusst: Sie sind Vorbild für Ihr Kind, es wird Sie nachahmen.
- Verwenden Sie selbst technische Geräte zielorientiert und nicht aus Langeweile.
- Essen Sie ohne Bildschirmmedien und nutzen Sie Bildschirmmedien ohne zu essen.
- Ermöglichen Sie gesunden Schlaf: Bildschirmfreie Einschlafrituale und bildschirmfreie Schlafräume sind dafür notwendig.

BILDSCHIRMMEDIEN NICHT ALS ERZIEHUNGSHELFER EINSETZEN

- Nutzen Sie Bildschirmmedien nicht zur Belohnung, Bestrafung oder Beruhigung.

VORFAHRT FÜR WIRKLICHKEIT UND AKTIVES LEBEN

- Ermöglichen Sie sich und Ihren Kindern reale Erfahrung mit anderen Menschen und allen Sinnen.
- Sprechen Sie mit Ihrem Kind und hören Sie ihm aufmerksam zu.
- Ermöglichen Sie Ihrem Kind, kreativ zu werden, indem Sie ihm weniger vorgeben.
- Vermeiden Sie Bildschirmmedien bei unter Dreijährigen.
- Sorgen Sie in der Freizeit für mehr Bewegungszeit als Bildschirmzeit.

ERSTE FILMERFAHRUNGEN BEGLEITEN

- Begleiten Sie Filmerfahrungen Ihres Kindes: Unterbrechen Sie anfangs bei Rückfragen, sprechen Sie mit Kindern über Gesehenes.
- Wählen Sie ruhige, altersgerechte Fernsehsendungen ohne Gewalt aus; überlassen Sie die Fernbedienung nicht Ihren Kindern.
- Machen Sie den Werbeblock zur Pause; schalten Sie den Ton aus.

BILDSCHIRMMEDIEN IN ALTERSENTSPRECHENDEN GRENZEN NUTZEN

- Stellen Sie klare Regeln auf und begrenzen Sie die Bildschirmmediennutzungszeit vor dem Einschalten.
- Halten Sie Altersbeschränkungen für Computerspiele, Filme und soziale Medien ein.
- Besprechen Sie mit Ihrem Kind klare Regeln für die Nutzung des Smartphones, zum Beispiel mithilfe eines Handynutzungsvertrages.
- Sorgen Sie dafür, dass Ihr Kind die Handyregeln der Schule einhält.

AUFKLÄRUNG UND INTERNET

- Sorgen Sie für eine sexuelle Aufklärung Ihres Kindes, bevor es sich diese aus dem Internet holt.
- Sprechen Sie mit Ihrem Kind über Datenschutz, soziale Medien, Gewalt, Pornographie, Glücksspiel; beginnen Sie damit, bevor Sie ihm einen eigenen Internetzugang ermöglichen.
- Lassen Sie sich auch von Ihrem Kind zeigen und erklären, was es im Internet interessiert.

OHNE ELEKTRONISCHE NABELSCHNUR

- Erlauben Sie sich und Ihrem Kind, auch unerreichbar zu sein.
- Bestärken Sie Ihr Kind, unabhängig vom Smartphone zu bleiben.
- Unterstützen Sie Kommunikation ohne elektronische Geräte.

Wichtig: Wenn Ihr Kind das reale Leben vernachlässigt: Suchen Sie professionelle Hilfe!

Die Empfehlungen stehen auf der Webseite des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte zum Download bereit:

www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/

2.2.6. 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.

Prävalenzen

Hochgerechnet auf die Bevölkerung zeigen etwas mehr als 500.000 Menschen in Deutschland ein problematisches bzw. pathologisches Glücksspielverhalten.

Befragte mit problematischem Spielverhalten präferieren besonders Internet-Casinospiele, Geldspielautomaten, Bingo und Oddset-Sportwetten sowie das „Kleine Spiel“ in der Spielbank.

Ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten findet sich bei einem Alter bis 25 Jahre, bei niedriger Bildung (maximal Hauptschulabschluss), bei einem niedrigen Haushaltsnettoeinkommen (maximal 1.500 Euro), bei jungen Männern mit Migrationshintergrund, einer mindestens wöchentlichen Spielweise sowie bei monatlichen Geldeinsätzen für Glücksspiel über 100 Euro.

TABELLE 17
Prävalenzen des Glücksspielverhaltens bei Jugendlichen und Erwachsenen

	Jugendliche	Erwachsene	Alle Befragten
Alter	16–17 Jahre	18–70 Jahre	16–70 Jahre
Datenquelle/Jahr	BZgA: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht/2017		
Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel jemals	37,8 %	76,4 %	75,3 %
weiblich	30,5 %	73,9 %	72,7 %
männlich	44,4 %	78,8 %	77,8 %
Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel i. d. letzten 12 Monaten	15,3 %	37,9 %	37,3 %
weiblich	11,6 %	33,6 %	33,0 %
männlich	18,8 %	42,1 %	41,4 %
problematisches oder pathologisches Glücksspiel i. d. letzten 12 Monaten	0,63 %	0,87 %	0,87 %
weiblich	0,0 %	0,54 %	0,53 %
männlich	1,21 %	1,19 %	1,19 %

Hinweise zur Datenquelle finden Sie im Infokasten S. 114 sowie im Anhang.

Trends

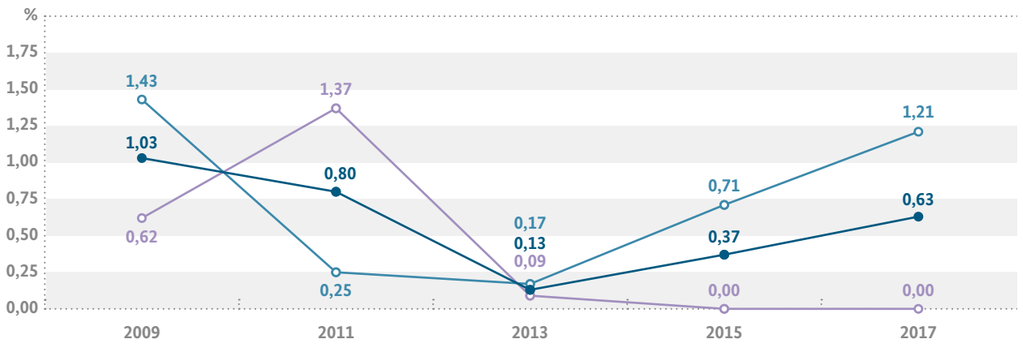
- Insgesamt ist die Glücksspielteilnahme in den letzten 10 Jahren zurückgegangen.
- Während bei den Männern der Anteil mit problematischem und pathologischem Spielverhalten seit 2013 leicht zurückgegangen ist, ist der Anteil der Frauen mit problematischem Spielverhalten angestiegen. Dennoch befindet sich dieser Anteil auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.
- Bei den 16- und 17-jährigen Jungen ist seit 2013 ein leichter Anstieg des problematischen Glücksspielverhaltens zu verzeichnen, während bei den Mädchen die Werte weiterhin extrem niedrig sind.

Studie „Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland“

Die Befragung zum Glücksspielverhalten wird seit 2007 regelmäßig alle zwei Jahre von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 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 gestellt: „Wenn Sie spielen, wie häufig versuchen Sie an einem der nächsten Tage durch erneutes Spielen Geldverluste zurückzugewinnen?“. 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.

ABBILDUNG 51

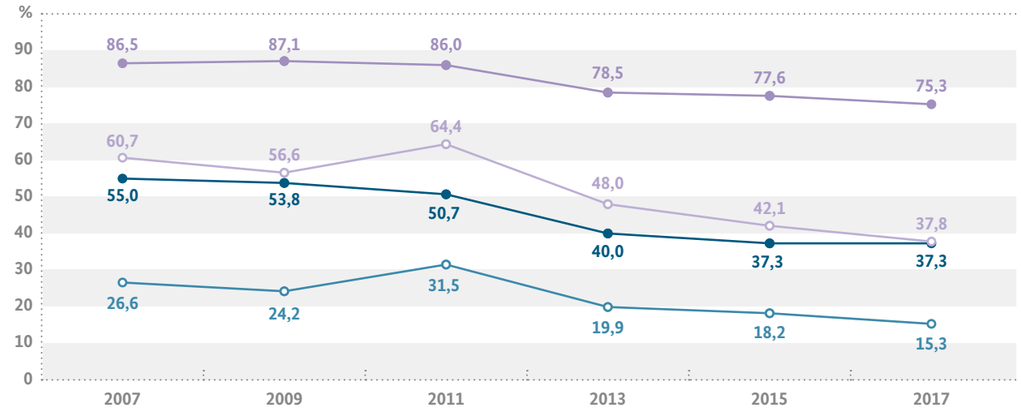
Problematisches Glücksspielverhalten bei Jugendlichen (16–17 Jahre)



bis 2011 Festnetzstichprobe, seit 2013 „Dual Frame“ Stichprobe
Quelle: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht 2017, BZgA

ABBILDUNG 52

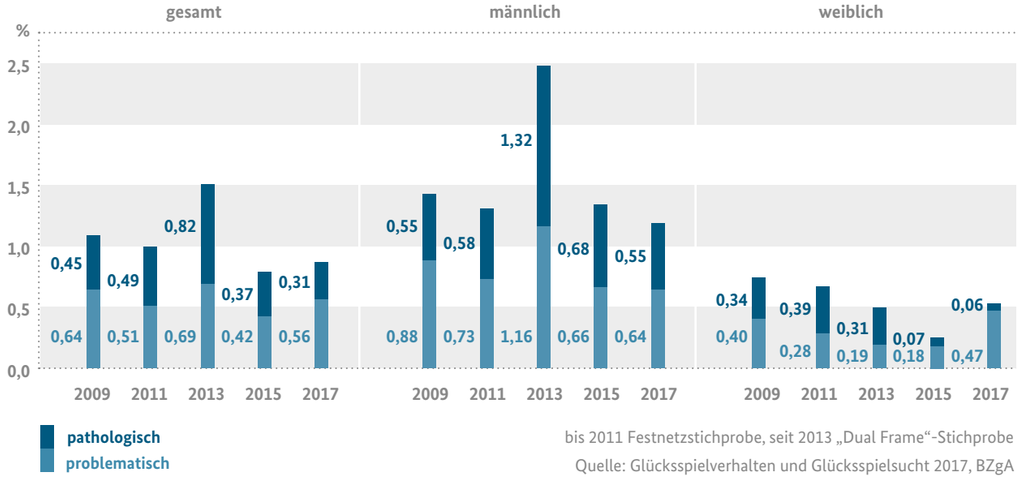
Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel (16–70 Jahre)



bis 2011 Festnetzstichprobe, seit 2013 „Dual Frame“ Stichprobe
Quelle: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht 2017, BZgA

ABBILDUNG 53

Problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten (16–70 Jahre)



bis 2011 Festnetzstichprobe, seit 2013 „Dual Frame“-Stichprobe
Quelle: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht 2017, BZgA

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 den Einzelnen und 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 (intangible) Effekte, wie zum Beispiel das Leid von Spielsüchtigen und deren Angehörigen, aus der Analyse ausgeschlossen. Wird auf die Annahme vollständiger Rationalität zugunsten der Annahme teilrationaler Spieler verzichtet und werden auch immaterielle Effekte berücksichtigt, dann ergibt sich ein Wohlfahrtsschaden von fast 7 Milliarden Euro pro Jahr (Fiedler, 2016). 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.

TABELLE 18
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

Quelle: Fiedler, 2016.

Umsetzung des Jugend- und Spielerschutzes in gastronomischen Betrieben von Raststätten und Autohöfen in Deutschland

Von Oktober 2016 bis Januar 2017 besuchten Mitarbeitende des Arbeitskreises gegen Spielsucht e. V. 604 gastronomische Betriebe von 330 Raststätten und 170 Autohöfen in Deutschland. Ziel der Begehungen war die Dokumentation des Jugend- und Spielerschutzes an Geldspielgeräten, dem an diesen Aufstellungsorten besondere Bedeutung zukommt, da diese Betriebe von allen Altersgruppen, also auch von Kindern und Jugendlichen, frequentiert werden.

Die Ergebnisse dieser Feldstudie wurden gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, am 30.3.2017 in Berlin vorgestellt:

Insgesamt waren in den 604 gastronomischen Betrieben 1.567 Geldspielgeräte aufgestellt. In 90,2 % der gastronomischen Betriebe waren die Geldspielgeräte für Kinder und Jugendliche frei zugänglich. Oftmals befanden sich Geldspielgeräte in unmittelbarer Nähe zu Warenspielgeräten mit für Kinder attraktiven Preisen wie Plüschtieren oder Regalen mit Süßigkeiten.

Auch die Aufstellung von Geldspielgeräten neben ec-Cash-Terminals, die aus Gründen des Spielerschutzes in Spielhallen streng verboten, aber in gastronomischen Betrieben nicht geregelt ist, war in mehr der Hälfte der Aufstellungsorte Realität.

Die in der Spielverordnung festgelegte zusätzliche technische Sicherung der Geldspielgeräte, die insbesondere das unerlaubte Spiel von Jugendlichen verhindern soll, war in 91,8 % der gastronomischen Betriebe ordnungswidrig nicht vorhanden bzw. nicht aktiviert. Das vom Gesetzgeber vorgeschriebene Informationsmaterial zum problematischen Spielverhalten wurde in 27,8 % der gastronomischen Betriebe nicht vorgehalten.

Aus der Studie wurde das Fazit gezogen, dass der Jugend- und Spielerschutz in den gastronomischen Betrieben der Raststätten und Autohöfe in Deutschland nur unzureichend umgesetzt wird. Die Aufsteller von Geldspielgeräten, aber auch die kommunalen Ordnungsbehörden, sind gefordert, geltendes Recht anzuwenden und damit den Jugend- und Spielerschutz zu gewährleisten.

Nach der Vorstellung der Studie richtete der Dachverband „Die Deutsche Automatenwirtschaft e. V." einen Runden Tisch ein. Er bestand aus den im Dachverband organisierten Verbänden der Automatenunternehmer und der Automatenindustrie, die Autobahn Tank & Rast Gruppe GmbH & Co. KG, der Vereinigung Deutscher Autohöfe e. V., (VEDA), aus Betreibern von Autobahnraststätten und Autohöfen sowie Suchthilfeexperten. Begleitet wurde der Runde Tisch durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur sowie die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Im Ergebnis wurde im Mai 2018 ein Gemeinsames Papier verabschiedet, mit dem sich die teilnehmenden Unternehmen verpflichten, einen wirksamen Spieler- und Jugendschutz u. a. durch technische Maßnahmen und Schulung des Personals zu gewährleisten. Die beschlossenen Maßnahmen sollen im September 2018 und im Dezember 2018 durch eine unabhängige Prüfung kontrolliert werden. Die Ergebnisse der Prüfberichte werden von den Mitgliedern des Runden Tisches im Anschluss evaluiert.

Neue Regelungen

Die Zuständigkeit für die Glücksspielregulierung liegt ganz überwiegend bei den Bundesländern. Grundlage für die Regulierung auf Länderebene ist der Glücksspielstaatsvertrag. Dieser formuliert das Ziel, das Entstehen von Spielsucht zu verhindern und durch ein begrenztes Glücksspielangebot Voraussetzungen für eine wirksame Suchtprävention zu schaffen.

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 sollte das spezifische Gefährdungspotenzial des beworbenen Glücksspielprodukts berücksichtigen.

Der Glücksspielstaatsvertrag ist immer im Zusammenhang mit den Spielhallengesetzen der Länder zu sehen, die die Zulassung von Spielhallen regeln. Für die Geldspielautomaten selbst gilt die sogenannte Spielverordnung; der einzige Bereich, für den der Bund zuständig ist.

Die Spielverordnung regelt die Anforderungen an Geldspielgeräte, die diese bei der Bauartzulassung und der Aufstellung erfüllen müssen. Mit der Novellierung der Spielverordnung im Jahr 2014 wurden die Anforderungen an Geldspielgeräte weiter verschärft, um den Spieler- und Jugendschutz zu verbessern. Nach dem 10. November 2018 dürfen Geldspielgeräte mit einer Bauartzulassung, die vor dem 10. November 2014 erteilt wurde, nicht mehr betrieben werden. Am 10. November 2019 wird eine weitere Verschärfung in Kraft treten: Von diesem Zeitpunkt an dürfen in Gaststätten nur noch höchstens zwei (statt bisher drei) Geldspielgeräte aufgestellt werden.

Mit dem Ablauf der Übergangsfrist müssen Spielhallen seit dem 1. Juli 2017 die Vorgaben der Spielhallengesetze über die Mindestabstände einhalten. Deren Umsetzung stellt die Vollzugsbehörden vor erhebliche Herausforderungen. Denn zu entscheiden ist, welche Kriterien bei der Auswahlentscheidung unter Spielhallen anzuwenden sind, die den geforderten Mindestabstand zueinander nicht einhalten. Diese Frage ist bereits Gegenstand zahlreicher Rechtsstreitigkeiten in den Ländern.

Die Ministerpräsidentenkonferenz hatte 2016 neue Regelungen im Glücksspielstaatsvertrag zum Thema Sportwetten beschlossen, die mehr Rechtssicherheit für Sportwettanbieter und Spieler bieten sollten. Sie waren Gegenstand des Zweiten Glücksspieländerungsstaatsvertrags. Diese Änderungen konnten allerdings nicht wie vorgesehen zum 1. Januar 2018 in Kraft treten, da der Änderungsstaatsvertrag nicht wie erforderlich von allen Ländern ratifiziert wurde. Die Ministerpräsidentenkonferenz sucht nunmehr nach einer Lösung, der alle Länder zustimmen können.

Weiterlesen

Aktuelle Projekte zu Glücksspiel finden Sie in Kapitel 4 „Projekte, Studien, Initiativen“.

3 | Internationales

3.1. Europäische Drogen- und Suchtpolitik

Die EU-Kommission

2017 legte die Europäische Kommission eine Mitteilung über die Evaluierung der Anwendung der EU-Drogenstrategie 2013-2020 und des EU-Drogenaktionsplans 2013-2016 vor und stellte einen anhaltenden Bedarf für den EU-Drogenaktionsplan 2017-2020 fest. In der Konsequenz legte die Kommission einen entsprechenden Entwurf vor, der bestehende Maßnahmen zur Lösung von Problemen, die weiterhin eine Gefahr für die Gesundheit und die Sicherheit darstellen, beibehält und stärkt. Dabei wurden auch neue Aktionen vorgeschlagen, die den Entwicklungen seit 2013 und entstehenden Herausforderungen Rechnung tragen. Dazu zählen z. B. die Nutzung neuer Kommunikationstechnologien beim Vertrieb von Drogen, Gefahren durch Neue psychoaktive Stoffe, notwendige Diskussionen über aktuelle Entwicklungen in der Cannabis-Politik oder die Verbindung zwischen Drogenhandel und organisierter Kriminalität.

Die Mitteilung der EU-Kommission können Sie hier nachlesen:

www.ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/20170315_evaluation_communication_en.pdf

Der Rat der EU

Nach mehrjährigen Verhandlungen einigten sich der Rat der EU und das Europäische Parlament auf ein Legislativpaket über Neue psychoaktive Stoffe. Es besteht aus einer geänderten Verordnung zum Informationsaustausch sowie zum Frühwarnsystem und Risikobewertungsverfahren für Neue psychoaktive Stoffe. Außerdem beinhaltet es eine Richtlinie zur Änderung des Rahmenbeschlusses 2004/757/JI des Rates zur Aufnahme neuer psychoaktiver Stoffe in die Drogendefinition und zur Aufhebung des Beschlusses 2005/387/JI des Rates. Kernelemente dieses Pakets sind u. a. ein verbesserter Informationsaustausch über die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, eine Verkürzung der Umsetzungsfrist von europäischen Beschlüssen durch die nationalen Behörden auf sechs Monate sowie eine stärkere Einbindung von Europol in das Risikobewertungsverfahren.

Darüber hinaus nahm der Rat im März 2018 Schlussfolgerungen zur Anwendung von Alternativen zu Strafen für drogenkonsumierende Straftäter an. Der Entwurf für einen EU-Drogenaktionsplan für den Zeitraum 2017 bis 2020 wurde vom Rat im Juni 2017 angenommen.

Die Beschlüsse des Rates der EU sind hier abrufbar:

www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R2101&rid=1

www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017L2103&qid=1520602406860&from=DE

www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG0705%2801%29&from=DE

Zur Vorbereitung der 61. Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) im März 2018 in Wien beschloss der Rat der EU erstmals einen im Namen der EU zu vertretenden Standpunkt bezüglich der Aufnahme von weiteren psychoaktiven Stoffen in die Anhänge der drei VN-Suchtstoffübereinkommen. In der Vergangenheit hatten diejenigen EU-Mitgliedstaaten, die auch Mitglied der CND sind, diese Bewertung und Entscheidung einzelstaatlich vorgenommen. Mit dem nunmehr gefassten Beschluss verdeutlichte die EU ihren gemeinsamen Willen, den mit neuen psychoaktiven Stoffen einhergehenden Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerungen und der Einzelnen entgegenzuwirken.

Dem Antrag der EU-Kommission und mehrerer Mitgliedstaaten gemäß Art. 6 des „Beschlusses 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Stoffen“ folgend, beschloss der Rat der EU 2017 die Risiken bewerten zu lassen, die mit dem Konsum und der Herstellung der neuen psychoaktiven Stoffe ABCHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA, 4F-iBF, THF-F und Carfentanil verbunden sind. Der Bewertung unterlagen neben den gesundheitlichen und sozialen Risiken auch die Risiken des illegalen Handels, die Beteiligung der organisierten Kriminalität und die möglichen Folgen von Kontrollmaßnahmen. 2018 erging ein weiterer Beschluss des Rates zur Risikobewertung für die neuen psychoaktiven Stoffe Cyclopropylfentanyl und Methoxyacetylfentanyl.

Nachdem die Europäische Beobachtungstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) im Februar 2017 und im Mai 2017 für Acryloylfentanyl und Furanylfentanyl Risikobewertungen vorgelegt hatte, konnte der Rat der EU für diese beiden Stoffe noch im selben Jahr entsprechende Kontrollmaßnahmen beschließen.

Horizontale Gruppe Drogen

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungsvertreter aller Mitgliedstaaten zusammen kommen. Die HDG hat die Gesamtübersicht über alle drogenbezogenen Fragen. 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. Die HDG hat den Entwurf von Ratsschlussfolgerungen zu Sanktionen für drogenkonsumierende Straftäter sowie den Entwurf für den EU-Drogenaktionsplan 2017-2020 entscheidungsreif verhandelt.

Im Kontext der Drogenpolitik der Vereinten Nationen koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 60. und die 61. Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) und verhandelte in diesem Zusammenhang einen zustimmungsfähigen Beschluss zur Aufnahme von Stoffen in die Übereinkommen der VN (siehe Drogenpolitik der Vereinten Nationen).

2017 wurden schwerpunktmäßig politische Dialoge mit den USA, Brasilien, Zentralasien und den Ländern der östlichen Partnerschaft 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 Buenos Aires statt.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) liefert der EU und den Mitgliedsländern objektive und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik und ihre Folgen. Die EMCDDA bezieht einen Großteil ihrer Daten vom Europäischen Informationsnetz für Drogen und Drogensucht, das Beobachtungszentren in allen 28 EU-Ländern sowie in Norwegen und der Türkei unterhält.

Die EMCDDA

- beobachtet das Drogenproblem in Europa (insbesondere neue Trends)
- überwacht Maßnahmen zur Bewältigung von Drogenproblemen
- informiert über bewährte Vorgehensweisen in den EU-Ländern und fördert deren Verbreitung
- bewertet die Risiken neuer psychoaktiver Substanzen
- unterhält ein Frühwarnsystem zu neuen psychoaktiven Substanzen
- entwickelt Instrumente, die den Mitgliedsländern die laufende Beobachtung und Bewertung ihrer nationalen Maßnahmen und der Kommission die Überwachung und Bewertung der EU-Maßnahmen erleichtern

Die EMCDDA veröffentlicht jährlich den Europäischen Drogenbericht.

Europäischer Drogenbericht 2018

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht stellt in Europa eine durchweg hohe Verfügbarkeit von Drogen fest, die in einigen Regionen sogar anzusteigen scheint. Den jüngsten Zahlen zufolge wurden in Europa (EU-28, Türkei und Norwegen) 2016 mehr als eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen gemeldet. Über 92 Millionen in der EU lebende Erwachsene (im Alter von 15 bis 64 Jahren) haben im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal irgendeine illegale Droge konsumiert.

Die Zahl an Todesfällen durch Überdosierungen ist in Europa in den letzten vier Jahren stetig angestiegen. Laut Schätzungen starben in Europa (EU-28, Türkei und Norwegen) 2016 mehr als 9.000 Menschen an einer Überdosis, hauptsächlich in Verbindung mit Heroin und anderen Opioiden, die jedoch häufig in Kombination mit anderen Substanzen, insbesondere Alkohol und Benzodiazepinen, konsumiert wurden. Schätzungsweise 1,3 Millionen Menschen waren in der EU-28 im Jahr 2016 wegen des Konsums illegaler Drogen in Behandlung.

Cannabis ist auch weiterhin die am meisten konsumierte illegale Droge in Europa. Etwa 17,2 Millionen junge Europäer (zwischen 15 und 34 Jahren) haben in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis konsumiert (EU-28), und rund 1 % aller erwachsenen Europäer (zwischen 15 und 64 Jahren) verwenden die Droge täglich oder fast täglich (EU-28).

Der größte Anteil (45 %) von Erstbehandlungen aufgrund von Drogenproblemen in Europa (EU-28, Türkei und Norwegen) geht auf den Konsum von Cannabis zurück. Die Zahl der Erstpatienten, die sich wegen Cannabisproblemen behandeln ließen, stieg in den 25 Ländern, für die Daten zu beiden Jahren vorliegen, von 43.000 im Jahr 2006 auf 75.000 im Jahr 2016.

Noch ist unklar, welche Folgen es für Europa haben wird, wenn in Teilen Amerikas ein großer legaler Markt für diese Droge entsteht, allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich dies auf die Angebots- oder Konsummuster in Europa auswirken wird.

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa. Angesichts der Hinweise auf einen steigenden Koka-Anbau und eine erhöhte Kokainproduktion in Lateinamerika floriert der Kokainmarkt in Europa.

Obwohl der Kokainpreis stabil geblieben ist, erreichte die Reinheit der Droge 2016 im Straßenverkauf den höchsten Grad seit zehn Jahren. Auf städtischer Ebene zeigte eine kürzlich durchge-

führte Untersuchung, dass die Kokainrückstände im Abwasser von 26 der 31 europäischen Städte, zu denen Daten für diesen Zeitraum vorliegen, zwischen 2015 und 2017 angestiegen sind. Die Zahl der lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen im Zusammenhang mit Kokain hat zugenommen.

2017 wurden 51 Neue psychoaktive Stoffe (NPS) erstmals in das EU-Frühwarnsystem aufgenommen. Auch wenn die jährliche Gesamtzahl neu auf dem Markt erscheinender NPS die der Spitzenjahre unterschreitet – 2015: 98, 2014: 101 –, ist die Zahl der verfügbaren NPS insgesamt weiterhin hoch. Ende 2017 überwachte die EMCDDA mehr als 670 NPS (gegenüber etwa 350 im Jahr 2013).

Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit neuen synthetischen Cannabinoiden und neuen synthetischen Opioiden, darunter akute Vergiftungen und Todesfälle, veranlassten die EMCDDA dazu, 2017 insgesamt neun Risikobewertungen durchzuführen - so viele wie noch nie davor.

Zudem werden zunehmend mehr hochpotente neue synthetische Opioide (insbesondere Fentanyl-Derivate) entdeckt. Gelegentlich sind sie in neuartiger Form erhältlich (z. B. als Nasensprays), oder sie werden mit illegalen Drogen wie Heroin oder Kokain gemischt bzw. als solche verkauft. Seit 2009 wurden insgesamt 38 neue synthetische Opioide auf den europäischen Drogenmärkten nachgewiesen (13 davon im Jahr 2017). Im Jahr 2017 wurden zehn neue Fentanyl-Derivate über das EU-Frühwarnsystem gemeldet.

Europa ist ein wichtiger Markt für illegale Drogen, die aus verschiedenen Teilen der Welt eingeschleust werden. Im Bericht wird iedoch auch auf die Rolle Europas als Ort der Herstellung von Drogen hingewiesen: Bei einigen Substanzen wie Ecstasy, Methamphetamin oder NPS waren Anzeichen dafür zu beobachten, dass die Herstellung in Europa zunimmt.

Mengenmäßig wird der Verkauf von Drogen nach wie vor von traditionellen Offline-Märkten dominiert, allerdings scheint die Bedeutung von Online-Marktplätzen zuzunehmen, was die Drogenbekämpfung vor neue Herausforderungen stellt. In einer kürzlich veröffentlichten EMCDDA/Europol-Studie wurden über 100 globale Darknet-Marktplätze ermittelt, rund zwei Drittel aller Käufe auf diesen Plattformen betrafen Drogen.

Ein Schwerpunkt des Berichts liegt in diesem Jahr auf der Situation in Haftanstalten. Aus dem Konsum Neuer psychoaktiver Stoffe (NPS) in Gefängnissen ergeben sich zunehmende Gesundheits- und Sicherheitsprobleme, die für das Strafvollzugssystem in Europa eine neue wichtige Herausforderung darstellen.

Faktoren, die den Konsum von NPS in Gefängnissen ermöglichen, sind die Leichtigkeit, mit der sie eingeschleust werden können (etwa in flüssiger Form auf Papier oder auf Textilien aufgesprüht), sowie die Schwierigkeit, sie in Drogentests nachzuweisen.

Der Bericht zeigt die Interventionsmöglichkeiten in Gefängnissen und die unterschiedlichen Versorgungsleistungen in den einzelnen Ländern auf und betont die Bedeutung einer guten Gesundheitsversorgung von Drogenkonsumierenden in Haftanstalten.

3.2. 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, welches vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC) durchgeführt wird. Das UNODC veröffentlicht jährlich einen Weltdrogenbericht, der einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Weltdrogenmarkt und über das Weltdrogenproblem gibt. Die Erstellung wird fachlich durch Deutschland begleitet. Anlässlich der Einführung des Weltdrogenberichts vor 20 Jahren hat sich 2017 das Erscheinungsbild des Berichts geändert. Er besteht aktuell aus fünf einzelnen Heften mit folgenden Inhalten:

- Angebot und gesundheitliche Auswirkungen des Drogenkonsums
- Anbau, Herstellung und Konsum der drei pflanzenbasierten Drogen (Kokain, Opiate und Cannabis)
- Analyse des synthetischen Drogenmarktes
- Verbindung des Drogenproblems mit dem organisierten Verbrechen
- Zusammenfassung

UNODC Weltdrogenbericht 2017

Weltweit konsumierten 2015 250 Millionen Erwachsene Drogen. Davon waren 29,5 Millionen problematische Drogennutzer, die unter schweren gesundheitlichen Folgen inklusive Abhängigkeit litten. Hepatitis C ist weltweit das größte gesundheitliche Problem bei injizierenden Drogennutzern.

Global gesehen hat sich die Verfügbarkeit von Substanzen deutlich erweitert. Der Opioid-Markt ist mit kontrollierten Substanzen wie Heroin und verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die entweder abgezweigt oder gefälscht werden, vielfältiger geworden. Die Zahl der neuen psychoaktiven Stoffe steigt weiter an. Die Opiumproduktion floriert nach wie vor, vor allem in Afghanistan. Auch der Anbau des Kokastrauchs hat 2016 zugenommen, vor allem in Kolumbien. Nach einer Periode des Rückgangs gibt es Anzeichen, dass der Kokainkonsum auf den beiden größten Märkten Nordamerika und Europa wieder steigt.

Moderne Kommunikationsmittel schaffen dem organisierten Verbrechen neue Möglichkeiten beim Drogenhandel. Für das Jahr 2014 wird geschätzt, dass organisierte Banden weltweit zwischen einem Fünftel und einem Drittel ihrer Erlöse aus Drogenhandel erzielten. Eine Verbindung gibt es auch zwischen Drogenhandel und Terrorismus: Insbesondere für die Taliban machen Drogenherstellung und -handel die Hälfte ihres Einkommens aus.

Den gesamten UNODC-Weltdrogenbericht 2017 können Sie hier nachlesen:

www.unodc.org/wdr2017/index.html

Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen 2018

Während der Sitzung der 61. CND im März 2018 wurde die zukünftige Ausrichtung der globalen Drogenpolitik kontrovers diskutiert. Bei der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltdrogenproblem (UNGASS) im Jahr 2016 waren Fortschritte hinsichtlich der Ausgewogenheit und der Schwerpunkte der globalen Drogenpolitik erzielt worden, die in einem Abschlussdokument festgehalten wurden. Diese Übereinkunft wurde von einigen Staaten im gesamten Verlauf der CND jedoch wieder in Frage gestellt. Eine Staatengruppe um die Russische Föderation, Ägypten, Iran und Pakistan strebt eine Rückkehr zu den Zielen der politischen Erklärung und des Aktionsplans aus dem Jahr 2009 an, die 2019 auslaufen werden.

2019 soll in einem für die 62. CND geplanten hochrangigen Ministersegment weiter beraten werden, wie dem Weltdrogenproblem weiter begegnet werden kann. Anlässlich eines von der mexikanischen CND-Vorsitzenden vorgelegten Resolutionsentwurfes führte der beschriebene politische Dissens dazu, dass nur eine auf das notwendige Minimum reduzierte, prozedurale Entscheidung zu den Modalitäten des für die 62. CND geplanten hochrangigen Ministersegments gefunden werden konnte.

Eine von Deutschland im Plenum der 61. CND gehaltene politische Erklärung stellte das im Rahmen der internationalen Diskussionen um die Dogenpolitik oft vernachlässigte Thema “The little members of our society – namely children and young people“ nachdrücklich als Herausforderung für verstärkte Maßnahmen in diesem Bereich heraus. Hierzu erhielt Deutschland positive Rückmeldungen von vielen anderen Staaten und Nichtregierungsorganisationen.

Im Verlauf der 61. CND wurden mehrere VN-Resolutionen im Konsens verabschiedet. Schwerpunkte waren u. a. Themen der öffentlichen Gesundheit, wie der Schutz von Kindern vor Drogenmissbrauch, die Drogenprävention in schulischen Einrichtungen, der Schutz vor Übertragung von HIV/AIDS auf Kinder von drogenabhängigen Müttern, schutzbedürftige Gruppen und Stigmatisierung. Die Themen riefen teilweise sehr kontroverse Diskussionen hervor.

Darüber hinaus gab es eine Resolution zur „Stärkung des elektronischen Import- und Exportsystems für psychotrope Stoffe im legalen Handel“ sowie eine Resolution zum Thema „Alternative Entwicklung“, die Deutschland gemeinsam mit Thailand und Peru einbrachte. Letztere fordert UNODC dazu auf, 2018 eine Expertengruppe zum Thema „Alternative Entwicklung“ einzuberufen und das Entwicklungskapitel des UNGASS-Abschlussdokuments umzusetzen, um das für die 62. CND geplante hochrangige Ministersegment vorzubereiten.

Die Liste der anlässlich der 61. CND im März 2018 verabschiedeten VN-Resolutionen kann eingesehen werden unter:

www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/61_Session_2018/61draft-resolutions.html

Deutschland konnte auf der 61. CND durch mehrere Veranstaltungen zu „Alternativer Entwicklung“ dieses Thema noch stärker als ein zentrales Markenzeichen deutscher Drogenpolitik auf globaler Ebene verankern. Die auf hoher politischer Ebene wahrgenommenen Veranstaltungen organisierte Deutschland gemeinsam mit Partnern wie der EU, Kolumbien, Spanien, Thailand, dem UNODC sowie mit der Zivilgesellschaft. In Kooperation mit Malta und Norwegen führte Deutschland darüber hinaus eine weitere viel beachtete Veranstaltung zum Thema „Richtlinien für eine an den Menschenrechten orientierten Drogenpolitik“ durch. Das von Deutschland eingebrachte Konferenzpapier zum Thema „Harm Reduction für Stimulanzienkonsum“ hob zudem die Säule der Schadensminderung in der deutschen Drogen- und Suchtpolitik hervor und stieß auf großes Interesse.

Der von der WHO zur internationalen Regulierung vorgeschlagene Stoff Carfentanil wurde in die

Anlagen I und IV der Drogenkonvention 1961 aufgenommen. Die von der WHO ebenfalls zur internationalen Regulierung vorgeschlagenen Stoffe Ocfentanil, Furanylfentanyl, Acryloylfentanyl, 4-Fluoroisobutyrfentanyl und Tetrahydrofuranylfentanyl wurden in Anlage I des Einheitsübereinkommens von 1961 aufgenommen. Die von der WHO in gleicher Weise vorgeschlagenen Stoffe AB-CHMINACA, 5F-ADB, AB-PINACA, UR-144, 5F-PB-22 und 4-Fluoroamphetamin wurden in Anlage II der Drogenkonvention von 1971 aufgenommen. Die Entscheidungen fielen jeweils mit breiter Mehrheit der VN-Staatengemeinschaft.

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 von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen**
  Das Übereinkommen beinhaltet zusätzliche völkerrechtliche Verpflichtungen, um die weltweite Zusammenarbeit gegen Drogenschmuggel und -handel, unerlaubte Herstellung und Abgabe von Betäubungsmitteln zu verbessern.

Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (International Narcotics Control Board – INCB) mit Sitz in Wien wurde 1968 gegründet und besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der VN (ECOSOC) gewählt werden. Nach dem turnusgemäßen Ausscheiden des deutschen Mitglieds und ehemaligen Präsidenten des INCB Werner Sipp wurde im Jahr 2017 Viroj Sumyai aus Thailand zum Präsidenten 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 diesen Themen zu liefern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben erstellt der INCB unter anderem einen Jahresbericht, in welchem insbesondere die weltweite Drogensituation analysiert wird.

INCB Jahresbericht 2017

Der INCB veröffentlichte seinen „Jahresbericht 2017“ Anfang März 2018. Dieser widmet sich insbesondere dem thematischen Schwerpunkt „Behandlung, Rehabilitation und soziale Integration bei Erkrankungen durch Drogenkonsum: wesentliche Bestandteile bei der Reduzierung der Drogennachfrage“ und stellt darüber hinaus die Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems und die Situation weltweit dar.

Im Rahmen des Schwerpunkts „Behandlung, Rehabilitation und soziale Integration bei Erkrankungen durch Drogenkonsum: wesentliche Bestandteile bei der Reduzierung der Drogennachfrage“ unterstreicht der INCB, dass diese Elemente als Hauptziele der Nachfragereduzierung im Abschlussdokument der Sondersitzung der Generalversammlung der VN 2016 (UNGASS) genannt seien. Regierungen seien aufgefordert, den Verpflichtungen aus den drei VN-Übereinkommen auch durch die Bereitstellung von Behandlungsangeboten nachzukommen.

Im zweiten Kapitel „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, Konvention von 1971: vierzehn Staaten, Konvention von 1988: neun Staaten haben noch nicht ratifiziert), allen voran die ozeanischen Staaten.

Weiter wird die Einhaltung der VN-Drogenkontrollverträge für das Jahr 2017 insbesondere für Bolivien, Mauretanien, Myanmar, die Niederlande und das Vereinigten Königreich ausgewertet. Spezielles Augenmerk widmet der INCB den nationalen Situationen zur Verwendung/Zulassung von Cannabis für medizinische Zwecke, zur Legalisierung von Cannabis für Rausch-/Freizeitzwecke und dem Thema Drogenkonsumräume. Daneben werden die 2017 durchgeführten sogenannten „country missions“ des INCB vorgestellt, welche in Ägypten, Australien, Guyana, der Russischen Föderation und der Schweiz stattfanden. Mit den jeweiligen Staaten erörterte der INCB Maßnahmen und Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der Drogenkontrolle.

Im dritten Kapitel analysiert der INCB die Situationen 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. Eine dauerhafte Herausforderung stellt der illegale Anbau von Cannabis dar. Die Ausbreitung illegaler Märkte für Methamphetamin sowie der illegale Opiumanbau und -handel bleiben weiterhin das größte Problem in Ost- und Süd-Ost-Asien. Die hohen Preise, die für Methamphetamin auf der Straße erzielt werden können, fördern die Einfuhr aus anderen Regionen der Welt. Zunehmend ist ein illegaler Anbau von Schlafmohn im Goldenen Dreieck (Laos, Thailand, Myanmar) zu beobachten.

Der INCB betont deutlich, dass außergerichtliche Tötungen im Zusammenhang mit Drogendelikten, wie sie in erschreckendem Ausmaß in den Philippinen stattfinden, nicht im Einklang mit den drei VN-Übereinkommen stünden und den internationalen Menschenrechten widersprächen.

Zentralamerika und die Karibik bilden weiterhin eine Transitregion für Kokain nach Nordamerika und Europa. Nordamerika sieht sich mit einer Opioidkrise konfrontiert. Das in einigen Staaten zunehmende Importvolumen von Fentanylen und Opioiden sowie die Verbreitung von gefälschten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie anderen illegalen Drogen, die Fentanyle enthalten, haben die Zahl von Überdosierungen mit Todesfolge in einigen Staaten weiter ansteigen lassen.

Der Drogenmarkt im westlichen Europa wird sowohl von lokal hergestellten Drogen als auch durch die Einfuhr aus anderen Regionen der Welt bedient. Drogenhandel stellt in der EU die kriminelle Aktivität mit dem größten Umsatz dar. Die Balkanroute bleibt der wichtigste Korridor für den Heroinhandel, insbesondere für Osteuropa.

Den INCB-Bericht 2017 finden Sie hier:

www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2017.html

3.3. Internationale Entwicklungszusammenarbeit

Die entwicklungspolitische Dimension der globalen Drogenproblematik

Das globale Drogenproblem 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 – sowie Cannabis deutlich: Armut und schwache staatliche Institutionen sind zentrale Ursachen für den illegalen Anbau von Drogenpflanzen und die Produktion von Drogen. Kleinbäuerinnen und Kleinbauern in den Anbaugebieten sind meistens betroffen von schlechter Marktanbindung, eingeschränktem Zugang zu Ressourcen wie Land und Wasser, mangelnden öffentlichen Dienstleistungen und Infrastruktur sowie Gewalt und organisierter Kriminalität.

Der Anbau der Ursprungspflanzen Koka und Schlafmohn findet nahezu ausschließlich in Entwicklungsländern statt. Kokaanbau konzentriert sich auf die Länder Bolivien, Kolumbien und Peru, in denen die Anbauflächen 2016 nach Schätzungen des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) wieder angestiegen sind. Insbesondere in Kolumbien stieg der Anbau gegenüber dem Vorjahr um 52 % auf 146.000 Hektar. Während der Anbau in Bolivien und in Peru in den vorherigen Jahren stetig abgenommen hatte, stiegen die Anbauflächen 2016 auch hier wieder an: In Peru wurden 2016 mit 43.900 Hektar 9 %, in Bolivien mit 23.100 Hektar 14 % mehr Koka angebaut als im Vorjahreszeitraum.

Der Anbau von Schlafmohn verteilt sich auf Asien und Lateinamerika. Afghanistan ist dabei das Land mit den größten Anbauflächen. Diese stiegen 2016 um 63 % auf ein historisches Höchstmaß von 328.000 Hektar an. In Myanmar wurde nach letzten verfügbaren Zahlen des UNODC 2017 auf 41.000 Hektar Land Schlafmohn angebaut, in Laos auf 5.700 Hektar (2015). In Mexiko betrug die Anbaufläche 2015 nach der ersten offiziellen Schätzung durch das UNODC 24.000 Hektar, rund 600 Hektar wurden in Kolumbien gemessen. Nach Angaben des Weltdrogenberichts 2017 wird Schlafmohn auch in anderen Ländern wie beispielsweise Guatemala, Indien und Iran illegal angebaut, für die bisher jedoch keine offiziellen Schätzungen vorliegen.

Cannabis wird im Gegensatz zu Koka und Schlafmohn auch in vielen Industrieländern angebaut. Gleichwohl findet der weltweit größte Teil des Anbaus auf freier Fläche in Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit statt, etwa in Nordafrika sowie in verschiedenen Ländern des Mittleren Ostens, Süd- und Zentralasiens. Nach den verfügbaren Angaben im Weltdrogenbericht 2017 wurde Cannabis unter anderem in Marokko (ca. 47.196 Hektar im Jahr 2013), der Mongolei, Afghanistan, Kirgisistan, Nigeria und Paraguay angebaut.

Drogenökonomien siedeln sich primär dort an, wo ihnen die strukturellen Rahmenbedingungen einen Nährboden bieten. Für die Kleinbäuerinnen und Kleinbauern macht sich der Anbau der Drogenpflanzen entgegen der allgemeinen Annahme nur selten bezahlt. Tatsächlich führt dieser oft zur Verstetigung von Armut und geht einher mit Unsicherheit, Korruption und Gewalt. Weiterhin führt der Anbau von Drogenpflanzen in Monokultur häufig zu Umweltproblemen, etwa durch Entwaldung oder Bodenerosion. 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 ausschließlich 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. Galten einige Regionen zunächst überwiegend als Produktionsgebiete, so ist im Laufe der Zeit teilweise ein erhöhter Drogenkonsum bei der lokalen Bevölkerung zu verzeichnen. Auch entlang der Transitrouten zwischen Anbau- und Konsumländern 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.

Perspektiven schaffen 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. Mit dem Anbau von Drogenpflanzen erzielen sie – wenn überhaupt – nur geringfügig höhere Gewinne als mit anderen, legalen landwirtschaftlichen Erzeugnissen. Häufig stellen sie aber für die Bauern das einzige Produkt mit garantierter Abnahme durch Zwischenhändler dar, während für andere Agrarerzeugnisse der Marktzugang fehlt. Daneben geht mit dem Anbau von Drogenpflanzen ein hohes Risiko für die Kleinbäuerinnen und Kleinbauern einher: Staatliche Repression zählt häufig ebenso dazu wie die Willkür von organisierter Kriminalität und Gewaltakteuren, die vielfach die Hauptabnehmer der Ernten sind. Es ist kein Zufall, dass Anbauregionen für Drogenpflanzen meist fernab staatlicher Kontrollinstanzen und häufig in Gebieten mit Präsenz bewaffneter Gruppierungen liegen. Dies ist etwa in einigen Regionen Afghanistans, Kolumbiens und Myanmars der Fall. Klimatische Auswirkungen auf den Anbau von Drogenpflanzen in Monokultur führen dazu, dass die Erträge mittel- bis langfristig abnehmen und das Einkommen aus den ohnehin häufig sehr kleinen Landflächen immer weniger wird. 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 bezieht eine klare Position zum Umgang mit der Drogenanbauproblematik. Alternative Entwicklung basiert auf einem integralen Ansatz der ländlichen Entwicklung. Ziel ist es, die Abhängigkeit der betroffenen Familien vom illegalen Drogenanbau zu senken, indem alternative Einkommensmöglichkeiten geschaffen und die Lebenssituation der Kleinbäuerinnen und Kleinbauern verbessert werden. Die zentrale Wirkung der geförderten Projekte ist damit die Bekämpfung der strukturellen Ursachen des Drogenanbaus. Dies geschieht insbesondere durch die Diversifizierung landwirtschaftlicher Produktion in den Anbauregionen, in denen die Drogenökonomie bisher die Haupteinkommensquelle darstellt.

Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH berät das BMZ zu Fragen der Drogenanbauproblematik. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit förderte 2017 Maßnahmen der Alternativen Entwicklung in Bolivien, Kolumbien und Myanmar, implementiert durch das UNODC.

Im Rahmen des Vorhabens Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung (GPDE) fördert die GIZ im Auftrag des BMZ den drogenpolitischen Dialog auf internationaler Ebene und setzt bilaterale Beratungsmaßnahmen in ausgewählten Partnerländern um. Schirmherrin des Vorhabens ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Die Beratungsmaßnahmen zielen auf einen verbesserten Umgang mit der Drogenanbau- sowie der Drogenkonsumproblematik. In den Jahren 2017 und 2018 wurden die Regierungen Kolumbiens, Myanmar und Thailand beraten und unterstützt. Hinzu kommt die Förderung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Drogenpolitik.

Daneben setzt die GIZ im Auftrag des BMZ und unter der Führung der spanischen Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) seit 2011 die Komponente Alternative Entwicklung des EU-Kooperationsvorhabens zur Drogenpolitik mit Lateinamerika und der Karibik (COPOLAD) um. Im Rahmen dieses Vorhabens werden Beratungs- und Pilotmaßnahmen gemeinsam mit den teilnehmenden Ländern der Region durchgeführt. Das COPOLAD-Programm ist 2016 mit einer zweiten Phase gestartet. Im Bereich Alternative Entwicklung wurden seitdem Dialogforen in Bolivien, Kolumbien und Peru sowie Workshops zur Entwicklung landwirtschaftlicher Wertschöpfungsketten in Ecuador, Mexiko und Paraguay veranstaltet. Neben den Vertretern nationaler Drogenbehörden und Landwirtschaftsministerien aus elf Ländern der Region nehmen auch Vertreterinnen und Vertreter von Erzeugergemeinschaften aus den betroffenen Gebieten, beispielsweise für Kaffee, Kakao oder andere Agrarlieferketten, an den Maßnahmen teil.

4 | Projekte, Studien, Initiativen

4.1. Vom Bund geförderte Projekte

4.1.1. Suchtstoff- bzw. suchtformbezogene Projekte

Tabak

Weiterentwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Kurzberatung von Tabakrauchern als Umsetzungsstrategie zur Implementierung der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ in der hausärztlichen Praxis

Die hausärztliche Versorgung bietet ein ideales Setting, um eine Vielzahl an Tabakrauchern und -raucherinnen mit evidenzbasierten Methoden zum Rauchstopp zu erreichen. Am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wurde 2016 auf Basis der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ ein Trainingsprogramm zur hausärztlichen Kurzberatung bei der Tabakentwöhnung entwickelt und modellhaft erprobt. Ziel des jetzigen Projektes ist eine Prozessevaluation und darauf aufbauende Weiterentwicklung dieses Trainingsprogramms (Teil A), gefolgt von einer Effektevaluation des in Teil A fertig entwickelten Trainingsprogramms (Teil B).

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

MIRAS – Miteinander Rauchbelastung senken

MIRAS
Miteinander Rauchbelastung senken

Zielgruppe des 2017 abgeschlossenen 18-monatigen Projekts waren sozial benachteiligte Eltern, die Zigaretten rauchten und Kinder im Alter von bis zu 16 Jahren hatten. Primäres Ziel der Studie war, diese Eltern mit unterschiedlichen Maßnahmen zu erreichen, um die Passivrauchbelastung ihrer Kinder zu senken.

Um kultur-, gender- und zielgruppenspezifische Zugangswege und Aufklärungsmaterialen zu entwickeln, basierte das Projekt methodisch auf einem partizipativen und kommunikativen Ansatz. Die Studie wurde in den Städten Hamburg (durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) und Köln (durch FOGS GmbH) durchgeführt. Es wurden Eltern a) ohne Migrationshintergrund, b) mit einem türkischen und c) mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund in geschlechtshomogenen Gruppen zu ihrem Rauchverhalten und zu gewünschten Aufklärungsmaßnahmen befragt. Zudem wurden Fachkräfte aus verschiedenen Organisationen partizipativ einbezogen. Aus dieser

Kooperation entstand ein dreisprachiger einminütiger Videofilm für Eltern sowie eine dreisprachige Webseite. Weiterhin wurden ein Wissensquiz zur Passivrauchbelastung erstellt und dreisprachige Poster mit Regeln zum Schutz der Kinder vor Passivrauch gedruckt (auf der Webseite verfügbar).

Die Akzeptanz der Materialien wurde in 19 Einrichtungen mit Eltern getestet. Diese bewerteten die Poster und insbesondere das Quiz mehrheitlich als inhaltlich verständlich und ansprechend gestaltet. Der Videofilm und die Webseite wurden in sozialen Medien beworben, was sich als ausgesprochen effektiv erwies. Über Facebook haben über 4.600 Personen das Video mindestens teilweise angesehen, davon 50 Prozent fast vollständig. Bei YouTube wurde das Video mit etwa 7.700 Aufrufen mindestens 30 Sekunden angesehen. Insgesamt 78 Poster und 987 Karten mit dem Wissensquiz wurden ausgegeben.

www.kinder-zigarettenrauch.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Kinder ohne Passivrauch (KOPA)

Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand und/oder Migrationshintergrund sind besonders häufig Passivrauch im häuslichen Umfeld ausgesetzt. Ziel des Projektes war es, unter Einbeziehung der Zielgruppen Zugangswege und Botschaften für eine Kampagne zu entwickeln, um so das Wissen über die Risiken der Passivrauchbelastung zu erhöhen und geeignete Maßnahmen zur Verringerung der Passivrauchbelastung zu etablieren.

Nach der Erfragung von Wissen, Normen und Restriktionen in der Zielgruppe wurden Kernbotschaften und geeignete Kommunikationswege für eine Aufklärungskampagne erarbeitet und illustriert. Im zweiten Schritt wurden alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu einer Diskussionsrunde eingeladen, um die erarbeiteten Inhalte zu bewerten und zu optimieren. Abschließend wurden die Kampagnenentwürfe mit einem quantitativen Fragebogen evaluiert.

Das Ergebnis des Projektes sind vier animierte und vertonte Kampagnenbilder mit einer einheitlichen Struktur (Problemstatement, Erklärung, Lösung), in denen zwei soziale und zwei gesundheitliche Folgen des Passivrauchens für Kinder angesprochen werden. In der quantitativen Evaluation wurden die

Kampagnenbilder als gut bewertet. Als Hauptzugangsweg wurden soziale Medien ermittelt. Durch das Projekt des Instituts und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin des Klinikums der Universität München und des Instituts für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Ludwig-Maximilians-Universität München ist es gelungen, partizipativ eine Kampagne zu entwickeln, die nun auch über Ärzte verbreitet werden sollte. Die Wirksamkeit der Kampagne gilt es im Anschluss zu überprüfen.

www.klinikum.uni-muenchen.de/Institut-und-Poliklinik-fuer-Arbeits-Sozial-und-Umweltmedizin/de/forschung/arbeitsgruppen/Prof__Radon/aktuelles/Passivrauchkampagne/index.html

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

„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 als eine Informations- und Kommunikationskampagne konzipiert, die Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren in Deutschland Wissenswertes über das Rauchen bzw. Nichtrauchen vermittelt 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 22.000 Neuanmeldungen im Online-Ausstiegsprogramm ist 2017 die Zahl der Anmeldungen konstant auf hohem Niveau.

Auch die telefonische Beratung zum Rauchstopp unter der kostenfreien Rufnummer 0800 8 31 31 31 gehört zum Service-Angebot der BZgA. Infolge der Umsetzung der Tabakproduktverordnung im Mai 2016, welche den Hinweis auf die kostenfreie Hotline auf jeder Tabakproduktverpackung vorgibt, hat sich das durchschnittliche Anrufvolumen mehr als vervierfacht: Von durchschnittlich 1.000 Anrufen pro Monat stieg die Zahl auf rund 4.000 Anrufe pro Monat im Jahr 2017. Ergänzend bietet das Präventionsprogramm „rauchfrei“ der BZgA auch zielgruppenspezifische Informationsmedien für Schwangere, Eltern, Ärztinnen und Ärzte.

www.rauch-frei.info
www.rauchfrei-info.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

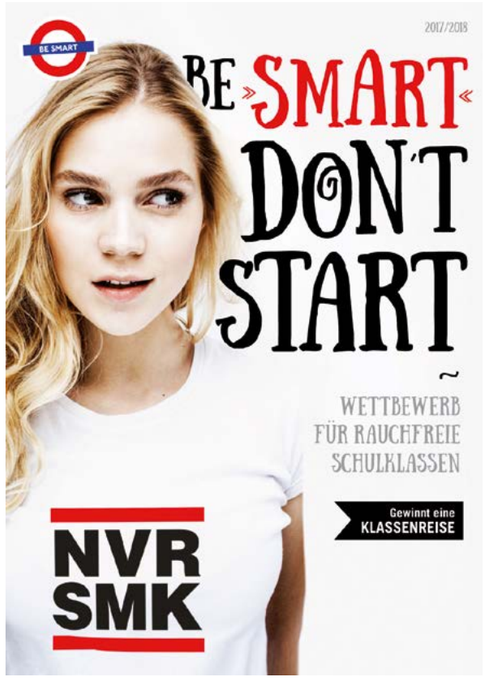
Be Smart – Don‘t Start

Nur wenige Präventionsprojekte werden bereits so lange erfolgreich durchgeführt wie der Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen „Be Smart – Don’t Start“. Seit dem Schuljahr 1997/98 motiviert er Jugendliche in ganz Deutschland zu einem rauchfreien Leben und hat mittlerweile in vielen Schulen einen festen Platz im Stundenplan gefunden. Jugendliche darin zu bestärken, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen, ist das Ziel des bundesweiten Wettbewerbs. Dieses Jubiläum konnte dank einer Förderung durch die BZgA im Herbst 2017 mit einer Fachtagung begangen werden.

Trotz dieses Erfolgs ist kontinuierliche Aufklärung wichtig. Neue Produkte wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer sind auch bei Jugendlichen populär und können sie dazu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen – bei „Be Smart – Don't Start" werden diese Trends und Themen aufgegriffen und Jugendliche darin bestärkt, „Nein" zu jeglicher Form von Zigaretten und Nikotin zu sagen. Den Einsatz der Klassen und der betreuenden Lehrkräfte zu würdigen und ihre Motivation zu stärken, ist auch ein besonderes Anliegen von Dr. Eckart von Hirschhausen, der im Jahr 2017 die Schirmherrschaft für den Wettbewerb übernommen hat.

Im Schuljahr 2017/18 haben sich insgesamt 6.704 Schulklassen mit rund 175.000 Schülerinnen und Schülern angemeldet und bekennen damit: Wir sind rauchfrei! Klassen, die ein halbes Jahr rauchfrei sind, nehmen an einer Verlosung teil. Als Hauptpreis winkt eine Klassenfahrt im Wert von 5.000 Euro, in den Bundesländern zudem weitere Geld- und Sachpreise. Klassen, die zum wiederholten Mal am Wettbewerb teilnehmen, können außerdem den BZgA-Hauptpreis im Wert von 5.000 Euro gewinnen.

Der Wettbewerb wird vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) koordiniert, umgesetzt mit Kooperationspartnern in den Bundesländern und von der BZgA, der Deutschen Krebshilfe, der AOK und weiteren Institutionen in den Bundesländern gefördert.



www.besmart.info

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

rauchfrei unterwegs - eine Aktion der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gemeinsam mit vielen Partnern

„rauchfrei unterwegs – Du und Dein Kind"

Jedes Jahr sterben über 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, davon etwa 3.000 durch die Folgen des Passivrauchens. Zunehmend verzichten viele Raucherinnen und Raucher schon heute auf die Zigarette im Auto, wenn Kinder dabei sind. Das ist ein guter Anfang, jedoch möchte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Eltern und Erwachsene auch in Zukunft dafür gewinnen, im Beisein von Kindern ganz auf das Rauchen zu verzichten. Rauchen ist insbesondere im Auto und geschlossenen Räumen ein gesundheitliches Risiko, weil dort Kinder dem gefährlichen Dunst nicht entgehen können und die Konzentration der giftigen Schadstoffe rasant ansteigt.

Dies gilt auch für neuartige Rauchmittel wie E-Zigaretten und IQOS (sog. Heat-Not-Burn-Produkte), wie das bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, im Auftrag der Bundesdrogenbeauftragten, in einer aktuellen Studie festgestellt hat (siehe Kapitel Tabak). Und selbst ein offenes Fenster verhindert die gesundheitlichen Gefahren nicht, da sich die Partikel unter anderem in den Sitzen und auf den Flächen ablagern.

Somit sollte klar sein: Wenn Kinder und Jugendliche im Auto sitzen, dann bleibt die Zigarette aus! Aus diesem Grund startete im Sommer 2016 die bundesweite Informationskampagne „rauchfrei unterwegs - du und dein Kind" gemeinsam mit vielen Partnern.

Seither wurden über eine Million Flyer und 50.000 Plakate bundesweit verteilt. Inzwischen unterstützen zahlreiche Partner die Kampagne:

- ACE Auto Club Europa
- Arbeitsgemeinschaft Teddybärkrankenhaus der Charité
- Berufsverband der Kinder und Jugendärzte
- Bundesärztekammer
- Bundeselternrat
- 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
- Deutsches Kinderhilfswerk
- Deutsches Krebsforschungszentrum
- Dr. Eckart von Hirschhausen
- Föderation türkischsprachiger Eltern in Deutschland
- Kinderliedermacher Rolf Zuckowski

2018 stehen erstmals auch mehrsprachige Informationsmaterialien bereit (in englischer, türkischer, russischer und arabischer Sprache). Die Kampagne ist ein wichtiger Baustein zur Passivrauchreduzierung bei Kindern und Jugendlichen und wird in den kommenden Jahren fortgeführt.

www.rauchfrei-unterwegs.de

Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen - IMPELA

Riskanter Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und können zu schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden führen. Um Menschen mit riskantem bzw. missbräuchlichem Alkoholkonsum zu erkennen, ihre Erkrankung zu diagnostizieren und eine angemessene Behandlung zu gewährleisten, wurde im Jahr 2014 die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ herausgegeben. Basierend auf dieser Leitlinie führt das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) in der Modellregion Bremen ein dreijähriges Projekt zur Implementierung und Evaluation dieser S3-Leitlinie (IMPELA) durch. Es folgt einem modularen Aufbau in zwei Teilprojekten beginnend mit einer Sekundärdatenanalyse, in der sowohl Daten von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) als auch der Deutschen Rentenversicherung (DRV) einfließen (Modul A1). Parallel dazu wird eine ergänzende Befragung von regionalen Einrichtungen für die Behandlung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen durchgeführt (Modul A2). Basierend auf den Ergebnissen der beiden Module wird anhand einer Berechnung von alkohol-attributablen Fraktionen (Grad des Zusammenhangs zwischen einer Form des Alkoholkonsums und gesundheitlichen Auswirkungen) eine Nutzenabschätzung einer leitliniengerechten Versorgung durchgeführt. In einem vierten Modul werden Behandlerinnen und Behandler sowie Betroffene befragt und Barrieren sowie förderliche Faktoren für die Umsetzung der S3-Leitlinie ermittelt. Das Teilprojekt A wird mit dem Modul A der Auswahl, Entwicklung und Planung von Umsetzungs- und Implementierungsstrategien abgeschlossen.

In Teilprojekt B wird die modellhafte Implementierung und Evaluation der Umsetzungsstrategien unter Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren in zwei Modulen durchgeführt. Ziel ist es, basierend auf den in Teilprojekt A gewonnenen Erkenntnissen zielgruppengerechte medizinische oder therapeutische Interventionen in ausgewählten Settings zu entwickeln und durchzuführen.

www.impela.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Effektivität der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung – Was ist mit den katamnestischen Non-Respondern?

In der Suchtrehabilitation werden zur Beurteilung der Effektivität kontinuierlich schriftliche Befragungen zwölf Monate nach der Entlassung aus der Klinik (Katamnesen) durchgeführt, über deren Ergebnisse die Suchtfachverbände regelmäßig berichten. Es zeigt sich, dass nur ungefähr die Hälfte der angeschriebenen Personen auf diese Befragungen antwortet. Die geringe Beteiligung birgt die Gefahr einer Fehleinschätzung der längerfristigen Wirksamkeit von Suchtbehandlungen. Es kann zu einer Überschätzung bzw. zu einer Unterschätzung des allgemeinen Abstinenzverhaltens kommen. In der Studie des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité-Universitätsmedizin Berlin, die in Kooperation mit dem Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) und dem Fachverband Sucht e.V. (FVS) durchgeführt wurde, wurde erstmals eine Befragung der Non-Responder realisiert, aus der Informationen über diese bislang unbeschriebene Gruppe hervorgingen.

Die Studie versuchte eine möglichst hohe Zahl an bisherigen Non-Respondern für eine Befragung zu gewinnen. Aus der Befragung sollten mögliche Strategien für eine Erhöhung der Antwortquote abgeleitet werden. Es wurde eine systematische und mehrstufige Nachbefragung der Studienteilnehmenden durchgeführt, die anfänglich nicht auf die schriftliche-postalische Suchtkatamnese geantwortet haben. Dabei kamen auch alternative Befragungsmodi (Online- und Telefonbefragung) zum Einsatz.

Als Ergebnis zeigte sich, dass auch später Erreichte noch über einen Behandlungserfolg berichten, wenn auch auf insgesamt geringerem Niveau als die Gruppe der früh Antwortenden. In der Gruppe der später Erreichten berichteten noch über 64 Prozent der befragten Personen eine Abstinenz während des Katamnesezeitraums. Die Annahme, dass Nicht-Antwortende auch als rückfällig zu betrachten sind, lässt sich durch die Studienbefunde nicht bestätigen. Für eine Nicht-Antwort wurden häufig zeitliche, organisatorische (z. B. Umzug) und persönliche Gründe (z. B. fehlende Motivation) angegeben. Andere Befragungsmodi (Telefon, online) und erneute Befragungsversuche wurden von den später Erreichten als hilfreich für eine Steigerung des Antwortverhaltens angesehen. Durch die systematische Nachbefragung konnte die Antwortquote von 46,6 Prozent auf 64,2 Prozent erhöht werden.

https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/rehabilitationsforschung/effektivitaet_der_stationaeren_suchtrehabilitation/

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Schwanger! Mein Kind trinkt mit Alkohol? Kein Schluck - kein Risiko!

Die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF) hat ärztliche Informationsveranstaltungen entwickelt, um Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 8 bis 13 über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufzuklären. Im Jahr 2017 führte die ÄGGF deutschlandweit 400 Veranstaltungen mit über 6.000 Schülerinnen und Schülern durch. Die begleitende randomisierte Wartekontrollgruppenstudie des IFT Nord zeigt eine signifikante Steigerung des Wissens über die Folgen von und den Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft durch die Intervention. Gleichzeitig bestätigen die Ergebnisse die Notwendigkeit der Veranstaltungen:

Obwohl ca. drei Viertel der Schülerinnen und Schüler vor der Informationsstunde sagten, dass eine Schwangere nie Alkohol trinken sollte, zeigten sich bei den konkreteren Fragen klare Wissensdefizite:

- nur 45 Prozent nannten 0,0 Promille als Grenze
- nur ein Drittel wusste, dass Frauen in keinem Monat der Schwangerschaft Alkohol trinken sollten

- unter 20 Prozent gaben an, dass Schwangere keinen Alkohol in jedweder Form zu sich nehmen sollten

Die Evaluation zeigt bei den Teilnehmenden neben dem Wissenszuwachs auch eine hohe Akzeptanz der Intervention. Zusätzlich zur persönlichen Handlungssicherheit im Umgang mit Alkohol ergeben sich auch positive Verhaltensabsichten im Falle einer späteren Schwangerschaft sowie der Wunsch nach Multiplikation des erworbenen Wissens im eigenen Umfeld.

Das ÄGGF-Projekt stößt auch außerhalb der Schulen auf großes Interesse. ÄGGF-Ärztinnen wurden 2017 zu 15 regionalen und überregionalen Multiplikatorenschulungen und Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal eingeladen. Zusätzlich wurden bisher 16.000 FASD-Flyer für Jugendliche von 54 Institutionen bestellt.

www.äggf.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„ZERO“ - Die FASD-Ausstellung, die es in sich hat!

Die innovative Mitmach-Ausstellung „wenn-schwanger-dann-zero.de“ informiert erlebnisorientiert über Schwangerschaft, den Umgang mit Alkohol und FASD. Sie wurde vom FASD-Netzwerk Nordbayern e. V. in Zusammenarbeit mit der Jugendkunstschule Erlangen und fachlicher Beratung durch die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. entwickelt. Die Ausstellung richtet sich primär an Jugendliche und junge Erwachsene und wird fortlaufend bundesweit ausgeliehen. Interessiert sind vor allem Schulen, aber auch Lehrerseminare, Ämter, Netzwerke zu frühen Hilfen, Kliniken u. a.

2017 war die Ausstellung in 19 Städten Deutschlands zu sehen. Allein bei der langen Nacht der Wissenschaften im Oktober 2017 in Erlangen besuchten über 1.000 Menschen „ZERO“ in der Uniklinik.

Im Zentrum der Ausstellung steht eine begehbare Gebärmutter in Form eines Kuppelzelts. 40 Wochen Schwangerschaft aus Sicht des Kindes werden durch Sehen, Hören und Fühlen erlebbar. Die Zeltaußenhülle illustriert die zehn Schwangerschaftsmonate aus der Perspektive der Schwangeren. Auf der dazugehörigen Touchscreen-Station begegnen den Besucherinnen und Besuchern zahlreiche Situationen, die sich mit den Themen Schwangerschaft und

Alkohol beschäftigen und weiterführende Informationen vermitteln. An einer Station kommen FASD-Betroffene selbst zu Wort. Sie berichten aus ihrem Alltag und geben authentische Einblicke in das Leben mit FASD.

www.fasd-netz.de
wenn-schwanger-dann-zero.de
www.äggf.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Bundesweiter Transfer der Erkenntnisse und Erfahrungen aus einer Studie zur Behandlung von älteren Personen mit Alkoholkonsumstörung in die ambulante Versorgung – ELDERLY-Transfer

Das Projekt ELDERLY-Transfer ist als unmittelbares Folgeprojekt der ELDERLY-Studie konzipiert. Die ELDERLY-Studie untersuchte die Wirksamkeit zweier ambulanter psychotherapeutischer Kurzinterventionen für Alkoholstörungen bei Menschen im Alter von über 60 Jahren in drei Ländern (Deutschland, USA, Dänemark). Damit reagierte die ELDERLY-Studie auf die steigende Zahl älterer Menschen mit Alkoholproblemen, auf die bestehende Unterversorgung dieser Gruppe sowie auf das Fehlen altersangepasster Therapiemanuale für Seniorinnen und Senioren mit Alkoholstörung.

Das Ziel von ELDERLY-Transfer war die zeitnahe anwendungsbezogene Verbreitung der Ergebnisse aus der ELDERLY-Studie an das Fachpublikum in Deutschland bzw. in bundesweite Strukturen, die an der Versorgung und Behandlung älterer Menschen mit Alkoholkonsumstörung beteiligt sind. Dies sollte die bessere Versorgung der genannten Personengruppe unterstützen.

Im Rahmen des Projektes wurden drei Workshops mit bundesweiten Fachgesellschaften durchgeführt. Weiterhin wurde ein deutschsprachiges Manual erarbeitet, das Suchtberatern und Psychotherapeutinnen die eigenständige Anwendung des in der Studie erprobten Programms ermöglicht. Zusätzlich wurden deutschsprachige Artikel verfasst, die die Haupterkenntnisse der Studie für Praktiker und Praktikerinnen verständlich zusammenfassen. Die Zielgruppe waren dabei einerseits bundesweit aktive Fachgesellschaften, die umfassende Kontakte zu Praktikerinnen und Praktikern und damit ein Multiplikatorpotential haben, und andererseits Praktikerinnen und Praktiker in Versorgungseinrichtungen selbst, denen alternativ zu englischsprachigen Forschungsartikeln ein fachdidaktisch aufbereiteter Zugang zu den Erkenntnissen der Studie und dem Vorgehen in der Behandlung in deutscher Sprache geboten wird.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

STAD IN EUROPE – Communities preventing alcohol related harm

STAD in Europa ist ein dreijähriges Alkoholpräventionsprojekt, das seit Juli 2016 durch die Europäische Kommission im Rahmen des Dritten Gesundheitsprogramms gefördert wird. Neben Deutschland beteiligen sich sechs weitere Staaten an dem Projekt: Niederlande, Tschechische Republik, Slowenien, Großbritannien, Spanien sowie Schweden, wobei die Federführung beim niederländischen Trimbos-Institut liegt. Das IFT-Nord ist der deutsche Partner in diesem Konsortium und erhält 40 Prozent der Mittel als Komplementärförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Übergeordnetes Ziel des Vorhabens ist die Reduktion des Rauschtrinkens und der damit verbundenen negativen Konsequenzen im Jugendalter durch die Verringerung der Alkoholverfügbarkeit in unterschiedlichen Settings, in denen Alkohol konsumiert werden kann. Darunter fallen die Gastronomie und Veranstaltungen ebenso wie das Trinken auf öffentlichen Plätzen („Cornern“) und der Alkoholkonsum zu Hause. Für die Modellregion Kiel wird das Vorhaben im Setting „Trinken zu Hause“ umgesetzt. Dazu wurde ein Interventionsmodell entwickelt, das sich konzeptionell am schwedischen Ansatz STAD (STockholm prevents Alcohol and Drug problems) orientiert. Kern der Intervention ist ein Elterntraining, das auf regulären Schulelternabenden angeboten wird. Die Zielgruppe wird dabei über die schädlichen Wirkungen von Alkohol auf die Hirnentwicklung Heranwachsender aufgeklärt. Außerdem wird der Zusammenhang zwischen dem frühen Anbieten von Alkohol im familiären Kontext („Probierkonsum“) und dem früheren Einstieg von Jugendlichen in den

Alkoholkonsum erläutert. Ein verantwortlicher „Ausschank“ von Alkohol im Sinne des STAD-Ansatzes sieht vor, dass Eltern ihre Kinder mindestens bis zum 16. Lebensjahr keinen Alkohol probieren lassen sowie die Sicht- und Verfügbarkeit von Alkohol in Haushalten mit Minderjährigen so gering wie möglich halten. Die in dem Projekt gewonnenen Erfahrungen werden in einem Interventionsmanual gebündelt, das es ermöglichen soll, die Intervention auch an anderen Orten als den Erprobungsregionen umzusetzen.

www.stadineurope.eu

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Gewaltdelinquenz und Alkohol im Jugendalter – Herausforderungen für die Jugendhilfe

Das Projekt „Gewaltdelinquenz und Alkohol im Jugendalter – Herausforderungen für die Jugendhilfe“ wurde von Dezember 2015 bis Dezember 2017 mit Förderung des Bundesministeriums für Frauen, Senioren, Familie und Jugend als empirisches Forschungsprojekt der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention am Deutschen Jugendinstitut e. V. in München durchgeführt.

Ein erheblicher Anteil der Gewalttaten von Jugendlichen wird unter Alkoholeinfluss begangen. Trotzdem ist eine Verknüpfung von Gewaltdelinquenz und Alkohol in der konzeptionellen Ausrichtung pädagogischer Angebote der Fachpraxis eher selten. Ziel des Forschungsprojekts „Gewaltdelinquenz und Alkohol im Jugendalter – Herausforderungen für die Jugendhilfe“ ist es, Wissen zum Themenkomplex zu generieren, welches der Weiterentwicklung der Fachpraxis dient. Die Studie basiert auf zwei zentralen Zugängen: Zum einen wurden die lebensweltlichen Erfahrungen junger Menschen mit Gewaltdelinquenz und Alkohol sowie deren Wahrnehmung von institutionellen Reaktionen untersucht. Insgesamt wurden 25 Interviews mit Mädchen und Jungen zwischen 15 und 22 Jahren geführt, die mit Gewaltdelinquenz unter Alkoholeinfluss auffällig geworden waren und infolgedessen eine jugendrichterliche Weisung zu darauf bezogenen (Gruppen-)Maßnahmen erhalten hatten. Zum anderen erfolgte eine systematische Erhebung der

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention

Perspektive von Fachkräften mit Fokus auf der Frage, wie seitens der Fachpraxis auf den Zusammenhang von Gewaltdelinquenz und Alkohol adäquat reagiert werden kann. Hierzu erfolgten Interviews mit 25 Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Suchthilfe.

In den Ergebnissen wird deutlich, dass es unterschiedliche lebensweltliche Zusammenhänge und daraus resultierende Problemkonstellationen hinsichtlich der Kombination von Gewaltdelinquenz und Alkoholkonsum bei Jugendlichen gibt. Diese stellen die Fachpraxis vor die Herausforderung einer passgenauen und adressatenorientierten Ausrichtung des pädagogischen Umgangs mit gewalt- und alkoholbelasteten Jugendlichen. Von wesentlicher Bedeutung sind hierbei insbesondere (institutionenübergreifende) Kooperationsstrukturen zwischen den beteiligten Akteuren, um entsprechende Angebote adressatengerecht auszugestalten.

www.dji.de/gewaltalkohol

Gefördert durch: Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend

RARHA – Förderung der Aufklärung zur Alkoholprävention

Im Rahmen des europäischen Joint-Action-Projekts „RARHA – Reducing Alcohol Related Harm“ arbeiteten 31 europäische Länder zusammen, um 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.

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 EU-Mitgliedstaaten 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 fördern. Hierzu ist ein Toolkit – in einer Print- und zusätzlich in einer Online-Fassung – erstellt worden, 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 2016 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 nach verschiedenen Evidenzniveaus skaliert.

RARHA
REDUCING ALCOHOL RELATED HARM

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.

www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%206/Attachments/10/RARHA_Toolkit_WP6.pdf

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 erprobt. Ziel des Angebots für Schulen ist die Förderung und Einübung von Lebenskompetenzen mit Bezug zu den Lebenswelten der Jugendlichen. Hierzu werden in ausgewählten Schulen an einem Tag Workshops zu den Themen Tanz, Parcours,

Theater, Band und Gesang/Rap durchgeführt. Seit 2017 wird nach der Modellphase die bundesweite Implementierung umgesetzt.

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 umfangreichste deutsche Kampagne zur Alkoholprävention bei Jugendlichen 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 Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit." ist bei über 80 Prozent der Zielgruppe bekannt und akzeptiert. 2017 wurde die Ausrichtung auf die Ansprache der Zielgruppe in ihren Lebenswelten weiter ausgebaut. Hierzu waren im Lebensumfeld „Freizeit" der Jugendlichen 50 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 sie zu einem verantwortungsbewussten Umgang zu motivieren. Sie sprachen an über 600 Einsatztagen mit mehr als 25.000 Jugendlichen in Städten in ganz Deutschland sowie auf Festivals und anderen Veranstaltungen.

Zusätzlich wird seit 2015 der neue Klassenwettbewerb „Klar bleiben – feiern ohne Alkoholrausch" im Rahmen der Kampagne umgesetzt. Er richtet sich an Schulklassen aller Schultypen ab der 10. Klasse.

Nach einer ersten Modellphase in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, die positiv evaluiert werden konnte, wurde die Durchführung in einer zweiten Modellphase 2017/2018 auf weitere Bundesländer ausgedehnt. Kern von „Klar bleiben" ist die Selbstverpflichtung der Klasse für einen Zeitraum von

neun Wochen auf Rauschtrinken zu verzichten. Die Einhaltung der Verpflichtung wird dokumentiert, Unterrichtsimpulse regen die vertiefte Thematisierung des Alkoholkonsums an und beständig „rauschfreie" Klassen können Preise gewinnen.

An der zweiten Modellphase nahmen knapp 500 Klassen mit rund 12.000 Schülerinnen und Schülern in sechs Bundesländern teil. Eine weitere begleitende Evaluationsstudie wird in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, um vertiefte Erkenntnisse über die längerfristigen Effekte sowie die Wirkkomponenten der Intervention zu gewinnen.

In den Kommunen wurde außerdem das qualitätsgesicherte Netzwerkmanagement mit speziellen kommunalen Schulungen zum Thema „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen" (GigA) gefördert. Interessierte Bundesländer wurden gleichzeitig bei der

Durchführung von themenspezifischen Länderkonferenzen zur kommunalen Alkoholprävention unterstützt.

Neben der persönlichen Zielgruppenerreichung in den Lebenswelten spielt die Internetkommunikation eine große Rolle: Die Kampagnenwebsite, 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 Beratungsangebote hinzuweisen. Seit 2017 wird die Kampagne außerdem kontinuierlich um fremdsprachige Informationsmaterialien (Print und Online) erweitert. Unterstützung bei einer Verhaltensänderung hin zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol erhalten Nutzer mit dem Online-Programm „Change your drinking" auf der Kampagnenwebsite.

www.kenn-dein-limit.info
www.klar-bleiben.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dr. Heidrun Thaiss (Leiterin der BZgA), Marlene Mortler (Drogenbeauftragte) und Dr. Volker Leienbach (Direktor PKV) stellten am 18. Mai 2017 neue Motive der Kampagne „Kenn Dein Limit" vor © BZgA/HC Plambeck

„Alkohol? Kenn dein Limit.“ – Präventionskampagne für Erwachsene

In Ergänzung zur Jugendkampagne richtet sich „Alkohol? Kenn dein Limit.“ an die erwachsene Allgemeinbevölkerung mit dem Ziel, riskanten Alkoholkonsum zu vermindern. Das Online-Portal beinhaltet Information, Tests zur Selbstreflexion und Angebote zur Konsumreduktion. An der erstmalig durchgeführten Fastenaktion „Alkohol? Kannst du ohne?“ haben sich knapp 700 Menschen beteiligt und über sieben Wochen ihren Alkoholkonsum reduziert bzw. ganz auf Alkohol verzichtet. Eine ausführliche Kommunikation und Einbindung von Social Media zur Fastenaktion hat erreicht, dass das Thema Alkoholfasten auch in der Pressberichterstattung vielfach Beachtung fand.

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 relevanten Berufsverbänden wurden Informationsmaterialien rund um eine gesunde, alkoholfreie Schwangerschaft und Stillzeit 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 Trainerinnen und Trainern 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“ zu motivieren, wird seit 2016 gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), dem Deutschen Fußball-Bund (DFB), dem Deutschen Turner-Bund (DTB), dem Deutschen Handballbund (DHB) und anderen Verbänden das Aktionsbündnis „Alkoholfrei Sport genießen“ umgesetzt. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Sportvereinen werden bei der Umsetzung der Aktion unterstützt, indem die BZgA eine kostenlose Aktionsbox zur Verfügung stellt, die unter anderem ein Werbebanner, T-Shirts, Rezepthefte 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 bis Ende 2017 wurden bundesweit rund 7.800 Aktionen unter dem Motto „Alkoholfrei Sport genießen“ in Sportvereinen durchgeführt.

www.alkoholfrei-sport-geniessen.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Plakataktion gegen Alkohol

Die Landesverkehrswacht Nordrhein-Westfalen e.V. hat auch 2017 die bundesweite „Plakataktion gegen Alkohol“ durchgeführt. Großflächenplakate in einer Auflagenhöhe von 7.800 Stück waren im Herbst/Winter 2017/2018 an wechselnden Standorten in verschiedenen Bundesländern und Großstädten zu sehen.

Mit der Aktion soll eine Vielzahl von Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern erreicht werden. Das Projekt wird mit der Zielsetzung gefördert, durch Großflächenplakate die Verkehrssicherheit zu verbessern sowie das Unfallgeschehen positiv zu beeinflussen.

Mit der Kampagne soll das Bewusstsein gestärkt werden, kein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluss zu führen. Dadurch soll ein Rückgang von alkoholbedingten Unfällen sowie eine damit im Zusammenhang stehende Reduzierung von Verletzten und Verkehrstoten erreicht werden.

Das Plakatmotiv mit der Einheit von Zündschlüssel und Mineralwasserflasche vermittelt eine von jedem Verkehrsteilnehmenden leicht wahrzunehmende Botschaft.

Gefördert durch: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Illegale Drogen

Imagen Pathways – Zusammenhang von kulturellen, biologischen und subjektiven Faktoren bei Entwicklungspfaden von Drogenkonsum

Das Forschungsprojekt Imagen Pathways untersucht den Verlauf und die Entwicklung von Drogenkonsum im jungen Erwachsenenalter und legt den Fokus dabei besonders auf den Übergang vom legalen zum illegalen Drogenkonsum. Der Konsum illegaler Drogen beginnt in Deutschland meist im Jugendalter, was auf den Bedarf an gezielten Präventionsprojekten hindeutet. In Anbetracht der Relevanz von legalem Drogenkonsum für die Initiierung von illegalem Drogenkonsum kann das geplante Forschungsvorhaben potenziell einen Beitrag zur Primärprävention von Suchterkrankungen leisten.

Im Rahmen des Projektes wird auf die Kohorte einer multizentrischen, longitudinalen Studie (IMAGEN) zugegriffen, in deren Rahmen Teilnehmende für Imagen Pathways rekrutiert und detailliert zu ihrem Drogenkonsum befragt werden. Der große Vorteil des beschriebenen Projekts besteht darin, dass es auf einen umfassenden Datenpool zurückgreifen kann. Damit stehen detaillierte Informationen zum Verlauf von Substanzkonsum im Alter von 14, 16 und 18 Jahren zur Verfügung. Während der Studie werden Haarproben entnommen und auf die am weitesten verbreiteten illegalen Drogen wie z. B. MDMA, Kokain und Cannabis untersucht. Mithilfe von Online-Befragungen und ethnographischen Interviews werden quantitative und qualitative Angaben zum Drogenkonsum, Verhalten in sozialen Medien und Netzwerken sowie umfassende psychologische und neuropsychologische Maße erfasst. Das vorliegende Forschungsvorhaben wird an vier Standorten innerhalb Deutschlands (Hamburg, Mannheim, Dresden, Berlin) durchgeführt und auf europäischer Ebene in Kooperation mit Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden durchgeführt.

https://de.imagen-europe.com

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Evaluation der Auswirkungen des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG)

Vor Inkrafttreten des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG) wuchs der Markt für NPS beständig, da diese aus Konsumentensicht oftmals einen validen Ersatz für illegale Betäubungsmittel darstellten, jedoch gesetzlich nicht hinreichend limitiert waren. So wurden Straftaten in Zusammenhang mit NPS, sofern sie in den Anlagen zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) nicht ausdrücklich erfasst waren, in der Praxis häufig nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) eingestuft. Diese Möglichkeit entfiel allerdings mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 10. Juli 2014, nach dem NPS in der Regel nicht unter den Arzneimittelbegriff fallen. Um diese Regelungs- bzw. Strafbarkeitslücke zu schließen und die stetig zunehmende Ausbreitung von NPS zum Schutz der öffentlichen Gesundheit einzudämmen, wurde das NpSG verabschiedet, welches am 26. November 2016 in Kraft getreten ist.

Ziel des Projekts ist es, die beabsichtigten und unbeabsichtigten Auswirkungen dieses Gesetzes zu evaluieren. Im Zuge dessen werden mit Repräsentanten verschiedener, von dem Gesetz betroffenen Personengruppen, d. h. Konsumentinnen und Konsumenten von NPS, Mitarbeiter und Mitatrbeiterinnen der Suchthilfe sowie Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden, leitfadengestützte narrative Interviews durchgeführt. Dabei interessieren neben wahrgenommenen Veränderungen in Bezug auf das Konsumverhalten oder die Marktsituation u. a. auch Meinungen und Erwartungen hinsichtlich des NpSG bzw. Einschätzungen zu rechtlichen sowie kriminalpolitischen Aspekten. Darüber hinaus sind Befragungen in rechtsmedizinischen Instituten vorgesehen, um verschiedene angewandte Untersuchungsschemata für Todesfälle, die in Zusammenhang mit NPS stehen könnten, zu analysieren. Zu NPS-Vergiftungsfällen wird in Kliniken überdies medizinisches Personal befragt. Um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten, werden ergänzend quantitative Daten erhoben sowie vor diesem Hintergrund relevante Sekundärdaten in aggregierter und anonymisierter Form zusammengetragen und analysiert.

Auf Grundlage dieser Beobachtungen sollen Schlussfolgerungen abgeleitet werden, die Hinweise auf die Wirkungsweise des Gesetzes geben sowie Empfehlungen ermöglichen. Das Projekt endet im Mai 2019.

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

Ziele des EU-Projektes waren eine Bestandsaufnahme der nationalen Situation bezüglich des Konsums und der Markt- und Rechtslage Neuer psychoaktiver Stoffe (NPS) in den sechs teilnehmenden Ländern (DE, HU, IRL, NL, PL, PT) sowie die Erhebung von Konsumkennzahlen, Praktiken und Meinungen aktueller Konsumentinnen und Konsumenten von NPS aus drei unterschiedlichen Konsumierendengruppen.

Als Methoden wurden qualitative Experteninterviews und eine quantitative Erhebung durchgeführt; letztere mittels eines Online-Fragebogens und Face-to-face-Interviews, unter (1) sozial marginalisierten Konsumierenden, (2) Party-/Nachtleben-Konsumierenden und (3) Online-Nutzern.

Ergebnisse: Der Konsum von NPS ist (insbesondere in Deutschland) insgesamt vergleichsweise wenig und regional in diversen Gruppen sehr unterschiedlich verbreitet. Probleme bestehen bei der Prävention und Behandlung NPS-bezogener Probleme. Der rechtliche und sozialarbeiterische Umgang mit diesen Problemen bewegt sich in den sechs Ländern zwischen Verboten und Abschreckung einerseits, und einer Einbeziehung der Lebensumstände der Konsumierenden andererseits.

Die Verteilung und Häufigkeit des Konsums verschiedener NPS-Arten variiert stark zwischen den drei Konsumentengruppen, aber auch zwischen den Ländern. So ist z. B. in Deutschland der Konsum von LSD-analogen Substanzen insgesamt stärker ausgeprägt als in den meisten anderen Ländern. Riskanter NPS-Konsum unter marginalisierten Drogenkonsumierenden findet sich vor allem in den östlichen beteiligten Ländern und in Deutschland in urbanen Drogenszenen in Bayern. Der Konsum von NPS hat sich auf niedrigem Niveau etabliert und bedarf weiterer Erforschung, vor allem mit Blick auf spezifische gefährdete Gruppen in teils geographisch eng umgrenzten Räumen. Das Projekt stellt eine gute Bestandsaufnahme der Situation kurz vor Einführung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG) in Deutschland dar: So hatten sich beispielsweise offenbar schon zu diesem Zeitpunkt die Schwerpunkte der konsumierten NPS-Gruppen deutlich verschoben (u. a. weniger synthetische Cannabinoide, mehr Psychedelika); dies spricht für eine rasche Umstellung von NPS-Angebot und -Nachfrage je nach Rechtslage. Die Anpassung der Präventions- und Hilfsangebote an spezifische Anforderungen sollte weiter vorangetrieben werden.

www.npstransnational.org

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Informationssystem zu Neuen psychoaktiven Stoffen und Medikamenten (Phar-Mon NPS)

Das kontinuierliche Monitoring des Substanzgebrauchs und damit verbundener Probleme stellt eine wichtige Grundlage für Bedarfsplanungen und die Entwicklung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen dar. Gerade in einem sich so schnell ändernden Bereich wie dem der Neuen psychoaktiven Stoffe (NPS) ist insbesondere die Berücksichtigung konsumaffiner Personengruppen von großer Bedeutung, da diese neue Entwicklungen sehr schnell aufnehmen. Für ein solches zielgruppenspezifisches Monitoring gibt es in Deutschland seit 2015 das Projekt Phar-Mon NPS, welches Daten zum Konsum von NPS in Risikopopulationen sammelt. Es stehen Informationen aus Befragungen in Zusammenarbeit mit Partyprojekten, ambulanten Beratungsstellen und der externen Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten (JVA) zur Verfügung. Darüber hinaus wurden über eine Giftinformationszentrale Daten zu Vergiftungen gesammelt sowie das Angebot und die Preise von NPS in Online-Shops ausgewertet. Schließlich wurden Informationen des Early Warning Systems (EWS) der Europäischen Beobachtungsstellen für Drogen und Drogensucht berücksichtigt.

Je nach Stichprobe unterschieden sich die konsumierten NPS im Jahr 2017. Im Partysetting wurden vor allem 1p-LSD, 2C-B sowie Kräutermischungen und Spice angegeben, in den Beratungsstellen dominierten MDPV, Kräutermischungen, Badesalze und verschiedene alpha-Stoffe. In den JVA wurden fast ausschließlich synthetische Cannabinoide wie z. B. Spice genannt. In allen Stichproben war Neugierde der häufigste Konsumgrund. Zahlreiche Konsumentinnen und Konsumenten gaben an, Nebenwirkungen des Konsums erlebt zu haben. Häufig genannt wurden Übelkeit und Erbrechen,

Herz-Kreislauf-Beschwerden sowie Wahrnehmungs- und Bewusstseinseinschränkungen.

Im Rahmen des EWS wurden 2017 acht Meldungen zu neuen NPS in Deutschland dokumentiert. Hierbei handelte es sich um fünf synthetische Cannabinoide und drei Opioide. Sowohl bezogen auf Europa als auch auf Deutschland ist die Zahl der neu gemeldeten Stoffe im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen.

www.legal-high-inhaltsstoffe.de/de/phar-mon-nps.html

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 Nutzerinnen und Nutzern, die Suchtdruck auslösen können, mittels Warnfunktion im Kommunikationsfluss ausgeblendet. Die Moderatorinnen und 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 Meth-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 Konsumierende mit Abstinenzwunsch als auch für bereits Abstinente zur Rückfallprophylaxe und sozialen Unterstützung empfohlen werden.

www.breaking-meth.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

CheckPoint-C – Suchtprävention per Smartphone

Das Smartphone hat sich als Medium durchgesetzt und ist u. a. mit diversen Apps im Alltag präsent. Zentraler Anwendungsbereich von Apps sind gesundheitsbezogene Fragen, die personenbezogen arbeiten und den Nutzerinnen und Nutzern ein individuelles Coaching anbieten.

Das Projekt „CheckPoint-C“ greift diese Entwicklung auf: Die App zielt auf diejenigen Konsumierenden von Crystal Meth, die unerkannt im Dunkelfeld leben und bisher keinen Kontakt zum Hilfesystem haben. Diese Zielgruppe wird durch Angebote der Drogen- und Suchtkrankenhilfe oft schlecht erreicht, die Haltekraft ist gering und die Inanspruchnahme von Hilfen erfolgt viel zu spät; oft erst, wenn schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen eingetreten sind.

Die App stellt sich mit ihrer Zielstellung besonderen Herausforderungen: Erstens gilt es, bisher wenig oder falsch informierte Konsumierende, aber auch deren Angehörige sowie Freudinnen und Freunde zu den komplexen Wirkungen und Risiken sowie zu möglichen Risikomanagementstrategien und deren praktischer Umsetzung zu informieren. Die App bietet die Chance, sich diese Informationen anonym und ohne Kontaktaufnahme zu helfenden oder strafenden Institutionen zu beschaffen und quasi Stand-by verfügbar zu haben. Zweitens meistert die App die Aufgabe, für Nebenwirkungen und Spätfolgen des Konsums eines Weckamins zu sensibilisieren, das den Konsumierenden in der Sofortwirkung durch Wachheit, Leistungsfähigkeit, Angstreduktion, Agilität, gesteigertes Selbstwertgefühl und aufgefrischte Libido einen physischen und psychischen Gewinn verschafft. Drittens stellen sich gravierende Einbußen körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit durch die lange Nachwirkdauer erst so spät ein, dass viele Konsumenten diese negativen Effekte nicht mit ihrem Konsum in Verbindung bringen. Deshalb meldet die App personenbezogen sich regelmäßig einstellende Phänomene und Spätwirkungen nach Konsum zurück und gibt zugleich Informationen zu deren Bewältigung ohne erneuten Konsum „Jetzt und gleich“.

Die kostenfrei verfügbare App wurde 2017 um die Bereiche „Exit“ – ein Coaching für den Ausstieg mit oder ohne professionelle Hilfe – und „Craving“ erweitert. Letzterer macht auf die Herausforderungen eines sich einstellenden Konsumdrucks aufmerksam, bietet Bewältigungsstrategien und ein Coaching dazu an.

https://de-de.facebook.com/checkpoint.halle
https://checkpoint-c.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Forschungsprojekt „Crystal Meth-Konsum von Frauen“

Das Kooperationsprojekt des Forschungsinstituts tifs e. V. mit der Universität Tübingen und der Praxispartnerin Lilith e. V. – Drogenhilfe für Frauen und Kinder – wurde Ende 2017 abgeschlossen. Die Studie stellt die Vielfalt von Crystal-konsumierenden Frauen in den Fokus.

In der Erhebung „Crystal Meth-Konsum von Frauen“ wurden Zugangswege, Konsumpraktiken, biografische und lebensweltliche Hintergründe der Frauen analysiert. Hierfür wurden 20 aktuelle und ehemalige Crystal-Konsumentinnen narrativ befragt und zusätzlich Interviews mit Expertinnen durchgeführt. Es wird deutlich, dass der Crystal-Konsum vielfältige Funktionen im Alltag der Frauen einnimmt, welche nicht unbedingt bewusste Konsummotive abbilden. Diese Funktionen sind eng verwoben mit traumatischen Erfahrungen, aber auch mit gesellschaftlichen und geschlechterbezogenen Anforderungen, weshalb ein Zusammenwirken verschiedener Einrichtungen von Bedeutung ist.

Im November 2017 fand in Nürnberg eine abschließende Fachtagung statt, die große Resonanz fand, und bei der die Ergebnisse der Studie mit Mitarbeitenden der Suchthilfe und Multiplikatoren aus verschiedenen Institutionen diskutiert wurden. Die Rückmeldungen, wie beispielsweise die Bedeutung von Vernetzung und Weiterqualifizierung unter Gender-Aspekten, fanden Eingang in die Auswertung.

Der Forschungsbericht ist auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit zu finden. Im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse wird ein gender- und diversitätsbewusster Orientierungsrahmen zum Umgang mit Crystal-Konsumentinnen (nicht nur) für die Suchthilfe angeboten.

www.tifs.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Evaluation des bedarfsorientierten, interdisziplinären und systemübergreifenden „Dresdner Versorgungspfad Crystal“

Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft bzw. Stillzeit stellt ein erhebliches Risiko für das un- bzw. neugeborene Kind dar. Gleichzeitig sind die Schwangeren bzw. jungen Mütter in dieser Phase besonderes motiviert, ihren Konsum zu unterbrechen. Mit dem Ziel, die betroffenen Schwangeren bzw. Familien dabei zu unterstützen, wurde mit dem Dresdner Versorgungspfad „Crystal“ im Jahr 2015 ein multiprofessionelles Netzwerk mit Schnittstellen der medizinischen Versorgung sowie transsektoraler Übergänge entwickelt.

Der Versorgungspfad bietet nicht nur eine adäquate medizinische Betreuung von Schwangeren bzw. Neugeborenen, sondern ermöglicht eine Behandlung der Sucht der Methamphetamin konsumierenden Schwangeren und Mütter sowie eine Vernetzung mit den kommunalen Versorgungsangeboten. Maßgeblich beteiligt sind die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Dresden sowie die Stadt Dresden.

Im Rahmen der Evaluationsstudie „Dresdner Versorgungspfad Crystal“ in Kooperation mit dem Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums Dresden werden mittels qualitativer Interviews von betroffenen (werdenden) Müttern sowie Pfadbeteiligten und quantitativer Auswertung von Routinedaten Durchführbarkeit sowie Nützlichkeit des Pfades untersucht. Dazu wurden im ersten Schritt publizierte Daten zu den Folgen des Metamphetaminkonsums auf das ungeborene Kind in Form einer Meta-Analyse zusammengefasst. Derzeit erfolgt die Datenerhebung mit der Fragestellung, inwiefern im Rahmen der Versorgung von Methamphetamin konsumierenden Müttern ein multiprofessionelles, bedarfsorientiertes und systemübergreifendes Versorgungskonzept hilfreich für Mutter und Kind ist. Aufbauend auf die Ergebnisse werden die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen definiert, um das Konzept in anderen Regionen Deutschlands zu implementieren.

www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/kik/patienteninfo/familienetz/leistungen

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ („SHIFT-Elterntraining“)

Bisherige Forschungsbefunde zu den Lebenswelten von Kindern methamphetaminabhängiger Eltern zeigen ein konsistent komplexes und kritisches Bild. Gleichzeitig fehlt es an suchtspezifischen, wissenschaftlich fundierten und evaluierten Elternprogrammen, die zum einen die besonderen Charakteristika einer Methamphetaminabhängigkeit berücksichtigen und zum anderen auf die Förderung von elterlicher Erziehungskompetenz und Familienresilienz abzielen. Im Rahmen des Forschungsprojekts „Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ wurde ein derartiges Programm, das „SHIFT-Elterntraining“, entwickelt und an sechs Standorten in Sachsen und Thüringen (in Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe) implementiert und evaluiert. „SHIFT“ ist ein modularisiertes Gruppenprogramm für methamphetaminabhängige und -konsumierende Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren, welches darauf abzielt, die Elternkompetenzen und die familiäre Widerstandsfähigkeit zu stärken. Gleichzeitig sollen die elterliche Substanzabstinenz stabilisiert und die weitere Inanspruchnahme von Hilfen gefördert werden. „SHIFT“ beinhaltet acht Module, die wöchentlich durchgeführt werden.

Zur Überprüfung und Bewertung der Intervention wurde ein randomisiert-kontrolliertes Forschungsdesign umgesetzt, welches den Einsatz von standardisierten Messinstrumenten an drei Messzeitpunkten enthält. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich die Intervention bezüglich der Förderung positiven Erziehungsverhaltens und der Reduzierung drogenbezogener Probleme als wirksam erwiesen hat. Auch hinsichtlich der Reduzierung elterlichen Stresses zeigt sich die Interventionsgruppe der Kontrollgruppe überlegen. Darüber hinaus konnte „SHIFT“ eine sehr hohe Akzeptanz sowohl bei Trainern als auch bei Eltern erzielen.

www.shift-elterntraining.de
www.disup.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Evaluation eines stationären Modellprojekts (Matrix, Indikativgruppe ATS) bei Crystal-Konsumierenden

Für den wachsenden Behandlungsbedarf der Methamphetaminabhängigkeit fehlten bislang evidenzbasierte Therapieprogramme. Die Psychiatrische Klinik der LMU München evaluiert deswegen in einem langfristig angelegten Projekt zwei stationäre Therapiekonzepte für Crystal-Konsumierende, um dadurch ein optimales Therapiemanual abzuleiten. Seit Ende 2016 werden in zwei deutschen Suchtfachkliniken mit unterschiedlichen Therapiekonzepten jeweils 50 Patientinnen und Patienten mittels standardisierter Diagnostikinstrumente zu drei Erhebungszeitpunkten untersucht (Therapiebeginn, Therapieabschluss nach sechs Monaten, Katamnese von einem Jahr). Der Therapieerfolg beider Kliniken wird anschließend anhand der Therapieabschlussquote und der Abstinenzrate verglichen. Eine beteiligte Klinik (Bezirksklinik Hochstadt) bietet eine spezifische Indikativgruppe für Konsumierende Amphetamin-typischer Substanzen (ATS) an, die sich an dem sogenannten MATRIX-Modell orientiert, ein in Kalifornien bereits bewährtes Therapieprogramm bei Stimulanzienabhängigkeit. Als zweite Klinik nimmt die MEDIAN Klinik Mecklenburg teil, die seit mehreren Jahren über Behandlungsgruppen für ausschließlich Crystal-Konsumierende verfügt. Das Konzept orientiert sich an den auch für die anderen Suchtpatientinnen angebotenen, achtsamkeitsausgerichteten Therapieelementen. Seit Frühjahr 2018 sind an insgesamt 100 Probanden die Erhebungen zu Therapiebeginn abgeschlossen, zum Sommer 2018 werden ebenfalls alle Daten zum Zeitpunkt der Therapiebeendigung vorliegen. Bisherige Ergebnisse zeigen kaum Baseline-Unterschiede zwischen den Patientengruppen in soziodemografischen und klinischen Merkmalen sowie in der Abbruchrate. Erste Ergebnisse der Prä-Post-Messung (Anfang und Ende der Therapie) deuten auf eine – von den unterschiedlichen Therapiekonzepten unabhängige – Reduktion klinischer Symptome wie Craving, Depressivität und allgemeine psychische Belastung hin.

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 Projektes zum Amphetaminkonsum ist es, Konsumverläufe von Nutzern amphetaminartiger Substanzen (ATS) in fünf europäischen Ländern zu untersuchen. Durch die Erhebung und Analyse individueller „Konsumkarrieren“ sollen potenzielle Risiko- und Resilienzfaktoren identifiziert werden, die den Konsum beeinflussen und mit einem Wechsel hin zu riskantem bzw. abhängigem ATS-Gebrauch in Zusammenhang stehen können. Neben aktuellen und ehemaligen Konsumierenden werden auch gezielt Personen rekrutiert, die die Möglichkeit zum ATS-Konsum hatten (z. B. weil in ihrem sozialen Umfeld ATS konsumiert werden), diesen aber abgelehnt bzw. vermieden haben. Dadurch ist es möglich, Umstände und Gründe zu ermitteln, warum manche Personen mit dem Konsum von ATS beginnen, andere jedoch nicht.

ATTUNE ist ein Projekt des von der EU geförderten europäischen ERANID Netzwerks zur Forschung im Bereich illegaler Drogen und wird vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) durchgeführt. Der deutsche Studienarm wird vom BMG gefördert. Das ZIS hat die Projektleitung übernommen, weitere Partner des Konsortiums mit eigenständiger Projektdurchführung kommen aus Großbritannien, der Tschechischen Republik, den Niederlanden und Polen.

Für das Projekt wurde ein Mixed-Methods-Forschungsdesign entwickelt, das aus zwei Modulen besteht. Im qualitativen Modul 1 wurden insgesamt 280 halbstrukturierte Interviews mit unterschiedlichen Konsumentengruppen geführt. Diese wurden über Suchtberatungsstellen aber auch an Universitäten sowie im Umfeld von Techno-Clubs und Szene-Treffpunkten rekrutiert. Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse sowie unter Einbeziehung der Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews wurde ein standardisierter Fragebogen für das quantitative Modul 2 entwickelt. Dieser wird für Tablets programmiert und zur Befragung von insgesamt 2.000 Personen eingesetzt. Die Ergebnisse des Projekts könnten dazu dienen, neue Präventionsangebote für ATS-Konsumenten zu entwickeln bzw. bereits bestehende anzupassen.

www.zis-hamburg.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

drugcom.de

Mit der Internetplattform www.drugcom.de 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 Besucherinnen und Besucher der Webseite auf ein umfangreiches, stetig wachsendes Informationsangebot zugreifen, das u. a. verständlich aufbereitete aktuelle Meldungen aus der Suchtforschung umfasst. Bei persönlichen Fragen können sich Ratsuchende 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. Mit mehr als 150.000 Besuchern pro Monat gehört www.drugcom.de in Deutschland zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich der Suchtprävention.

Das Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 in die Internetplattform integriert. Teilnehmende können sich hier unkompliziert und anonym anmelden und werden von professionellen und speziell geschulten Beraterinnen und Berater bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum unterstützt. Seit Beginn haben mehr als 7.000 Personen von diesem Angebot profitiert. Das Ausstiegsprogramm wird seit 2006 in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen durchgeführt. 2017 wurden Änderungen am Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ vorgenommen, um den hohen Bedarf an Beratungsanfragen besser bewältigen zu können. Es ist seither möglich, an einem verkürzten Programm teilzunehmen und auf den persönlichen Aufnahmechat mit einem Berater zu verzichten. In einer zuvor durchgeführten randomisierten Kontrollgruppenstudie (2014-2016) konnte gezeigt werden, dass diese Änderungen die Wirksamkeit des Programms nicht verringern.

www.drugcom.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

HIV? Hepatitis? Das CHECK ich! Ein Beratungs- und Testangebot für Drogen gebrauchende Menschen in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe und dem Robert Koch-Institut

Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, haben ein erhöhtes Risiko für HIV- und Hepatitis-Virus-Infektionen, insbesondere mit dem Hepatitis-C-Virus. Beide Infektionen können viele Jahre symptomarm verlaufen, sodass sie oft erst sehr spät entdeckt werden. Die Übertragungswege und gesundheitlichen Gefahren sind insbesondere beim Hepatitis-C-Virus (HCV) in den Zielgruppen noch nicht ausreichend bekannt. Bei einem chronischen Verlauf, der bei HCV häufig der Fall ist, können langfristig schwere Folgeschäden wie Leberzirrhose und Leberkrebs auftreten. Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und dem Robert Koch-Institut (RKI) das Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ konzipiert. Das Projekt wird in Einrichtungen der Drogenhilfe in Hamburg, Bremen, Hannover, Troisdorf, Dortmund und Düsseldorf umgesetzt und ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV für Drogen gebrauchende Menschen. Das Projekt baut auf den Ergebnissen und Empfehlungen der vom RKI durchgeführten DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland) auf.

Projektziele sind die Implementierung des niedrigschwelligen Beratungs- und Testangebots zu HIV und Hepatitis für Drogen gebrauchende Menschen mit keinem oder nur einem eingeschränktem Zugang zu medizinischen Angeboten, das frühzeitige Erkennen von HIV- und/oder HCV-Infektionen als Grundlage für die Weiterleitung in eine Behandlung und die (weitere) Erhöhung des Wissensstandes zu HIV- und Hepatitis-Virus-Infektionen in der Zielgruppe.

An den sechs Projektstandorten werden im Zeitraum Januar 2018 bis August 2019 wöchentlich Beratungen zu HIV, Hepatitis, Risikosituationen wie das Teilen von Konsumutensilien und zu Schutzmöglichkeiten durchgeführt. Begleitend werden kostenlose und anonyme Schnell- und Labortests auf HIV und HCV angeboten. Bei einem positiven Testergebnis wird Unterstützung bei der Weiterleitung in eine Behandlung angeboten, u. a. eine Begleitung zu Fachärztinnen und Fachärzten. Die Beratungen adressieren auch Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Virusinfektionen. Die Impfung hiergegen wird in Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder direkt über die ärztlichen Projektmitarbeitenden angeboten.

Das Projekt wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) e. V. finanziert (Standorte Hamburg, Bremen, Hannover, Troisdorf und Begleitevaluation). Die zwei zusätzlichen Standorte Dortmund und Düsseldorf werden durch das Land NRW gefördert.

www.liebesleben.de/fachkraefte

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Familie und Suchtprävention – Kultursensible Informations- und Präventionsangebote für russischsprachige Eltern und Familienangehörige zur Erweiterung der Angebote der Suchtprävention und der Verkürzung des Zugangs in das deutsche Suchthilfesystem

Die Ziele des Modellprojekts spiegelt der Projektname wider. Um möglichst viele Eltern und Familienangehörige mit russischsprachigem Hintergrund bundesweit zu erreichen, schult der Bundesverband russischsprachiger Eltern zwei Jahre lang (2017-2019) 40 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem ganzen Bundesgebiet zu verschiedenen Themen rund um die Prävention von Drogensucht. Parallel zur Weiterbildung werden diese durch ein Projektteam bei der Organisation von lokalen Infoabenden für Eltern und Angehörige von Drogensucht gefährdeten bzw. betroffenen Jugendlichen unterstützt und begleitet.

Russischsprachige Konsumierende von illegalen Drogen weisen im Vergleich zu einheimischen Konsumierenden mehr Risikofaktoren und riskantere Konsummuster auf – mit entsprechenden Folgen wie einer überdurchschnittlich hohen Zahl an Drogentoten und überproportional vielen Hepatitis-C- und HIV-Infektionen. Zudem ist belegt, dass das Suchthilfesystem in Deutschland von Russischsprachigen nicht bzw. seltener und später in Anspruch genommen wird als von Menschen ohne Migrationshintergrund. Aufgrund komplexer migrations- und integrationsbedingter Problemlagen haben russischsprachige Familien einen hohen Informations- und Hilfebedarf im Bereich Sucht und Drogen, der aktuell nicht bedarfsgerecht und flächendeckend abgedeckt wird. Erfahrungen belegen, dass Kenntnisse über kulturelle und mentale Besonderheiten in der Arbeit mit der Zielgruppe helfen, Risiken sowie negative Folgen der Sucht zu minimieren und Chancen der positiven Entwicklung zu steigern.

Die Grundidee des Projektes ist, die Wissensvermittlung über illegale Drogen und Sucht durch den Einsatz von Personen aus der Zielgruppe niedrigschwellig zu gestalten und dadurch eine Vertrauensbasis zu russischsprachigen Mitbürgerinnen und Bürgern aufzubauen. Alle Themen werden kultursensibel aufgearbeitet und präsentiert. Ein zu erarbeitendes Handbuch sichert die Nachhaltigkeit des Projektes.

www.bvre.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland

Angesichts der großen Anzahl an Asylsuchenden, die Deutschland seit 2015 aufgenommen hat, und den damit verbundenen Herausforderungen an die Sicherstellung der Versorgung, war die Diagnostik und Behandlung von Drogenabhängigkeit von Geflüchteten von eher untergeordneter Relevanz. Die vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) durchgeführte Studie ermittelte deutschlandweit, ob und wo erwachsene drogenabhängige Geflüchtete vom Suchthilfesystem erreicht wurden. Zusätzlich fanden 128 strukturierte Interviews mit geflüchteten Drogenabhängigen (seit 2015 in Deutschland) mithilfe von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in fünf Suchthilfeeinrichtungen in fünf Städten statt. Es wurden diejenigen Suchthilfeeinrichtungen mit den meisten Kontakten zu Geflüchteten ausgewählt. Dort konnten bis zu 50 Prozent der Zielgruppe befragt werden.

Geflüchtete Drogenabhängige wurden in nennenswerter Anzahl vornehmlich von wenigen Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe in größeren Städten in den alten Bundesländern erreicht. Über die Geflüchteten in den niedrigschwelligen Einrichtungen mit Konsumräumen oder Kontaktcafés lagen aufgrund der Sprachbarrieren kaum Informationen vor. Von den im Rahmen des Projekts interviewten Geflüchteten waren 57 Prozent Afghanen und 34 Prozent Iraner. Sie waren ausnahmslos männlich und meistens jünger als 30 Jahre. Etwas mehr als die Hälfte der geflüchteten Drogenabhängigen waren schon in ihren Heimatländern drogenabhängig. Vorwiegend konsumierten sie Opium, lediglich 23 Prozent berichteten einen Rauchkonsum von Heroin und 7 Prozent einen i. v. Konsum von Heroin im Heimatland. Opium und/oder auf dem Schwarzmarkt erworbene

Substitutionsmittel wurden auf der Flucht mitgenommen. In Deutschland werden neben Heroin die regional üblichen Substanzen konsumiert. Regelmäßiger Alkohol- und Cannabiskonsum ist vergleichsweise selten.

Die Verständigung mit den Geflüchteten, die Vermittlungsmöglichkeiten in weiterführende Hilfen sowie die Vernetzung von Flüchtlings- und Suchthilfe wurden in den abschließenden Fokusgruppen als defizitär beschrieben. Als besonders problematisch wurde die bundesweit uneinheitliche Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes im Hinblick auf die Möglichkeit der Substitution beschrieben.

www.zis-hamburg.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Organisierte Kriminalität zwischen virtuellem und realem Drogenhandel (DROK)

Der Projektverbund beschäftigte sich mit der Rolle der Organisierten Kriminalität (OK) auf der Einzelhandelsebene, unterteilt in (vermeintlich) typische OK-Methoden und -Strukturen, sowie bezogen auf Dealen in der Öffentlichkeit, im privaten Umfeld und in Haft. Zudem wurden polizeipraktische Perspektiven auf das Thema beleuchtet. Neben ‚klassischen' Formen des Drogenkleinhandels stand auch der Online-Handel (u. a. im Darknet) im Fokus.

Diverse qualitative und quantitative Erhebungen ergaben, dass der Einzelhandel mit illegalen Drogen von zahlreichen, mehr oder weniger profitorientierten Personen betrieben wird, die allenfalls in geringem Maße organisiert sind. Viele der Handelnden in allen Umfeldern finanzieren damit v. a. den eigenen Konsum. Potenziell kann jeder Konsumierende und Dealer mit Bedrohungen, Gewalt u. a. konfrontiert sein; solche Delikte sind aber eher selten. Weitaus häufiger findet Betrug statt. Derartige Risiken sind in erster Linie mit öffentlichem Handel assoziiert, wo auch das Strafverfolgungsrisiko wesentlich höher ist. Im eher wenig durch Strafverfolgung gefährdeten, quantitativ bedeutsamen Privathandel wird häufiger Arbeitsteilung betrieben. Online-Handel wird (noch) in nur begrenztem Maße genutzt, ist kaum mit Gewalt und Bedrohungen, aber ebenfalls mit einem gewissen Betrugsrisiko verbunden.

Aus Sicht von Inhaftierten und Expertinnen und Experten ist Handel und Konsum von Opioiden in Haft allgegenwärtig und kaum zu vermeiden. Generell haben die Marktteilnehmer indes wenig Einfluss auf Art und Qualität der Drogen; der Handel beruht häufig auf Zufalls- und Gelegenheitsstrukturen. Generell gibt es auch hier wenig Anzeichen für OK. Vor diesem Hintergrund scheint zur Reduktion der Nachfrage und Schadensminderung eine Ausweitung der Substitution und der psychosozialen Versorgung in Haft sinnvoll. Die Untersuchung des Cannabishandels in Haft ergab eine Typologie von Handelsnetzwerken (Drogenclub, Geschäftsmodell, Selbstversorgungshandel im sozialen Umfeld und anonymer Selbstversorgungshandel). Gemeinsamkeiten zwischen dem Drogenhandel in Freiheit und in Haft bestehen darin, dass es sowohl einen selbst organisierten Kleinhandel als auch einen Marktanteil mit hierarchischen Strukturen gibt.

www.sifo.de/files/Projektumriss_DROK.pdf

Gefördert durch: Bundesministerium für Bildung und Forschung

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 in 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 Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung an. Das Projekt trägt dazu bei, innovative Ansätze der Drogenpolitik international zu positionieren und mit ausgewählten Partnerregierungen umzusetzen.

Der Fokus liegt auf drei Handlungsfeldern:

1. Das Vorhaben fördert den internationalen drogenpolitischen Dialog, insbesondere auf der Ebene der Vereinten Nationen. Es bringt im Auftrag des BMZ die entwicklungspolitischen Aspekte der globalen Drogenproblematik in die Diskussion ein. Es stärkt über den Prozess der Vereinten Nationen hinaus gemeinsame Positionen interessierter Regierungen zu entwicklungs- und gesundheitsorientierten Ansätzen der Drogenpolitik.

2. Das Projekt fördert auf bilateraler Ebene die Anpassung der drogenpolitischen Instrumente interessierter Regierungen in Asien, Afrika und Lateinamerika durch Beratungs- und 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 Umsetzungspartnern: dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen und Verbrechensbekämpfung (UNODC), der thailändischen Mae Fah Luang Stiftung unter königlicher Schirmherrschaft (MFLF) sowie den Nichtregierungsorganisationen Transnational Institute (TNI) und International Drug Policy Consortium (IDPC).

www.gpdpd.org

Gefördert durch: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

OASIS

Wie bei anderen Suchterkrankungen bedarf es auch bei der Internetabhängigkeit niedrigschwelliger Angebote, um Betroffene zu erreichen und für eine Therapie zu gewinnen. Ein nicht unerheblicher Anteil der Internetabhängigen kommt bislang nicht im Suchthilfesystem an, nicht zuletzt auch, weil diese neuartige Suchterkrankung noch wenig bekannt ist und aufgrund von komorbider Depressivität und Ängstlichkeit oft mit einem ausgeprägten sozialen Rückzug einhergeht.

Der Online-Ambulanz-Service für Internetsüchtige (OASIS) verfolgt den Ansatz, die Betroffenen im Internet selbst abzuholen, um sie deutschlandweit in ein analoges Beratungs- oder Behandlungsangebot zu vermitteln. Zu diesem Zweck werden erwachsene Internetabhängige nach einem Selbsttest auf dem OASIS-Portal dazu eingeladen, sich im Zuge eines Webcam-basierten Online-Sprechstundentermins einer Diagnostik mit einer erfahrenen Therapeutin zu unterziehen. Beim Folgetermin werden ihnen im Rahmen eines Motivationalen Interviews individuelle Therapieempfehlungen vor Ort vermittelt. Für Angehörige von Internetabhängigen ab 14 Jahren, die bislang nicht zu therapeutischen Schritten motiviert werden konnten, bietet OASIS ebenfalls die Möglichkeit, im Rahmen von zwei Online-Sprechstunden eine entsprechende Unterstützung anzubieten. Durch eine ausführliche Begleitforschung und Befragungen im Verlauf soll ermittelt werden, ob Internetabhängige auf diese Weise gut in analoge Einrichtungen vermittelt werden können und welche spezifischen Charakteristika diese Gruppe aufweist. In einem zweiten Schritt könnte OASIS im Sinne einer Transfer-Phase weiteren auf Internetabhängigkeit spezialisierten Anbietern im Rahmen des Suchthilfesystems zur Verfügung gestellt werden.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Screening problematischer Internetnutzung: Implementierung und Translation (SPIN-IT)

In einem Vorprojekt wurde für die Identifizierung problematischer Internetnutzung das Kurzscreening „Short Compulsive Internet Use Scale“ (Short CIUS) entwickelt, welches im Projekt SPIN-IT der Suchtforschungsgruppe S:TEP an der Universität Lübeck mithilfe einer Internetseite in der Praxis verbreitet werden sollte. Die Seite bietet zusätzlich hilfreiche Informationen und weitere Hilfestellungen für verschiedene Versorgungsbereiche (z. B. Suchtberatungs-, Jugend- und Erziehungsberatungsstellen, Kinder- und Jugendpsychiatrien und ambulante Psychotherapie), um internetbezogene Störungen identifizieren und diagnostizieren zu können, sowie relevante Adressen zur weitergehenden Hilfe. Zusätzlich besteht die Möglichkeit Materialien, wie die Short CIUS, eine Checkliste zur Diagnostik internetbezogener Störungen und ein Manual zur Kurzintervention herunterzuladen oder zu bestellen.

Die Verbreitung erfolgte per E-Mail mit grundlegenden Informationen und einem Link zur Internetseite. Stratifiziert nach Versorgungsbereichen wurde aus allen Adressaten eine Zufallsstichprobe gezogen, für welche die Nutzung der Internetseite und der angebotenen Materialien per Onlinebefragung evaluiert wurde. Die Hälfte dieser Stichprobe erhielt zusätzlich zur elektronischen Information ein Angebot zu einer telefonischen Unterstützung.

In den ersten sechs Monaten verzeichnete die Internetseite über 30.000 Besucher. Weiterhin wurden 999 Exemplare der „Short CIUS“, so wie 893 Exemplare der „Checkliste internetbezogene Störungen“ und 576 des Manuals zur Kurzintervention postalisch bestellt. Die Verbreitung mit unterstützendem Telefonkontakt stellte sich insgesamt als erfolgreicher heraus. Während des Telefonkontakts wurde wiederholt geschildert, die E-Mail habe die Adressaten nicht erreicht oder sei nicht zur Kenntnis genommen worden. Dieser Trend setzte sich bei der Teilnahme zur Evaluation fort.

Im Rahmen der Evaluation zeigte sich, dass 98,6 Prozent die Internetseite weiterempfehlen würden. Die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer empfand die Internetseite als überaus hilfreich, im Durchschnitt wurden 7,5 Punkte auf einer Skala von 1 („Gar nicht hilfreich“) bis 10 („Sehr hilfreich“) vergeben. Als ähnlich hilfreich wurde ebenfalls die telefonische Unterstützung bewertet (M = 7,8).

www.dia-net.com

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

iPIN: intervenieren bei Problematischer Internetnutzung – Präventive Maßnahmen bei Risikogruppen

Internetbezogene Störungen haben eine Vielzahl von negativen Konsequenzen zur Folge, insbesondere Leistungseinbußen in der Schule, Rückzug aus sozialen Zusammenhängen, somatische Folgen und Vernachlässigung von Pflichten. Insbesondere junge Erwachsene sind eine vulnerable Gruppe hinsichtlich der Entwicklung eines problematischen Internetnutzungsverhaltens. Vor diesem Hintergrund wird derzeit eine Studie der Suchtforschungsgruppe S:TEP an der Universität Lübeck an beruflichen Schulen in Schleswig-Holstein und Hamburg durchgeführt. Ziel der Studie ist es, junge Erwachsene durch präventive Kurzinterventionen zu einer Änderung ihrer problematischen Internetnutzung zu bewegen und damit potenzielle negative Folgeerscheinungen abzuwenden.

Hierfür werden Schüler proaktiv und systematisch im Klassenverband mit der Compulsive Internet Use Scale (CIUS) gescreent. Bei einem Testwert von mindestens 21 Punkten wird bei Einverständnis zur Studienteilnahme mit den Schülerinnen eine telefonische Diagnostik durchgeführt. Bei Vorliegen von mindestens zwei Kriterien für internetbezogene Störungen werden die Teilnehmenden randomisiert einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Die Interventionsgruppe erhält drei telefonische Beratungen auf Basis der Motivierenden Gesprächsführung, die Kontrollgruppe eine Broschüre. Nach sechs und 12 Monaten wird jeweils ein telefonisches Follow-Up durchgeführt.

Es wird erwartet, dass die Wirksamkeit der Kurzintervention anhand der Outcome-Maße Reduktion von Kriterien, Internetnutzungszeit und Beeinträchtigungsmaßen nachgewiesen werden kann. Die Studie hat eine Laufzeit von 30 Monaten. Ergebnisse sind im Frühjahr 2020 zu erwarten.

www.psychiatry.uni-luebeck.de/Forschung/AG+Sucht+I_+Substanzbezogene+und+verwandte+StProzentC3%B6rungen-p-502.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Expertenworkshop internetbezogene Störungen (EXIST)

Eine Expertengruppe der WHO hat internetbezogenen Störungen eine hohe Public Health Relevanz zugeschrieben. Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) wurde die Internet Gaming Disorder als Forschungsdiagnose aufgenommen, jedoch werden andere Aktivitäten im Internet wie die Nutzung Sozialer Netzwerke, pathologisches Kaufen und Nutzung von Online-Pornographie bislang nicht berücksichtigt, da die Forschungslage zu diesen Bereichen bislang noch nicht ausreichend ist. Auch in der 11. Revision der International Classification of Disorders (ICD-11) soll Gaming Disorder als Diagnose aufgenommen werden.

Die Suchtkrankenversorgung hat sich den Herausforderungen der noch jungen Störung angenommen, das Versorgungsangebot hat sich – insbesondere für die Gaming Disorder – seit 2008 etwa vervierfacht. Anders als bei anderen Suchterkrankungen kann bei internetbezogenen Störungen jedoch nicht auf Therapiestandards oder Leitlinien zur Behandlung zurückgegriffen werden. Um langfristig eine leitlinienorientierte und standardisierte Behandlung zu erreichen, ist es nötig, Forschungsstand und Forschungslücken auf Basis internationaler Evidenz zusammenzufassen.

Dementsprechend wurde im Januar 2018 eine zweitägige Expertentagung in Berlin zu internetbezogenen Störungen veranstaltet. Im Vorfeld wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um den Teilnehmenden den aktuellen Forschungsstand zur Verfügung zu stellen. An der Tagung waren 37 Experten und Expertinnen aus Forschung und Versorgung, Fachverbänden und -gesellschaften beteiligt. Anhand von Kurzreferaten zu relevanten Themenbereichen wie Diagnostik, Epidemiologie, Behandlung und Beratung wurde der internationale State-of-the-Art und die Möglichkeit der Leitlinienentwicklung diskutiert. Insgesamt wurde die Entwicklung einer Leitlinie begrüßt, welche nun angestrebt werden soll. In Planung ist die Entwicklung von verschiedenen Arbeitsgruppen unter Einbeziehung weiterer relevanter Fachgruppen und -gesellschaften.

www.psychiatry.uni-luebeck.de/Forschung/AG+Sucht+I_+Substanzbezogene+und+verwandte+St%C3%B6rungen-p-502.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

IBSFEMME : Projekt zur Untersuchung der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten bei internetbezogenen Störungen

Neuere epidemiologische Studien zur Prävalenz internetbezogener Störungen deuten darauf hin, dass Frauen und Männer etwa gleich häufig betroffen sind. Hingegen zeigt sich im spezifischen Versorgungssystem, dass Frauen mit internetbezogenen Störungen deutlich seltener als Männer unter den Inanspruchnehmenden zu finden sind. Zu den Ursachen dieser Diskrepanz liegen bislang zwar Spekulationen, jedoch keine empirischen Daten vor. An dieser Stelle setzt das Projekt IBSFEMME an, welches unter der Leitung der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz und in Kooperation mit dem Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), dem Center for Behavioral Addiction Research der Universität Duisburg/Essen, dem Fachverband Medienabhängigkeit, den MEDIAN-Kliniken Daun sowie den MediClin Kliniken Bad Wildungen durchgeführt wird.

Um die drei Haupthypothesen (fehlende Wahrnehmung durch Dritte, aufsuchen anderer Versorgungsbereiche und Methodenartefakt) zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Diskrepanz zu klären, sieht das Projekt einen gemischten Mehrebenenansatz unter Verwendung eines „fluiden Forschungsdesigns“ vor.

Um eine erste orientierende Prüfung der Hypothesen zu ermöglichen und weitere Arbeitshypothesen abzuleiten, wird auf Ebene 1 eine umfassende Sekundärdatenanalyse an unterschiedlichen Stichproben (epidemiologische und klinische) durchgeführt. Hierzu werden quantitative und qualitative Daten einer gepoolten Probandenanzahl von ca. 20.000 Personen ausgewertet. Daran anschließend und aufbauend erfolgt mit den Ebenen 2 und 3 die Erhebung von Originaldaten. An verschiedenen Stellen des Versorgungssystems (Kliniken, Ambulanzen, psychosoziale Beratungsstellen, psychotherapeutische Praxen) werden konsekutive Stichproben von männlichen und weiblichen Inanspruchnehmenden rekrutiert und mittels spezifischer Fragestellungen standardisierte Daten erhoben. Ergänzend schließen sich neuropsychologische Tests und qualitative Tiefeninterviews an einer gesonderten Stichprobe von Intensivnutzerinnen an.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.“

Der Medienratgeber für Familien informiert Eltern und Erziehende über aktuelle Entwicklungen der Medienwelt, über Möglichkeiten zur Information, Interaktion und Unterhaltung, aber auch über Risiken einschließlich exzessiver Mediennutzung. Zugleich bietet SCHAU HIN! Eltern und Erziehenden Orientierung in der digitalen Medienwelt und gibt konkrete, alltagstaugliche Tipps, wie sie den Medienkonsum ihrer Kinder kompetent begleiten können. „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.“ ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der beiden öffentlich-rechtlichen Sender Das Erste und ZDF sowie der Programmzeitschrift TV SPIELFILM, die 2003 ins Leben gerufen wurde.

SCHAU HIN! kooperiert mit mehr als 60 Initiativen und Organisationen aus den Bereichen Pädagogik, Wohlfahrt und Prävention. Dazu gehören unter anderem auch Krankenkassen und der Berufsverband der Kinder und Jugendärzte (BVKJ). Zudem fungieren verschiedene Prominente als Botschafterinnen und Botschafter. Auf der Website können aktuelle News sowie konkrete Hinweise zu den Medienbereichen TV & Film, Internet, soziale Netzwerke, Games und mobile Geräte abgerufen werden. Hier können Eltern Fragen an Mediencoaches stellen und finden darüber hinaus Beratungsstellen in ihrer Nähe. Interaktive Instrumente wie das Medienquiz, ein Onlinetest für Eltern und eine App mit Tipps ergänzen das Angebot. Zudem können Interessierte Broschüren und Flyer herunterladen oder online bestellen. Durch aktive Medienarbeit, zugkräftige Kooperationen und engagierte Partner konnte SCHAU HIN! tausenden Eltern Tipps vermitteln, wie ihre Kinder gut mit Medien aufwachsen, und das Thema im öffentlichen Diskurs stärken. Dafür wurde SCHAU HIN! mit dem Internationalen Deutschen PR-Preis 2014 prämiert und ist zudem „Ausgezeichneter Ort im Land der Ideen“ 2015 unter dem Motto „Stadt, Land, Netz! Innovationen für eine digitale Welt“.

www.schau-hin.info

Gefördert durch: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

„Gutes Aufwachsen mit Medien“

Die Initiative ist als offenes Aktionsbündnis für länderspezifische, regionale oder anderweitig organisierte Ansätze angelegt. Gemeinsam sollen die Rahmenbedingungen für ein „Gutes Aufwachsen mit Medien“ in Deutschland weiterentwickelt werden. Dazu werden unter anderem Angebote zur Medienkompetenzstärkung für alle Bevölkerungsgruppen entwickelt, der bestehende Kenntnisstand durch praxisorientierte Forschung erweitert, Familien zu Themen der Medienerziehung beraten, eine Landschaft mit guten und sicheren Kindermedien geboten und mediale Beteiligungsmöglichkeiten für junge Menschen und pädagogische Fachkräfte geschaffen. Die Initiative möchte Eltern und pädagogischen Fachkräften helfen, ihre Erziehungsverantwortung auch im digitalen Zeitalter wahrzunehmen. Im Informationsbereich finden sich auch Materialien, die sich aus verschiedenen Perspektiven mit Mediensucht befassen.

www.gutes-aufwachsen-mit-medien.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

„Ins Netz gehen“

Die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Prävention von exzessiver Computerspiel- und Internetnutzung bietet seit 2011 Informationen für Jugendliche und deren 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 hält die Kampagne eine Multiplikatorenseite bereit, auf der Eltern, Lehrerinnen und Erzieher wissenschaftlich gesicherte Antworten und pädagogisch bewährte Tipps erhalten. Darüber hinaus können konkrete Anliegen und Fragen zum Medienkonsum bei Jugendlichen per E-Mail-Beratung geklärt werden.

Seit September 2014 wird das bundesweite Peer-Projekt „Net-Piloten“ in Schulen umgesetzt. In Zusammenarbeit mit Fachstellen für Suchtprävention und Schulen erhielten seitdem ca. 20.000 Jugendliche und ihre Eltern eine Anleitung zum verantwortungsvollen Umgang mit Medien. Seit Mai 2017 befindet sich das Projekt in der Phase der Verstetigung und wird über „Train-the-trainer-Schulungen“ bundesweit implementiert.

www.ins-netz-gehen.de
www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

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 sowie Pädagoginnen 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 Vermitteln eines verantwortungsvollen Umgangs mit Medien sowie die Problematik des „exzessiven Spielens“ sind dabei wichtiger Bestandteil in zahlreichen Projekten.

Ziel der Plattform ist es, für 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.

www.digitale-spielewelten.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Pathologisches Glücksspiel

Früherkennung von Problemspielern an Geldspielautomaten: Praxistest zur Validierung eines Screening-Instruments

Pathologisches Glücksspiel hat gravierende Folgen für die Betroffenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft. Besonders risikobehaftet ist das Automatenspiel durch eine hohe Ereignisfrequenz und Verfügbarkeit (Meyer & Bachmann, 2017). 72,2 Prozent der Spielerinnen und Spieler, die 2015 in ambulanten Suchtberatungsstellen betreut wurden, spielten an Geldspielautomaten. Insgesamt sind 267.000 Automaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben aufgestellt (Meyer, 2017). Im Rahmen des Spielerschutzes sind die Betreiber verpflichtet, bei problematischem Spielverhalten ihrer Gäste einzugreifen. Das von Hayer et al. (2013) entwickelte Screening-Instrument zur Früherkennung von Problemspielerinnen und -spielern in Spielhallen stellt dazu 18 beobachtbare Kriterien zur Verfügung.

Die Studie, finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Land Bremen, prüft die Validität und Handhabbarkeit des Screening-Instrumentes. Dazu werden im Kern die Selbstberichtsdaten von Gästen in Spielstätten mit den Beobachtungsdaten des Personals abgeglichen. Zusätzlich werden Merkmale der teilnehmenden Gäste, des Personals und der Spielstätten erhoben. Anhand der Daten sollen der Cut-Off-Wert für problematisches Spielverhalten und die damit verbundene Sensitivität und Spezifität des Instrumentes geprüft werden. Zugleich gilt es, die Handhabbarkeit des Screening-Instruments in der Praxis zu testen.

Zunächst wurden dem teilnehmenden Spielstättenpersonal in Schulungen Ziel und Ablauf der Studie vermittelt. Im Anschluss hat das Personal das Screening-Instrument in vierstündigen Erhebungsterminen eingesetzt, während die Gäste von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Studie befragt wurden. In der Datenanalyse werden Beobachtungs- und Befragungsdaten miteinander abgeglichen, Einflussvariablen überprüft und das Feedback des Spielstättenpersonals ausgewertet. Der Projektbericht und eine entsprechende Publikation der Ergebnisse sind für den Herbst 2018 geplant.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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 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, durch das seit 2007 ca. 1.700 Personen erreicht wurden. Rund 195.000 Personen haben in diesem Zeitraum am Selbsttest 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 und Nutzerinnen 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.

Zudem verlinkt der Internetauftritt auf eine türkischsprachige Online- und Telefonberatung. Schriftliche Informationsmaterialien werden an die Zielgruppen der von Glücksspielsucht betroffenen Jugendlichen, Erwachsene und Angehörige abgegeben.

www.check-dein-spiel.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

4.1.2. Suchtstoff- bzw. suchtformübergreifende Projekte

Suchterkrankungen: Früherkennung und Intervention über die Lebensspanne

Süchte zählen zu den häufigsten Erkrankungen und ihre negativen Folgen für die Gesellschaft sind immens. Betroffene leiden häufig an mehr als einer Suchterkrankung wie beispielsweise an Alkohol- und Nikotinabhängigkeit oder haben zusätzlich mit Ängsten und Depressionen zu kämpfen. Die verfügbaren Behandlungen sind jedoch oft nur auf eine Suchtstörung zugeschnitten und berücksichtigen parallele Erkrankungen nicht immer ausreichend. Ein weiteres Problem ist, dass eine Behandlung meist erst spät einsetzt oder die betroffenen Menschen gar nicht erreicht.

Der Verbund AERIAL (Addiction: Early Recognition and Intervention Across the Lifespan) erforscht aus diesem Grund neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei Suchterkrankungen, insbesondere für Menschen mit Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Um einer betroffenen Person optimal helfen zu können, werden die biologischen Mechanismen von Süchten untersucht, soziale Stressfaktoren wie Einsamkeit oder Diskriminierung erfasst sowie der Einfluss von Begleiterkrankungen beachtet. Darüber hinaus untersuchen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, wie Betroffene leichter in Kontakt mit Hilfsangeboten kommen. Hierzu entwickeln sie neue Instrumente, wie beispielsweise webbasierte Angebote durch Computer und Smartphones. Auch untersuchen sie, wie ein Hilfsangebot aussehen muss, damit es spezielle Zielgruppen erreicht – etwa junge Erwachsene mit riskantem Trinkverhalten oder ältere Menschen. Die Expertinnen und Experten analysieren hierfür umfangreiche Längsschnittstudien und arbeiten mit psychiatrischen Kliniken, Krankenhäusern und Hausarztpraxen zusammen.

Der Verbund wird als Teil der Fördermaßnahme „Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können sich verbesserte Versorgungs- und Behandlungsempfehlungen ergeben. Die Expertinnen und Experten von AERIAL arbeiten hierzu übergreifend an neun Standorten in Deutschland: Berlin, Dresden, Mannheim, Hamburg, Tübingen, Greifswald, Hannover, Lübeck und Potsdam.

https://aerial.charite.de

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/AERIAL-Addiction-Early-Recognition-Intervention-Across-Lifespan.php

Gefördert durch: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung der Suchtgefahr im Kindes- und Jugendalter

Suchtstörungen bei Erwachsenen beginnen oft schon im Jugendalter und stellen ein erhebliches Risiko für die Entwicklung dar. Darum ist es notwendig, einer Entstehung von Sucht möglichst früh vorzubeugen. Verfügbare Präventionsprogramme oder Behandlungsverfahren sind jedoch oftmals nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Heranwachsenden zugeschnitten und daher häufig wenig wirksam.

Ziel des Verbundvorhabens IMAC-MIND (Improving Mental Health and Reducing Addiction in Childhood and Adolescence through Mindfulness: Mechanisms, Prevention and Treatment) ist es, ein maßgeschneidertes Programm zur Vorbeugung von Suchterkrankungen für Kinder und Jugendliche zu entwickeln. Hierzu werden zunächst die Risikofaktoren für Süchte bei Heranwachsenden identifiziert und bestehende diagnostische Verfahren auf diese Altersgruppe angepasst. Anschließend wird die Wirksamkeit der Prävention in verschiedenen Entwicklungsstadien sowie in bestimmten Risikogruppen untersucht. Ein weiterer Fokus des Vorhabens liegt darauf, bereits vor der Geburt günstige Entwicklungsbedingungen für ein Kind zu schaffen: Hierzu wird für schwangere Frauen eine Smartphone-App mit einem psychotherapeutischen Programm entwickelt und erprobt. Das Ziel ist es, Stress, Alkoholkonsum und das Rauchen von Zigaretten während der Schwangerschaft zu verringern.

Der Verbund wird als Teil der Fördermaßnahme „Forschungsverbünde zur Kinder- und Jugendgesundheit“ im Rahmen der Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können sich konkrete Diagnose- und Behandlungsempfehlungen ergeben. Die Expertinnen und Experten von IMAC-MIND arbeiten hierzu übergreifend an fünf Standorten in Deutschland: Hamburg, Köln, Hamm, Mannheim und Rostock.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/imac-mind-verbesserung-der-psychischen-gesundheit-und-verringerung-der-suchtgefahr-im-7498.php

Gefördert durch: Bundesministerium für Bildung und Forschung

JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Die JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ sind Teil der BZgA-Jugendkampagnen „rauchfrei“, „Alkohol? Kenn dein Limit“ und „Null Alkohol – Voll Power“ und waren im Jahr 2017 an 14 Orten in Deutschland präsent. Das praxiserprobte, interaktive Präventionsangebot wird in Kooperation mit örtlichen Akteuren der Suchtprävention durchgeführt. Filmvorführungen in großen Kinokomplexen und Mitmach-Aktionen in den Kinofoyers, also in attraktiven außerschulischen Lernorten, motivieren Schüler und Schülerinnen aller Schulformen im Alter von 12 bis 19 Jahren, ihre Einstellung zu den Substanzen Nikotin und Alkohol kritisch zu reflektieren. Ein Informationsangebot für Lehrkräfte unterstützt die nachhaltige Behandlung der Themen in der Schule. Insgesamt wurden im Jahr 2017 mehr als 8.200 Jugendliche und 600 Lehrkräfte mit den „JugendFilmTagen“ erreicht.

www.rauch-frei.info/aktiv-dabei/jugendfilmtage.html

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Veranstaltung der JugendFilmTage in Berlin am 27. Februar 2018 mit Marlene Mortler (Drogenbeauftragte), Dr. Heidrun Thaiss (Leiterin der BZgA), Boris Velter (Staatssekretär für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin) und Jugendlichen © BZgA/André Wagenzik

„KlarSicht“-Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol

Der „KlarSicht“-Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol 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 31 Einsätzen in Schulen bundesweit konnte der „KlarSicht“-Mitmach-Parcours im Jahr 2017 über 9.000 Schülerinnen und Schüler sowie 200 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreichen.

www.klarsicht.bzga.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Klasse2000

Klasse2000 ist ein bundesweit verbreitetes Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in Grundschulen. Es begleitet Kinder von der 1. bis zur 4. Klasse und fördert wichtige Gesundheits- und Lebenskompetenzen. Zu den Themen gehören Ernährung, Bewegung, Entspannung, Problem- und Konfliktlösung, Informationen zu Rauchen und Alkohol sowie Standfestigkeitstraining. Das Programm umfasst ca. 15 Stunden im Schuljahr. Bis zu drei Stunden gestalten geschulte Klasse2000-Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer, die anderen Stunden die Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer. Die Lehrkräfte erhalten vielfältige Materialien: Schülerhefte, Poster, CDs und Spiele. Für die Eltern gibt es regelmäßige Briefe und Zeitungen sowie das Angebot einer Informationsveranstaltung.

Klasse2000 wurde bereits mehrfach evaluiert. Positive Wirkungen haben sich vor allem in den Bereichen Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Rauchen und Alkoholkonsum gezeigt.

Seit 2015 fördert die BZgA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Klasse2000. Dadurch konnte bisher rund 1.700 zusätzlichen Klassen die Teilnahme ermöglicht werden. Die Reichweite von Klasse2000 hat sich damit bundesweit auf jährlich über 20.000 Klassen mit mehr als 450.000 Kindern aus rund 3.700 Schulen erhöht.

Außerdem wurde das kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN) mit einer neuen Studie zur Wirksamkeit von Klasse2000 beauftragt. Untersucht werden u. a. Lebensqualität, Selbstwert, Verhaltensstärken und -auffälligkeiten, Klassenklima, Opfer- und Täterschaft von Bullying, Freizeitverhalten, Alkoholkonsum und Rauchen. Neben einer Studie in 4. Klassen wurde der Erfolg von Klasse2000 in der niedersachsenweiten Schülerbefragung 2017 (neunte Klasse) evaluiert. Die Ergebnisse werden 2019 erwartet.

www.klasse2000.de

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 vier bis zwölf 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 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die im Sportverein mit Kindern arbeiten.

Im Jahr 2017 war die Initiative „Kinder stark machen“ auf bundesweit 23 Sport- und Familienveranstaltungen mit insgesamt mehr als einer halben Million Besucherinnen und Besuchern präsent.

Ein Highlight war die Beteiligung am Internationalen Deutschen Turnfest im Juni in Berlin. Ein Schwerpunkt liegt auf der Kooperation mit den Breitensportverbänden Deutscher Olympischer Sportbund, Deutsche Sportjugend, Deutscher Fußball-Bund, Deutscher Handballbund, Deutscher Turner-Bund, Deutsche Turnerjugend und DJK-Sportverband. Bei der Kooperation mit den Sportverbänden setzt die BZgA auf die Praxistauglichkeit der Angebote und die Nähe zu den meist ehrenamtlich tätigen Trainerinnen und Trainern. Auch im Jahr 2017 wurden auf Nachfrage der Sportvereine knapp 3.000 „Kinder stark machen“-Aktionsboxen deutschlandweit versendet. Die Aktionsboxen sind für die Vereine kostenfrei und enthalten Informationsbroschüren zu „Kinder stark machen“ sowie Banner, T-Shirts und diverse Streuartikel. Die Materialien können Vereinsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter auf ihren lokalen Veranstaltungen wie Sportfesten oder Turnieren einsetzen. Mit speziellen Qualifizierungsmaßnahmen von „Kinder stark machen“ konnten im Jahr 2017 außerdem 2.622 Trainerinnen und Trainer persönlich erreicht werden.

www.kinder-stark-machen.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bundesmodellprojekt: QuaSiE – Qualifizierte Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe

Hintergrund und Anstoß für das im April 2016 gestartete Projekt waren die Ergebnisse der Studie „Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe“ der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) aus dem Jahr 2013.

Das Ziel von „QuaSiE“ ist die Professionalisierung des Umgangs mit konsumbezogenen Auffälligkeiten in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe und die Erarbeitung einer praxisnahen Arbeitshilfe für und mit diesen Einrichtungen. Bundesweit werden sechs Einrichtungen der stationären Jugendhilfe bei der Entwicklung zielorientierter Routinen unterstützt. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von FOGS. Das Projekt umfasst folgende Bausteine:

- Konzeptionelle Verankerung und Berücksichtigung des Themas „Substanzkonsum und suchtbezogene Problemlagen“ in den beteiligten Einrichtungen
- Erhöhung der Handlungssicherheit der Jugendhilfe-Fachkräfte in Bezug auf Substanzkonsum, Suchtgefährdung und -entwicklung durch Schulung und Qualifizierung
- Aufbau und Stabilisierung der Kooperation mit dem regionalen Suchthilfesystem und angrenzenden Arbeitsfeldern sowie der internen Vernetzung der Träger
- Feststellung des Ist-Zustands, Bedarfsanalyse, Prozessdokumentation, Erhebung des Endresultats und Identifizierung förderlicher sowie hinderlicher Faktoren für die Zielerreichung durch die wissenschaftliche Begleitung

Die sechs ausgewählten Träger werden durch die LWL-Koordinationsstelle Sucht dabei unterstützt, auf institutioneller und personeller Ebene verhältnispräventive Strukturen zu schaffen, die die Voraussetzung dafür bilden, dass Fachkräfte Substanzkonsum und suchtbezogene Probleme frühzeitig erkennen und qualifiziert darauf reagieren können. Um das Thema ‚Suchtprävention‘ konzeptionell zu verankern, wird gemeinsam mit den beteiligten Trägern eine „Arbeitshilfe Suchtprävention“ erarbeitet, die zum Projektende veröffentlicht wird.

www.lwl-ks.de/de/quasie

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Suchtprävention in der Ausbildung

Ziel des Projekts ist die Untersuchung von Verbreitung, Inanspruchnahme und Einfluss von Suchtpräventionsmaßnahmen in berufsbildenden Schulen. Das Vorhaben knüpft an eine längsschnittliche Beobachtungsstudie mit 4.109 Auszubildenden an, die das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in den Jahren 2012 bis 2014 durchgeführt hat. Insgesamt konnten in sieben Bundesländern 343 berufliche Schulen rekrutiert werden, darunter auch alle 43 Ausbildungseinrichtungen der Ursprungsstudie. Aus den Ergebnissen soll abgeleitet werden, welche Suchtpräventionsmaßnahmen an deutschen Ausbildungseinrichtungen angeboten werden, wie hoch die Erreichungsquote ist und ob die bisher angebotenen Maßnahmen wirksam sind. Es zeigte sich, dass etwa 80 Prozent der teilnehmenden Schulen bis zum Ausbildungsjahr 2017/18 mindestens eine suchtpräventive Maßnahme angeboten haben. Am häufigsten wurden Maßnahmen zum Themenbereich Alkohol (89,5 Prozent) durchgeführt, darauf folgten Angebote zu Cannabis (84,1 Prozent), Tabak (70,0 Prozent) sowie Online-Gaming/Internetnutzung (46,2 Prozent) und Glücksspiel (31,1 Prozent). Die Anzahl angebotener Maßnahmen stand in einem positiven Zusammenhang mit dem Vorhandensein einer Ansprechperson zum Thema Suchtprävention. Hinweise auf die Wirksamkeit der Präventionsangebote wurden abgeleitet, indem die Inanspruchnahme mit dem von den Auszubildenden berichteten Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen Drogen in Verbindung gebracht wurde. Es ergaben sich Hinweise, dass die Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme in der Berufsschule in Bezug auf Tabak und Cannabis zu einer bedeutsamen Konsumreduktion führen kann. Keine Effekte ließen sich für den Alkoholkonsum aufzeigen.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

DIOS: Dissemination und Implementierung von (Online-)Präventionsmaßnahmen für missbräuchlichen Substanzkonsum bei Studierenden

Niedrigschwellige webbasierte Interventionen zur Prävention riskanten Substanzkonsums scheinen geeignet, um ein breites Spektrum an Studierenden zu erreichen. Aber wie können wissenschaftlich evaluierte webbasierte Programme nachhaltig an Hochschulen implementiert werden? Dieser Frage widmete sich das DIOS Projekt. Es bündelte 2016-2017 in einer Toolbox drei unterschiedliche Präventionsansätze, die im Rahmen der BMG Förderlinie „Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden“ entwickelt wurden. Ziel war es zunächst die Umsetzungsbereitschaft an deutschen Hochschulen zu ermitteln, um eine passgenaue Implementierung von webbasierten Interventionen zu erreichen. Erstmalig konnte ein hochschulspezifischer Aktionsplan anhand der folgenden fünf Dimensionen erstellt werden:

- → Studierendenwissen zu Präventionsangeboten
- → Problembewusstsein zum Substanzkonsum
- → Unterstützung existierender Maßnahmen durch Schlüsselpersonen und Studierende
- → Studierendenwissen über Risiken des Substanzkonsums
- → Vorhandene Ressourcen an der Hochschule

Um die Implementierungsbereitschaft auf einer Skala von 1 (kein Problembewusstsein) bis 9 (Professionalisierung der Programmimplementierung) zu ermitteln, wurden jeweils vier Schlüsselpersonen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung von Studierenden (u. a. Hochschulverwaltung, Studierendenwerke, Studierende selbst und Hochschulsport) an zehn Hochschulen zu den oben genannten Dimensionen befragt. Die Ergebnisse wurden in einem schriftlichen Feedback ausgearbeitet und in ein flexibles Beratungs- und Schulungskonzept integriert.

Insgesamt lag die Implementierungsbereitschaft in Bezug auf Programme zur Prävention von riskantem Substanzkonsum für Studierende an deutschen Hochschulen überwiegend bei Stufe 2 (Problemverleugnung) und Stufe 4 (Vorbereitungsphase).

Die Erfassung von Implementierungsbereitschaft eignet sich, um unterschiedliche Bereitschaftsstufen abzubilden und darauf basierend eine hochschulspezifische Implementierungsstrategie abzuleiten.

Dies bestätigt auch eine begleitende Prozessevaluation, wonach die meisten der beteiligten Praxisfachkräfte den hochschulspezifischen Aktionsplan zur passgenauen Implementation als hilfreich erachteten.

Das Projekt wurde vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie Bremen (BIPS), der Hochschule Esslingen und der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung Berlin durchgeführt.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

KidKit networks

KidKit ist ein seit 2003 bestehendes internetbasiertes Informations-, Beratungs- und Hilfsangebot für Kinder und Jugendliche, die in Familien mit Suchterkrankungen (einschließlich Glücksspielsucht), häuslicher Gewalt oder psychischen Erkrankungen aufwachsen. Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt der Drogenhilfe Köln e. V. und KOALA e. V.

KidKit liefert betroffenen Kindern und Jugendlichen zwischen zehn und 18 Jahren altersgerechte, fundierte und ausführliche Informationen und bietet ihnen vor allem die Möglichkeit der Kontaktaufnahme und Beratung an.

KidKit networks baut ein verbindliches Netzwerk von Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche auf, die in Familien mit Suchterkrankungen aufwachsen (in Nordrhein-Westfalen auch für Kinder und Jugendliche, die in Familien mit psychisch kranken Eltern oder häuslicher Gewalt aufwachsen). Dadurch soll der Zugang zur „Hilfe vor Ort“ sowohl für betroffene Kinder und Jugendliche als auch für Fachkräfte deutlich leichter werden. Dazu wurde auf der Webseite von KidKit unter „Hilfe vor Ort“ ein Portal eingerichtet, auf dem alle Beratungs-, Therapie- und Gruppenangebote, die für betroffene Kinder und Jugendliche bundesweit zur Verfügung stehen, dokumentiert und veröffentlicht werden. Diese einschlägigen Hilfsangebote wurden in Form einer digitalen Landkarte anschaulich dargestellt, sodass Zugänge schnell und übersichtlich wahrgenommen werden können. Nicht in jeder Kommune gibt es für die besonderen Problemlagen individuell geeignete Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten. In einem bundesweiten Adresssystem kann gezielt nach dem nächst gelegenem passgenauen Angebot gesucht werden.

Das neue Portal erweitert das Projekt KidKit als hilfesystemübergreifende Koordinations- und Anlaufstelle für betroffene Kinder und Jugendliche. Zum einen können die Kinder und Jugendlichen eigenständig nach spezifischen Hilfsangeboten vor Ort suchen. Alternativ können sie sich aber auch direkt online an das KidKit-Beraterteam wenden, um sich gezielt entsprechend der jeweiligen Bedürfnislage helfen oder weitervermitteln zu lassen.

Mit Hinblick auf die Zielgruppe von KidKit.de, bei der neben Kindern und Jugendlichen suchtkranker Eltern auch Kinder und Jugendliche angesprochen werden, die in Familien mit psychisch kranken Eltern oder häuslicher Gewalt aufwachsen, sollte der Ausbau noch fehlender Angebote bundesweit angestrebt werden, um eine bedarfsgerechte Vermittlung und Hilfe für alle gewährleisten zu können.

www.kidkit.de

Der Videoclip „Du bist nicht allein!“ für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien wurde auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten im Juni 2017 in Berlin erstmalig präsentiert.

Video: www.youtube.com/watch?time_continue=5&v=rk7ikN6YrDs

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Kinder aus suchtbelasteten Familien: Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe

Ziel des vom Universitätsklinikum Ulm in Kooperation mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg durchgeführten Projekts war die Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für die Einschätzung von elterlichen Erziehungskompetenzen sowie von Belastungen bzw. möglichen (Entwicklungs-)Gefährdungen von Kindern aus suchtbelasteten Familien. Inhalte des Blended-Learning-Kurses sind beispielsweise die Entwicklungsrisiken von Kindern suchtkranker Eltern, die Risikoeinschätzung bei Kindern suchtkranker Eltern, die Beratung und Vermittlung in adäquate Hilfen, Trauma und Traumafolgen sowie rechtliche Grundlagen. Geeignete Texte und Fallbeispiele zur selbstständigen Bearbeitung wurden der Internet-Plattform des E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ (https://fruehehilfen-bw.de) entnommen und den Teilnehmenden des Kurses auf einer separaten Internet-Plattform zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden zwei Schulungstage als Präsenztage mit Präsentationen, Fallbeispielen und Gruppenübungen neu konzipiert. In die Entwicklung des Kurses wurden Anregungen und Rückmeldungen aus der Zielgruppe, bestehend aus Fachkräften aus der Suchthilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe, einbezogen.

Eine begleitende unabhängige (quantitative und qualitative) Evaluation des Kurses zeigte, dass die Teilnehmenden mit den Inhalten der Schulung und insbesondere dem Blended-Learning-Format sehr zufrieden waren. Die Möglichkeit zum Austausch zwischen den teilnehmenden Berufsgruppen wurde als besonders wertvoll hervorgehoben. Aber auch die interaktiven Lernformen in Form von Schulungsvideos, Fallbeispielen und Kleingruppenarbeit wurden als gewinnbringend und unterstützend erlebt. Unmittelbar nach dem Ende des Kurses fand bereits eine Sensibilisierung und Auseinandersetzung mit dem Thema im Team statt, was zu einer Förderung von Vernetzungsmöglichkeiten sowie einer Anpassung von Abläufen führte. Schließlich wurde im Rahmen der Interviews in beiden Berufsgruppen der Wunsch nach einer Erweiterung des Auftrags und einer intensiveren Kooperation und Vernetzung zwischen den Berufsgruppen geäußert, um nicht nur im Gefährdungsfall, sondern auch präventiv tätig werden und die gesamte Familie im Rahmen eines erweiterten Behandlungs- bzw. Beratungskonzepts miteinbeziehen zu können.

www.elearning-suchtpraevention.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

AnNet – Angehörigennetzwerk Arbeitsbuch

Wie geht es Angehörigen von Menschen mit problematischem Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen in Deutschland? In welche Unterstützungsnetzwerke sind sie eingebunden und welche Themen und Probleme sind im Alltag für Angehörige wichtig? Diesen und anderen Fragen sind im Rahmen des Forschungsprojektes „AnNet-Angehörigennetzwerk“ fünf Angehörigengruppen von 2015 bis 2017 auf den Grund gegangen. Das Herzstück jeder AnNet-Gruppe bildeten die Erfahrungen, Fragen und Probleme der Gruppenteilnehmer, welche in der Zusammenarbeit der Angehörigen als „Mitforschende“ zum Forschungsgegenstand wurden.

Im gemeinsamen Arbeits- und Forschungsprozess haben Angehörige und Betroffene als Erfahrungsexpertinnen und Experten, Hochschulforscher und Hochschulforscherinnen und Praxisexpertinnen und Praxisexperten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen voneinander gelernt, gemeinsam Antworten gefunden, Strategien entwickelt und in lokalen Initiativen umgesetzt. Das AnNet-Arbeitsbuch fasst die Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen aus zwei Jahren AnNet-Projekt zusammen. Als Handlungshilfe richtet sich das AnNet-Arbeitsbuch an Angehörige, Betroffene, Entscheiderinnen und Entscheider, (angehende) Praktikerinnen und Praktiker in Wissenschaft, Gesundheits- und Sozialwesen und alle weiteren Menschen, die daran interessiert sind, die Lebens- und Unterstützungssituationen von Angehörigen und betroffenen Familien noch weiter zu verbessern.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS)

Suchterkrankungen wirken sich stark auf das soziale Umfeld der Betroffenen aus. Während Belastungen und Risikofaktoren bei Kindern aus suchtbelasteten Familien in den letzten 20 Jahren allmählich zu einem Thema von Forschung und Versorgung geworden sind, liegen bislang kaum Studien zu den Belastungen erwachsener Angehöriger von Suchtkranken aus Deutschland vor. Die Studie Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS) der Suchtforschungsgruppe S:TEP der Universität Lübeck untersuchte mittels eines Mixed-Methods-Ansatz, wie viele Menschen der erwachsenen Allgemeinbevölkerung angeben, einen suchtkranken Angehörigen zu haben und welche Belastungen und Hilfebedarfe bei Angehörigen in Abhängigkeit von der Art der Beziehung (Eltern, Partner, Kinder) und der Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Glücksspiel, Medikamente) vorliegen. Bei 100 Angehörigen, die aus dem Hilfesystem (Selbsthilfe, Beratungsstellen) sowie durch systematische Befragung in der medizinischen Basisversorgung

rekrutiert werden konnten, wurden qualitative Tiefeninterviews durchgeführt.

In einer repräsentativen Bevölkerungsstudie gaben 9,5 Prozent der Befragten an, einen Angehörigen mit bestehender Suchtmittelabhängigkeit (außer Tabak) in den vergangenen zwölf Monaten zu haben und weitere 4,4 Prozent berichteten, einen Angehörigen mit einer seit über zwölf Monaten überwundenen Suchterkrankung zu haben. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies etwa 10 Millionen Personen. Personen mit betroffenen Angehörigen wiesen gegenüber der nicht-betroffenen Allgemeinbevölkerung erhöhte Depressionswerte auf. In den mittels qualitativer Methoden ausgewerteten Tiefeninterviews bei 100 Angehörigen ergab die Analyse von Subgruppen nach Rekrutierungsweg, Beziehungsstatus und Abhängigkeitsart deutliche Hinweise auf die Heterogenität der Gesamtgruppe. Im Hilfesystem rekrutierte Angehörige waren gegenüber Angehörigen aus der medizinischen Basisversorgung signifikant häufiger Partner und Eltern und bei statistischer Kontrolle auf Beziehungsstatus signifikant belasteter. Auch ergab der Vergleich zwischen Männern und Frauen deutlich höhere Beeinträchtigungsmaße bei Frauen. Hinsichtlich der Abhängigkeitsform ergaben sich Hinweise auf eine höhere Belastung bei Angehörigen von Menschen mit multiplen Abhängigkeiten. Weiterhin zeigten sich Partner und Eltern tendenziell belasteter als Menschen mit anderen Beziehungsarten. Zentrale Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfen stellt Stigmatisierung dar, es wurden aber auch strukturelle Defizite des Behandlungssystems benannt.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Positionspapiere und Leitbilder zu Angehörigen Suchtkranker (POLAS)

Während ca. 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland angeben, einen suchtkranken Angehörigen zu haben und im Durchschnitt klinisch signifikante Beeinträchtigungen aufweisen, ist sowohl die öffentliche Wahrnehmung als auch die Versorgungslage Angehöriger im Suchthilfesystem unbefriedigend. Studienergebnisse zeigen Hinweise auf Schnittstellenprobleme im Rahmen allgemeiner psychosozialer Hilfeangebote. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass die Problemlagen Angehöriger in politischen Handlungsstrategien und Positionspapieren in den vergangenen Jahren allmählich Berücksichtigung gefunden haben.

Im Rahmen einer internationalen Zusammenarbeit des Addiction and the Family International Networks (AFINET; www.afinetwork.info) wurden entsprechende Dokumente aus Deutschland von der Suchtforschungsgruppe S:TEP der Universität Lübeck gesichtet und ausgewertet. Zusätzlich wurden die gegenwärtige Versorgungspraxis und Optimierungsbedarf aus Sicht des Hilfesystems mittels eines Online-Fragebogens erfasst.

Die Analyse der politischen Dokumente ergab, dass Auswirkungen auf das soziale Umfeld häufig benannt, aber wenig konkretisiert werden. Obgleich unmittelbare physische Auswirkungen auf Dritte von Tabak und Alkohol direkt benannt werden, finden sich kaum Hinweise auf psychosoziale Belastungen. Während Behandlungskonzepte für Kinder aus suchtbelasteten Familien benannt und vorgestellt werden, fehlen entsprechende Referenzen für die Gruppe der erwachsenen Angehörigen.

Die Befragung der Behandlerinnen und Behandler, an der innerhalb von 14 Tagen mehr als 1.400 Personen teilnahmen, ergab divergierende Behandlungsaufträge in Abhängigkeit vom jeweiligen Behandlungssetting. So benannten ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten maßgeblich die Behandlung komorbider Erkrankungen und die Verbesserung der Lebensqualität als Behandlungsziele, während die Suchthilfe Befragte aus der Suchtkrankenhilfe wiesen zusätzlich auf die Notwendigkeit einer angemessenen Refinanzierung zur Sicherung und Verbesserung von Behandlungsangeboten für Angehörige hin.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Unterstützung der suchtkranken Person und den Wunsch nach situationsspezifischen Bewältigungsfertigkeiten als primären Behandlungsauftrag der Angehörigen angaben. Als Verbesserungsmöglichkeiten wurden insbesondere Entstigmatisierung von Suchterkrankungen und Verbesserung der Vernetzung der Hilfesysteme benannt. Insbesondere Unterstützerinnen und Unterstützer aus den beteiligten Arbeitsbereichen?

"GeSA (Gewalt-Sucht-Ausweg)"- Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht

Das Projekt steht modellhaft für die Kooperation von Einrichtungen und Institutionen unterschiedlicher Hilfesysteme, die an der Begleitung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtmittelproblematik und deren Kindern beteiligt sind. Ziel des Projekts ist es, die Arbeit und die Ressourcen der in der Praxis oft getrennt voneinander agierenden Hilfesysteme besser miteinander zu verknüpfen. Die inhaltlichen Schwerpunkte betreffen die Vermittlung von Kenntnissen über die beteiligten Einrichtungen, die Sensibilisierung für die Situation Betroffener, die gegenseitige Qualifizierung von Fachkräften sowie die Entwicklung und Erprobung einzelfallbezogener Kooperationen.

Einen Höhepunkt am Ende der dreijährigen Modellphase von GeSA stellte der bundesweite Fachkongress „Wie kommt zusammen, was zusammen gehört? Innovative Schnittstellengestaltung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für gewaltbetroffene Frauen mit einer Suchtmittelproblematik" im Dezember 2017 in Warnemünde dar.

Dabei konnte die Projektträgerin Frauen helfen Frauen e. V. Rostock auf drei Jahre erfolgreicher Kooperation verschiedener beteiligter Einrichtungen und Institutionen zurückblicken. Am Anfang nicht viel mehr als eine Vision, hat diese inzwischen ganz konkrete Gestalt angenommen: Wenn Sucht und Gewalt so oft Hand in Hand gehen, warum dann nicht auch professionelle

Dabei stand das Jahr 2017 im Zeichen der Erprobung unterschiedlicher Kooperationsformen. So ging es um eine möglichst niedrigschwellige Gestaltung von Übergängen in andere Hilfesysteme durch anonyme Erstkontakte, aufsuchende Beratungen oder Begleitungen zum Erstgespräch. Als besonders erfolgreich erwies sich aber auch das gegenseitige Coaching oder die Begleitung von Klientinnen in einem Tandem von Beraterinnen und Beratern aus beiden Arbeitsfeldern. Einen zweiten Schwerpunkt stellte daneben die Vertiefung des Wissens zu spezifischen Themenbereichen dar, die die Teilnehmenden in besonderer Weise beschäftigten, wie z. B. die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung im Kontext von Sucht und Gewalt oder Auswirkungen von Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen auf den Beratungsprozess und die Arbeitsbeziehung zu Betroffenen.

Ein Praxishandbuch, das sich zum Download auf der Homepage befindet, fasst die Erfahrungen zusammen, weist aber ebenso auf die Grenzen des Projekts und Lücken in der Versorgung hin, die auch die beste Kooperation nicht schließen kann.

Dennoch hat sich gezeigt, dass die Verknüpfung vorhandener Ressourcen beteiligter Hilfesysteme zu einer Verbesserung der Versorgung betroffener Frauen ebenso wie zu einer Entlastung professioneller Unterstützerinnen und Unterstützer beitragen kann. In der Verlängerung der Modellphase bis Ende 2018 werden andere Regionen bundesweit beim Aufbau ähnlicher Kooperationsstrukturen unterstützt.

www.fhf-rostock.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

SuizidUndSucht.net: Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Fortbildungs- und Vernetzungsmaßnahmen zur Suizidprävention für Fachkräfte der Suchthilfe

Das Modellprojekt und Forschungsvorhaben zielt darauf ab, die Suizidprävention für Menschen mit Suchterkrankungen bundesweit effektiv und nachhaltig zu stärken. Fachkräfte aus unterschiedlichen Settings des Suchthilfesystems, denen für die Suizidprävention bei Suchtkranken eine besondere Rolle zukommt, sollen für die Thematik sensibilisiert, bedarfsgerecht und berufsgruppenübergreifend fortgebildet sowie langfristig miteinander vernetzt werden. Die Leitung des Gesamtprojektes liegt beim Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg. Kooperationspartner sind die LVR-Klinik Köln (Abteilung Abhängigkeitserkrankungen und Allgemeinpsychiatrie), das Learning Lab der Universität Duisburg-Essen (UDE) sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS).

Die Maßnahme wird als onlinebasiertes Social Learning konzipiert und setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Webbasierte Trainings (WBTs) werden im Anschluss an eine Bedarfsanalyse nach aktuellen mediendidaktischen Standards erstellt und im Projektverlauf formativ evaluiert, so dass sie mittels einer adaptiven technischen Umsetzung Fachkräften aus den verschiedenen Arbeitsfeldern der Suchthilfe mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen zur Verfügung stehen. Eine zusätzliche Online-Vernetzungsplattform wird eingerichtet, über die sich die teilnehmenden Fachkräfte während der WBTs virtuell kennenlernen, Aufgaben gemeinsam bearbeiten und in einer nach den Prinzipien des Social Learnings ausgerichteten Lernumgebung praxisrelevante Fertigkeiten aktiv einüben können.

www.suizidundsucht.net

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Broschüre „Informationen zu Alkohol und anderen Drogen – Beratung und Hilfe“

Die arabisch/deutsche Broschüre „Informationen zu Alkohol und anderen Drogen – Beratung und Hilfe“ richtet sich an Menschen mit Fluchterfahrung bzw. mit arabischem Migrationshintergrund und noch geringen Deutschkenntnissen.

In der Broschüre werden die Risiken des Alkoholkonsums (Rauscherfahrung etc.) und des Tabakkonsums sowie die Risiken des Konsums von illegalen Substanzen und von Medikamenten dargestellt. Die Broschüre informiert außerdem über gesetzliche Regeln in Bezug auf legale und illegale Substanzen. Die Broschüre erklärt, dass Sucht in Deutschland als behandelbare Erkrankung gilt und informiert in diesem Zusammenhang über das deutsche Suchthilfesystem und die Möglichkeiten der Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen.

Die Broschüre ist zweisprachig, damit deutschsprachige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die dargestellten Inhalte kennen und die Broschüre einfach einsetzen können. Die Broschüre ist auch in Farsi, Englisch und Französisch erhältlich und kann bei der DHS sowie bei der BZgA bestellt werden.

www.dhs.de
www.bzga.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„Die Darstellung von Drogen und Sucht im deutschen Fernsehen“ – Eine quantitative Inhaltsanalyse

Die quantitative Inhaltsanalyse des Fernsehprogramms der Sender ARD, ZDF, RTL, RTL2, RTL Nitro, ProSieben sowie Sat.1 zeigt, dass insbesondere legale Drogen häufig im deutschen Fernsehen dargestellt werden. Alkohol ist hierbei, mit weitem Abstand, die am häufigsten gezeigte Droge. So sind alkoholische Getränke in sechs von zehn Sendungen sichtbar und in vier von zehn Sendungen wird deren Konsum dargestellt. Hinsichtlich der Genres fällt auf, dass insbesondere in fiktionalen Formaten alkoholische Getränke sehr präsent sind. So wird der Alkoholkonsum in nahezu jedem Film (95,8 Prozent), in zwei von drei Serien (61,2 Prozent) und in fast der Hälfte der Daily Soaps (45,8 Prozent) gezeigt. Besonders auffallend ist, dass Alkoholkonsum in zuvor genannten Formaten zwar vielfach dargestellt, aber nur selten thematisiert wird. Denn in nur halb so vielen Sendungen, in denen Alkohol gezeigt wird, wird über diesen auch gesprochen. Zugleich findet eine Bewertung des Alkoholkonsums in den untersuchten Sendungen nahezu gar nicht statt – nur in jeder zehnten Sendung. Dieses Phänomen zeigt sich auch bei den anderen untersuchten Drogen: Sie werden zwar häufig dargestellt, thematisiert werden sie hingegen selten.

Die Präsenz von Tabak bzw. Nikotin ist zwar geringer als die von Alkohol, jedoch treten auch diese legalen Drogen in nahezu jeder vierten Fernsehsendung auf. In den untersuchten Fernsehsendungen sind sie damit die am zweithäufigsten gezeigte Droge, wenngleich sie seltener zu beobachten sind als noch 2006 (vgl. Hanewinkel, Wiborg & Sargent 2006). Der Genrevergleich zeigt, dass der Konsum von Rauchwaren primär in Filmen (37,5 Prozent) und Dokumentationen (33,3 Prozent) stattfindet und dass es sich hierbei fast immer um Zigaretten handelt.

Cannabis, chemische Drogen und Medikamentenmissbrauch werden indes nur sehr selten gezeigt, jeweils in weniger als 2,3 Prozent der untersuchten Sendungen. Auch die Darstellung stoffungebundener Süchte erfolgt – im Vergleich zu legalen Drogen – im deutschen Fernsehen eher selten. So werden Süchte in 1,9 Prozent der Sendungen gezeigt und in fast 5 Prozent der Sendungen thematisiert.

Mit der von der Professur für Wirtschaftsjournalismus der Universität Würzburg durchgeführten Studie wurde auch erfasst, ob innerhalb der untersuchten Sendungen Ursachen für den Drogenkonsum genannt werden. Insgesamt ist dies jedoch nicht häufig der Fall: Für Alkoholkonsum wird in 5,4 Prozent der Sendungen ein Auslöser genannt, für andere Drogen noch seltener. Eine kritische Einordnung bzw. Reflektion des Konsums weicher und harter Drogen findet in den untersuchten Sendungen nahezu nie statt.

Hinsichtlich der im deutschen Fernsehen dargestellten Rollenbilder kann allgemein festgestellt werden, dass Drogenkonsum primär im Zusammenhang mit männlichen Personen abgebildet wird. So konsumieren sie im TV sowohl Alkohol als auch Tabak bzw. Nikotin deutlich häufiger als Frauen.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie alle Interessierten unter dem Stichwort „Dokumentationszentrum Suchtprävention“ bzw. „Ansprechstellen“ weiterführende Informationen zum Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen finden. Dort sind auch die elektronische Form des ersten Bandes der Handreichung für Dienststellenleiter und Vorgesetzte zum Thema „Intervention bei Abhängigkeit & Sucht“ sowie die zugehörigen Begleitmaterialien verfügbar. In der zweiten Hälfte des Jahres 2017 folgte der zweite Band der Handreichung zum Themenfeld „Prävention“.

Die SSHS 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 Soldatinnen und Soldaten sowie 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 Soldatinnen und 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 zehn 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 SSHS 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. Die Maßnahmen des BGM werden durch regional zuständige BGM-Koordinierende in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen gesteuert. Die bedarfsgerechte Umsetzung erfolgt durch die Dienststellen unter Einbindung der „Gremien Gesundheit“ und wird an den jeweiligen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen vor Ort ausgerichtet.

www.bundeswehr-support.de
www.soldatenselbsthilfe.de

Gefördert durch: Bundesministerium der Verteidigung

Systematische Bestandsaufnahme und Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Aktivierung suchtkranker Menschen mit Schwerpunkt im SGB II

Epidemiologische Studien belegen, dass sich unter den Beziehenden von Arbeitslosengeld II eine relativ große Zahl von Personen mit Suchtproblemen befindet. Kaltenborn und Kaps (2012) kommen zu dem Schluss, dass, vorsichtig geschätzt, rund 10 Prozent der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II betroffen sind.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hält in ihren Agenturen für Arbeit und Jobcentern kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie Dienstleistungen für die berufliche (Wieder-) Eingliederung von arbeitslosen Menschen bereit. Mit den BA-eigenen Fachdiensten (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service) steht zusätzlich auch medizinisches und psychologisches Fachpersonal zur Verfügung.

Im Jahr 2016 beteiligten sich 237 Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung (fast 80 Prozent) an einer vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Studie zur Bestandsaufnahme und „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“. Die mit dem Endbericht 2017 vorgelegten Kriterien „guter Praxis“ stellen eine wichtige Grundlage für die weitere Professionalisierung der Integrationsarbeit mit dieser Personengruppe in den Jobcentern dar. Die Bundesagentur für Arbeit greift die Thematik seit 2018 mit einer Teilinitiative im Rahmen ihrer Gesamtstrategie zur „Reduzierung von Langzeitarbeitslosigkeit“ auf.

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3053

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Arbeit und Soziales

„rehapro - Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation gemäß § 11 SGB IX“

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird eine der großen sozialpolitischen Reformen der letzten 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 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 innovative Maßnahmen, Ansätze, Methoden und Organisationsmodelle erproben, welche die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ stärken. Es gilt, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie den Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig zu senken. Im Rahmen der Modellvorhaben soll das Augenmerk u. a. auf Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen und komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen gerichtet werden. Damit soll insbesondere auch den psychischen Beeinträchtigungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen 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.

Nicht nur erwerbstätige, sondern auch arbeitslose Menschen sind von psychischen Störungen und Suchtmittelkonsum betroffen. 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. Dabei sollen möglichst vielfältige innovative Ansätze und Ideen erprobt und ein gemeinsamer Lern- und Erkenntnisprozess, der Ansätze zur Übertragbarkeit und Verstetigung der Erkenntnisse aus den Modellvorhaben liefern kann, angestoßen werden. Davon sollen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen profitieren.

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

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 hat im Mai 2017 eine Förderrichtlinie zur Durchführung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung erlassen, auf deren Grundlage seit dem 1. Januar 2018 mehrere hundert Beratungsangebote gefördert werden. Am 1. Dezember 2017 nahm die Fachstelle Teilhabeberatung ihren Betrieb auf und seit dem 2. Januar 2018 steht die Informationsplattform www.teilhabeberatung.de allen Interessierten zur Verfügung. Die Fachstelle verfolgt u. a. die Aufgabe, den Schulungsbedarf für die Beratungsstellen festzustellen, Aus- und Weiterbildungen für die Beraterinnen und Berater sowie Qualitätsstandards zu entwickeln und ein Rückmeldemanagement einzurichten.

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.

www.teilhabeberatung.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesprogramm RESPEKT - Pilotprogramm für schwer zu erreichende junge Menschen

Das Pilotprogramm RESPEKT ermöglicht gezielt zusätzliche Hilfen, die junge Menschen in einer schwierigen Lebenslage unterstützen und sie (zurück) auf den Weg in Bildungsprozesse, Maßnahmen der Arbeitsförderung, Ausbildung oder Arbeit bringen. Das Programm richtet sich an junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren, die aufgrund ihrer individuellen Situation Schwierigkeiten haben, eine schulische oder berufliche Qualifikation zu erreichen oder abzuschließen oder ins Arbeitsleben einzumünden, und die von den Sozialleistungsangeboten zumindest zeitweise nicht erreicht werden. Nicht selten liegt den Schwierigkeiten der jungen Menschen ein Suchtverhalten zugrunde.

Gefördert werden zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsleistungen, insbesondere aufsuchende und niedrigschwellige Angebote, die Vertrauen und Sicherheit schaffen und einen kontinuierlichen und nachhaltigen Weg in Ausbildung und Arbeit ebnen sollen.

Vor Abschluss des Pilotprogramms ist mit Wirkung zum 1. August 2016 mit § 16h SGB II ein entsprechendes Regelangebot in das SGB II eingeführt worden. Mit der Änderung können seit August 2016 in allen Jobcentern zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden, die mit dem Pilotprogramm RESPEKT angestoßen wurden.

Ende 2017 wurde die Laufzeit des Programms um ein Jahr bis Ende 2018 verlängert, um die laufenden Projekte über einen längeren Zeitraum beobachten und die dort gewonnenen Erfahrungen für die Umsetzung von § 16h SGB II nutzbar machen zu können.

www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Modellprogramme/respekt-pilotprogramm.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Integrationsrichtlinie Bund, Handlungsschwerpunkt Integration statt Ausgrenzung

Florian begann mit zwölf Jahren zu kiffen. Dann wurde er abhängig von Crystal Meth und Kokain. Er brach die Schule und über 20 Ausbildungsmaßnahmen ab. Aber Florian hat es erfolgreich geschafft, sein Leben umzukrempeln: Jetzt hat er einen Ausbildungsplatz in einem Bauunternehmen. Dass er wieder auf dem richtigen Weg ist, verdankt er dem ESF-Projekt „ACTE Handwerk“. Trotz fehlendem Schulabschluss und persönlicher Probleme eine Ausbildungsstelle finden? Das bleibt für die Teilnehmenden des ESF-Projekts kein Traum. „ACTE Handwerk“ ist eines von 55 Projekten, die vom Europäischen Sozialfonds (ESF) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Programm „Integrationsrichtlinie Bund, Handlungsschwerpunkt Integration statt Ausgrenzung“ gefördert werden. Ziel der Projekte ist es, Jugendliche und junge Erwachsene mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt stufenweise und nachhaltig (wieder) in Arbeit, Ausbildung oder Schule zu integrieren. Die Projektteilnehmenden sind zwischen 18 und 35 Jahren alt.

Mit sozialpädagogischer Unterstützung des ESF-Projekts „ACTE Handwerk“ wurde Florian zunächst Praktikant bei Bauunternehmer Andreas Schumann. Der Unternehmer sah in dem jungen Mann nicht nur einen ehemals mehrfach Drogenabhängigen: „Ich habe gesehen, dass dahinter ein guter Kerl sitzt und ich wusste, den müssen wir nur herauskitzeln.“ Im Praktikum überzeugte Florian mit Talent und Durchhaltevermögen, sodass der Unternehmer sich dazu entschied, ihm einen Ausbildungsplatz anzubieten. Eine verrückte Idee? Nein! Bauunternehmer Andreas Schumann weiß: „Unsere Leistungsgesellschaft ist oft oberflächlich. Die aus der dritten und vierten Reihe aber sind manchmal viel besser.“ Das beste Beispiel: Florian. Auch während seiner Ausbildung begleitet das ESF-Projekt ihn weiter. Ausbildungsbegleitende Hilfen und Rückfallprophylaxe helfen dabei, dass Florian seinem großen Ziel näherkommt: „Ich will meinen Meister machen.“ „Am schiefen Weg“ lautet die Anschrift des Unternehmens, in dem Florian jetzt seine Ausbildung absolviert. Das trifft auf den jungen Mann aber so gar nicht mehr zu.

www.integrationsrichtlinie.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 die 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.

www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Modellprogramme/bundesprogramm-soziale-teilhabe-am-arbeitsmarkt.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

4.2. Weitere Projekte

4.2.1. Suchtstoff- bzw. suchtformbezogene Projekte

Alkohol

Video: Alkohol – weniger ist besser!

Wie eine Erhebung in Suchthilfeeinrichtungen zeigt, stehen Sprachprobleme an erster Stelle unter den erlebten Schwierigkeiten. Als unterstützende Maßnahme stellt der Deutsche Caritasverband muttersprachliche Angebote zur Verfügung, unter anderem ein Video zum Thema „Alkohol“.

Video: www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/muttersprachliche-informationen-und-hilf

Das Video ist in den Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch, Polnisch, Russisch, Arabisch und Farsi jeweils mit Untertiteln verfügbar, um kurz und leicht verständlich verschiedenen Zielgruppen Informationen zum Thema Alkohol in ihrer Muttersprache zu vermitteln. Das Video kann über den YouTube-Kanal Caritas Deutschland kostenlos geteilt bzw. auf Webseiten eingebunden werden.

EU-Projekt “Localize It! – Local strategies to reduce underage and heavy episodic drinking“

Zur Reduzierung von Rauschtrinken und dem Alkoholkonsum von Minderjährigen ist es sinnvoll, Präventionsmaßnahmen genau dort durchzuführen, wo der Konsum von Alkohol tatsächlich stattfindet und die damit verbundenen Probleme auftreten – auf der lokalen Ebene. Eine umfassende lokale Alkoholstrategie hat sich hier mehrfach als vielversprechender Ansatz bewährt. Es liegt zudem in der Verantwortung der Kommunen, auf lokaler Ebene gesundheitspräventive Maßnahmen durchzuführen; nicht zuletzt haben sie die entsprechenden Handlungsmöglichkeiten für die Umsetzung einer solchen lokalen Alkoholstrategie.

Vor diesem Hintergrund startete am 1. April 2017 das durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Kommission geförderte Projekt Localize It! mit einer Laufzeit von 30 Monaten.

Ziel des Projekts ist es, jeweils zwei ausgewählte Kommunen in den elf beteiligten Ländern dabei zu unterstützen, maßgeschneiderte lokale Alkoholstrategien zu entwickeln und umzusetzen. Hierfür werden verschiedene Settings der lokalen Alkoholprävention betrachtet, z. B. Schulen, Elternarbeit, Partyszenen und Verkehrssicherheit.

In allen Kommunen wurde zunächst anhand eines Rapid Assessment and Response (RAR) ein Überblick über die lokale Situation gewonnen und die relevanten Akteure wurden für das Problem sensibilisiert. In jeder Kommune wurde ein Runder Tisch gebildet, an dem Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Bereiche wie z. B. Jugendhilfe, Suchtberatung, Gesundheitsamt, Politik, Ordnungsamt, Polizei, Schulen, Eltern und Jugendliche selbst zusammengebracht werden. Basierend auf den RAR-Ergebnissen entscheidet der Runde Tisch sich für ein Setting, für das dann ein individueller Aktionsplan entwickelt wird. Dieser wird mindestens vier verschiedene Maßnahmen enthalten, die sich an Good Practice-Maßnahmen orientieren.

Um die Erkenntnisse auch Akteuren außerhalb des Projekts zur Verfügung zu stellen, wird im Rahmen von „Localize It!“ ein Manual entwickelt. Das Manual wird den Prozess der lokalen Alkoholstrategie beschreiben, Instrumente und Tools zur Verfügung stellen sowie spezifische Handlungsorientierung für die verschiedenen Settings und Good Practice-Beispiele beinhalten.

In Westfalen-Lippe ist das Diakonische Werk in Herford Projektpartner und setzt das Projekt mit den Gemeinden Bünde und Enger um. Das Projekt wird durch eine Prozess- und Ergebnisevaluation durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) begleitet.

www.lwl-ks.de/de/localize-it

Erhebung alkoholassoziierter kognitiver Defizite bei Rehabilitanden nach einer und zehn Wochen kontrollierter Abstinenz

Im Rahmen der Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) sind in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung überdauernder kognitiver Defizite viele Fragen offen. Einige Studien weisen darauf hin, dass beim Auftreten alkoholinduzierter Defizite die Bereiche Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen betroffen sind. Bevor eine Therapieintervention, wie das Training kognitiver Defizite oder eine berufsspezifische Behandlung zur Teilhabe, erfolgt, müssen zunächst Evidenzen der überdauernden alkoholinduzierten Kognitionsstörungen erbracht werden.

Übergeordnetes Ziel dieser Studie ist deshalb die Erhebung kognitiver Defizite bei alkoholabhängigen Rehabilitanden nach einer und zehn Wochen kontrollierter Abstinenz während einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Die Studie hat im Januar 2017 begonnen und dauert bis August 2018. Die bisherigen Resultate ergeben erste Hinweise darauf, dass jeder Alkoholabhängige zu Beginn der Rehabilitation mindestens ein alkoholassoziiertes Defizit aufweist. Zum Testzeitpunkt nach zehn Wochen zeigen sich erste Hinweise, dass die kognitiven Defizite rückläufig sind. Der Abschlussbericht wird für Ende 2018 erwartet und soll Aufschluss darüber geben, ob eine Restitution kognitiver Funktionen ohne spezifische Therapie allein durch dauerhafte Alkoholkarenz während einer Entwöhnungsbehandlung erfolgt.

Das Vorhaben wird im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Westfalen vom Zentrum für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin (ZPPM) am Medizinischen Zentrum für Gesundheit (MZG) Bad Lippspringe durchgeführt.

„Schulungsinitiative Jugendschutz“ – Initiative zur konsequenten Umsetzung des Jugendschutzgesetzes

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V.) hat im Oktober 2007 die „Schulungsinitiative Jugendschutz – SchuJu“ ins Leben gerufen mit dem Ziel, die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes in Bezug auf Abgabe und Ausschank alkoholhaltiger Getränke weiter zu verbessern. Mit dem Online-Training der Initiative wurden bereits 170.800 Mitarbeiter und Auszubildende aus Gastronomie, Handel und Tankstelle erfolgreich zum Thema „Jugendschutz“ geschult und zertifiziert. Die Website sowie Materialien wie Broschüren, Alterskontrollscheiben und Schulungsvideos bieten darüber hinaus Informationen und viele praktische Tipps für die konsequente Einhaltung des Jugendschutzes. „SchuJu“ wird aktuell von 20 Kooperationspartnern aus den Bereichen Handel, Gastronomie und Tankstelle unterstützt.

www.schu-ju.de

Medikamente

Erklärvideo für Geflüchtete: „Warum können Medikamente auch schaden?“

Traumatische Erlebnisse, gesundheitliche Beschwerden sowie fehlende Kenntnisse über die unterschiedlichen Wirkungsweisen von Arzneimitteln führen insbesondere bei jungen geflüchteten Frauen häufig zu einem hochdosierten und kontinuierlichen Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit der Gefahr einer daraus resultierenden Abhängigkeit. Anhand des Erklärvideos wird vermittelt, warum Medikamente auch schaden können, ärztlich verordnet werden müssen, nicht an Kinder weitergegeben werden dürfen und wo Betroffene Hilfen finden.

Das Erklärvideo wurde von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) erstellt. Die Techniker Krankenkasse in Hessen hat die

Video: www.hls-online.org/aktuelle-meldungen/erklaervideos-fuer-gefluechtete/#c1626

Filmentwicklung im Rahmen der Selbsthilfeförderung unterstützt. Das Video ist in fünf Sprachen (Deutsch, Englisch, Arabisch, Dari und Tigrinya) verfügbar und darf von allen interessierten Organisationen und Personen kostenlos heruntergeladen und weiterverbreitet werden.

Symposium der Bundesapothekerkammer zum Arzneimittelmissbrauch

Die Bundesapothekerkammer veranstaltete im März 2018 in Berlin das Symposium „Arzneimittelmissbrauch – Fakten und Herausforderungen“. Vorgestellt wurde eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts forsa bei 5000 Menschen zwischen 16 und 70 Jahren im Auftrag der Bundesapothekerkammer. Als zentrales Ergebnis zeigte sich, dass fast die Hälfte der Befragten die Einnahme von Arzneimitteln ohne medizinische Notwendigkeit akzeptiert. Verschreibungspflichtige Arzneimittel hatten 17 Prozent der Befragten schon einmal ohne medizinische Notwendigkeit zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens eingenommen. Für weitere 26 Prozent wäre das akzeptabel. Rezeptfreie bzw. frei verkäufliche Medikamente wurden noch stärker verharmlost: 30 Prozent der Bundesbürger gaben an, sie schon einmal zur Steigerung des persönlichen Wohlbefindens eingenommen zu haben. Für weitere 25 Prozent käme das in Frage. Der Präsident der Bundesapothekerkammer Dr. Andreas Kiefer findet die Ergebnisse erschreckend. „Arzneimittel ohne medizinische Notwendigkeit einzunehmen ist keine Lappalie. Denn einerseits hat jedes Medikament Risiken und Nebenwirkungen. Andererseits tritt die erhoffte ‚Doping-Wirkung‘ – wenn überhaupt – höchstens kurzzeitig ein.“

Die Einnahme von Medikamenten zur Verbesserung der Stimmung oder der geistigen Leistungsfähigkeit wurde von den Befragten breiter akzeptiert als das Doping für die körperliche Leistungsfähigkeit. Wichtigster Grund für die Einnahme von Medikamenten ist die Stimmungsverbesserung oder die Reduzierung von Nervosität bzw. Angst. 13 Prozent der Befragten haben aus diesem Grund schon mal zu verschreibungspflichtigen Medikamenten gegriffen. Für weitere 20 Prozent käme dies grundsätzlich in Frage. Die Steigerung von Konzentration und anderer geistiger Leistungen war für 5 Prozent der Grund, schon einmal ein verschreibungspflichtiges Medikament ohne medizinische Notwendigkeit einzunehmen. Für weitere 22 Prozent ist dies eine Option. Zum Vergleich: Um besser auszusehen, haben 3 Prozent schon einmal ein verschreibungspflichtiges Medikament eingenommen. Für weitere 10 Prozent käme dies in Frage. Jeder Zehnte (11 Prozent), der schon einmal verschreibungspflichtige Arzneimittel missbräuchlich eingenommen hat, beschaffte sich diese illegal über das Internet.

Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) Prof. Dr. Martin Schulz stellte einen aktualisierten Leitfaden der Bundesapothekerkammer für die apothekerliche Praxis vor.

www.abda.de/arzneimittelmissbrauch

Illegale Drogen

Methodenkoffer zur Cannabisprävention

Das etablierte Präventionsprogramm Cannabis „Stark statt breit“ in Nordrhein-Westfalen ist aktuell um ein neues Element erweitert worden: den Methodenkoffer Cannabisprävention. Damit wurde den landesweit steigenden Nachfragen nach praxisorientierten Methoden zur Cannabisprävention der Fachkräfte in Schulen und Jugendeinrichtungen Rechnung getragen.

Der Methodenkoffer Cannabisprävention enthält zahlreiche Materialien für die interaktive Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In dem zugehörigen umfassenden Methodenhandbuch sind sämtliche Übungen zur Anwendung in Schulklassen und in der Jugendarbeit detailliert dargestellt. Jede Methode wird nach dem Schema Ziele, Zielgruppen, Aufbau, Durchführung, Anwendungsempfehlung, Auswertungshinweise und Materialien beschrieben und ist mit einer Zeitangabe versehen.

Insgesamt stehen 100 neue Methodenkoffer zur Verfügung. Nach einer entsprechenden Einführung in die Anwendung können die Präventionsfachkräfte NRW-weit in jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Kommune mindestens einen Koffer kostenfrei zur Verfügung gestellt bekommen.

Das Präventionsprogramm Cannabis „Stark statt breit“ richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 25 Jahren mit der Intention, über die körperlichen und psychischen Auswirkungen des Cannabiskonsums zu informieren. Zudem werden die rechtlichen Folgen verdeutlicht und die Haltung zu Cannabis thematisiert. Ziel ist es, mit den jugendlichen Zielgruppen oder mit den Multiplikatoren (z. B. den Eltern) erlebnisorientiert in Kontakt zu kommen, aktiv zu diskutieren, den vorherrschenden Meinungsbildern einen Raum zu geben und Bedürfnisse und Befürchtungen einzufangen. „Stark statt breit“ will aufklären, die Persönlichkeit stärken und mögliche Alternativen zum Drogenkonsum aufzeigen.

Mit dem Methodenkoffer und dem dazugehörigen Handbuch können Fachkräfte in Schulen und Jugendeinrichtungen – nach vorheriger Schulung durch die zuständige örtliche Präventionsfachkraft – in ihren Einrichtungen selbst Workshops durchführen. Der „Stark statt breit“-Methodenkoffer zur Cannabisprävention wurde durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert.

www.stark-statt-breit.de

„Dein Leben gehört dir“ - App-gestützte interaktive Suchtprävention von Cannabis und anderen illegalen Drogen

Mit dem Projekt „Dein Leben gehört dir“ werden teilnehmende Schulen des Landesprogrammes „Gute gesunde Schule“ in Mecklenburg-Vorpommern bei ihrer suchtpräventiven Arbeit mit dem Schwerpunkt „Cannabis und andere illegale Drogen“ unterstützt. Zielgruppen sind Schüler und Schülerinnen der Sekundarstufe II, Lehrer und Lehrerinnen, Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen sowie Eltern.

Die App-gestützte Präventionsmaßnahme vermittelt Wissen zu illegalen Suchtstoffen, schafft Klarheit in Bezug auf rechtliche Grundlagen, regt zur Reflektion des eigenen Konsums an und stärkt die Motivation zur Verringerung oder zum Einstellen des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Mit der interaktiven App lernen die Teilnehmenden an verschiedenen „Stationen“ viel über Risiken, Suchtgefahren und Wirkungen von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Die 90-minütige App-gestützte Präventionsmaßnahme wird von der Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen Mecklenburg-Vorpommern (LAKOST) durchgeführt.

Voraussetzung ist die Teilnahme von Lehrerinnen und Lehrern sowie Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeitern der Schule an einer Fortbildung, wo sie Wissen und methodisches Know-how zur Vor- und Nachbereitung der Themen im Unterricht erhalten. Die Broschüre „Handlungsempfehlungen für Schulen im Umgang mit Drogen“ rundet das Angebot ab.

www.lakost-mv.de

Erklärvideo für Geflüchtete: „Warum kann Cannabis für mich gefährlich werden?“

In 90 Sekunden erläutert das Video Gefahren und Risiken von kontinuierlichem Cannabiskonsum, vermittelt Kenntnisse über die Illegalität und die damit einhergehende strafrechtliche Verfolgung bei Anbau, Besitz und Handel von Cannabis in Deutschland und zeigt Unterstützungsangebote für Betroffene auf.

Das Erklärvideo wurde von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) erstellt. Die Techniker Krankenkasse in Hessen hat die Filmentwicklung im Rahmen der Selbsthilfeförderung unterstützt. Das Video ist in fünf Sprachen (Deutsch, Englisch, Arabisch, Dari und Tigrinya) verfügbar und

Video: www.hls-online.org/aktuelle-meldungen/erklaervideos-fuer-gefluechtete/#c1626

darf von allen interessierten Organisationen und Personen kostenlos heruntergeladen und weiterverbreitet werden.

Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien der Deutschen AIDS-Hilfe

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Büro der Vereinten Nationen für Drogen und Verbrechensbekämpfung (UNODC) und das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNAIDS) haben eine evidenzbasierte Public-Health-Strategie für Menschen entwickelt, die Drogen injizieren. Dazu gehört ein umfassendes Paket von Maßnahmen, die in einem 2009 veröffentlichten und 2012 überarbeiteten technischen Leitfaden beschrieben werden.

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Spritzenvergabe ein effektives Instrument der HIV-Prävention ist. Angesichts der vielfach höheren Verbreitung und der leichteren Übertragbarkeit von Hepatitis-C-Infektionen – etwa durch die Wiederverwendung und gemeinsame Nutzung von Konsumutensilien wie z. B. Wasser, Filter, Löffel, aber auch Crackpfeifen und Sniffröhrchen – kommt der qualifizierten Konsumutensilienvergabe als Erweiterung der bisher üblichen Spritzen- und Nadeltauschprogramme eine größere Bedeutung zu.

Deutsche AIDS-Hilfe

Die Abgabe steriler Injektionsbestecke reduziert hochwirksam das Risiko von HIV- sowie Hepatitis-B- und -C-Übertragungen. Spritzen- und Nadelprogramme sollten nicht isoliert und ausschließlich als „Materialvergabe“ umgesetzt werden. Entscheidend ist ein multidisziplinärer Ansatz mit spezifisch qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Spritzen- und Nadelprogramme sind für Menschen, die Drogen injizieren, auch ein wichtiger Einstiegspunkt zu anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen.

Die Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) wurden von einer bundesweiten Expertengruppe erarbeitet, die sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus AIDS- und Drogenhilfen mit langjährigen Erfahrungen in der Konsumutensilienvergabe zusammensetzt.

Das Handlungskonzept dient der Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit.

www.aidshilfe.de

www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/empfehlung_konsumutensilien_final.pdf

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Schulwettbewerb #Sendepause der AOK Rheinland/Hamburg

Eltern und Lehrer beobachten, dass es Jugendlichen immer schwerer fällt, auf das Smartphone zu verzichten. Genau das fördert der Wettbewerb #Sendepause der AOK Rheinland/Hamburg mit einem großen Anreiz: dem Besuch eines exklusiven Konzerts. 2016 und 2017 war dies der internationale Star-DJ Felix Jaehn, der im Kölner Club Bootshaus auflegte. Der Wettbewerb wurde bereits zum vierten Mal durchgeführt. Zielgruppe sind Schüler und Schülerinnen der 8. bis 12. Klasse. Für die Teilnahme ist eine Registrierung bei der „vigozone-App“ erforderlich. Die App misst, wie viele Minuten das Smartphone täglich genutzt wird und vergibt entsprechend Punkte für eingelegte Sendepausen. Im Klassenverbund ist die Motivation höher, zumindest für einen begrenzten Zeitraum einmal auszuprobieren, wie sich eine Sendepause anfühlt und dabei einen tollen gemeinsamen Gewinn zu erspielen.

Rund 3.500 Schülerinnen und Schüler von rund 420 Schulen im Rheinland und in Hamburg haben sich am letzten Wettbewerb 2017 beteiligt und gemeinsam ihre Smartphones zur Seite gelegt.

Eine Klasse konnte sich mit mindestens fünf und maximal 30 Schülern in der App zum Wettbewerb anmelden. Vielfach kam eine Gruppendynamik in

den Klassen zustande. Die Klassen können sich über ein Ranking vergleichen und jeder einzelne kann seine Nutzung statistisch verfolgen. Einmal

wöchentlich lädt eine Push-Nachricht zu einer Umfrage über das eigene Nutzungsverhalten ein. Im Zeitraum von September 2017 bis Januar 2018 konnten monatlich die besten fünf Klassen gewinnen.

1.500 Jugendliche, darunter 25 Schulklassen, feierten dann zusammen mit DJ Felix Jaehn. Den besten fünf Klassen des Gesamtrankings wurden Geldpreise für ihre Klassenkasse überreicht. Die Kampagne integriert auch AOK-Angebote für Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern zum Thema Mediennutzung. Das Präventionsprogramm „Immer On?“ beinhaltet kostenlose Lehrkräftefortbildungen, einen Methoden-Koffer, Unterrichts- und Praxismaterialien sowie Elterninformationsveranstaltungen mit Kristin Langer, Mediencoach der Initiative „Schau Hin!“.

www.vigozone.de/schulwettbewerb

www.aok-gesund-lernen.de

DigiKids – Medienkompetenzprojekt für Kitas und Grundschulen

DigiKids ist ein Medienkompetenz-Projekt für Kinder ab vier Jahren. Ziel ist es, die Kinder zu befähigen, sich in digitalen Lebensräumen souverän zu bewegen, anstatt von ihnen beherrscht zu werden. Gleichzeitig beabsichtigt DigiKids, die Verbindung der Kinder zur analogen Welt zu erhalten, zu stärken und weiterzuentwickeln sowie Eltern , Pädagoginnen und Pädagogen in diesen Prozess einzubinden und mit Schulungen in ihrem Handeln zu unterstützen.

DigiKids ist ein Projekt der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) und wird als Modellvorhaben für die Pilotregion Hessen durch die Techniker Krankenkasse gefördert. Im Rahmen einer bis 2021 angelegten wissenschaftlichen Arbeit werden zudem die Effekte von digitalen Medien bei Kindern erforscht. Auf der Website gibt es einen Blog rund um das Thema Kinder Digital und ein Webinar-Angebot.

Im Sinne der Ganzheitlichkeit wirkt DigiKids auf drei Ebenen: Bei der DigiKids-Kinderwerkstatt handelt es sich um ein Workshopangebot für Kinder zu verschiedenen digitalen und analogen Themen. Kinder brauchen digitale Balance – das geht nur mit Präsenz und Abstinenz bei digitalen Medieninhalten. Im Eltern-Update erhalten Erwachsene Tipps und Unterstützung für eine authentische digitale Haltung. In den Come-Together-Veranstaltungen machen wir Angebote für die ganze Familie und schauen gemeinsam, wie digitale Medien im Familienalltag Platz finden.

In den Workshops geht es vor allem darum, Tablets und Smartphone zu entmystifizieren. Auf eine altersgerechte und spielerische Art werden mobile Endgeräte partizipativ eingesetzt, um aktiv die Welt zu erleben. Dabei ist es in den Workshops wichtig, dass die jungen Teilnehmer den Raum bekommen sich auszuprobieren. Dabei geht es keineswegs darum, während des gesamten Workshops Tablets und Smartphones aktiv im Einsatz zu haben. Vielmehr wird ein aktives und zielgerichtetes „sowohl als auch“ initiiert.

Innerhalb des Projekts wurde die Kinder-Spiele-App Fiete Kinder Zoo entwickelt. Dabei wird im ersten Schritt ein Zoo-Tier gebastelt, dann dieses via Tablet-Kamera in die App gebracht und danach kann es dort digital gefüttert werden. Die Kinder erhalten so die Möglichkeit, „ihre App“ zu basteln. Ohne das analoge Zutun (gebasteltes Tier) gibt es keinen digitalen Spaß beim Spielen. Die App gibt es im Rahmen des Projekts kostenfrei für Android und iOs.

www.digikids.online

re:set! – Beratung bei exzessivem Medienkonsum

Niedersachsen fördert mit dem Projekt „re:set! – Beratung bei exzessivem Medienkonsum“ in 16 niedersächsischen ambulanten Suchtberatungs- und -behandlungsstellen den Aufbau von speziellen Angeboten zur Beratung und Hilfe bei Mediensucht oder Mediensuchtgefährdung, damit Betroffene und besorgte Angehörige künftig mehr qualifizierte Beratungs- und Hilfeangebote vorfinden. Das Projekt hat einen Förderzeitraum von zwei Jahren.

Das Angebot wird zumeist in Form einer wöchentlichen Mediensprechstunde vorgehalten. Es richtet sich sowohl an Jugendliche als auch an Erwachsene, die Fragen oder Probleme im Umgang mit Medien haben. Die Beratung zielt darauf ab, Klarheit über das Ausmaß des Nutzungsverhaltens der Betroffenen zu gewinnen und im Bedarfsfall gemeinsam mit ihnen und gegebenenfalls mit Angehörigen eine Problemlösung zu erarbeiten. Bei Bedarf kann in weiterführende Angebote für exzessiv medienkonsumierende Jugendliche und Erwachsene vermittelt werden.

Die Entwicklung passender Angebotsstrukturen in den re:set-Standorten wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert von Prof. Dr. Dr. Astrid Müller von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Ergebnisse sollen anschließend in einem Handlungsmanual zusammengefasst werden, das den Aufbau weiterer qualifizierter Beratungsangebote unterstützen soll.

Die Fachkräfte im „re:set!“-Projekt werden durch die wissenschaftliche Begleitung in der Diagnostik unterstützt und zu spezifischen Themen der Mediensuchtproblematik und der Mediensuchtberatung fortgebildet. Seit dem Start des Projekts im März 2017 wurden bis Ende Januar 2018 in 409 dokumentierten Beratungsterminen 161 Personen beraten. Weitere erste Ergebnisse wurden auf der NLS-Jahrestagung im März 2018 „Mediensucht erkennen – verstehen – beraten – behandeln“ vorgestellt und auf der Homepage der NLS dokumentiert.

Die Koordination des Projekts liegt bei der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS).

www.nls-online.de

Time to Balance

Die Fachstelle Sucht.Hamburg hat 2017 mit finanzieller Unterstützung der Techniker Krankenkasse Hamburg das Internetangebot „Time to Balance“ entwickelt und umgesetzt. Ziel ist es, erwachsenen Betroffenen und Angehörigen direkt und

unkompliziert Unterstützung bei dem Thema Internetabhängigkeit zukommen zu lassen. Anonym und kostenlos können sich Hilfesuchende auf der Online-Plattform informieren, zu einer ersten Einschätzung ihres Mediennutzungsverhaltens gelangen und eine für sie passende Beratungsoption wählen. Dabei steht die gegenseitige Unterstützung von Betroffenen im Zentrum des neuen Angebots. In dem moderierten Gruppenchat können sich Betroffene und Angehörige zu alternierenden Schwerpunktthemen wie beispielsweise „Computerspiele“, „Soziale Medien“ oder „Online-Pornographie“ austauschen und Hilfestellungen im Umgang mit Internetabhängigkeit geben. Im Forum können Fragen gestellt, beantwortet und Kontakte geknüpft werden. Das Onlineportal bietet so Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, sich selbst zu organisieren, um in gegenseitiger Unterstützung Halt bei der Bewältigung dieses oft ausweglos erscheinenden Problems zu finden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich direkt mit einer Fachperson in der Sprechstunde auszutauschen oder eine E-Mail-Beratung in Anspruch zu nehmen.

Die Seite informiert über die bei dieser Thematik relevanten Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen in Hamburg. Außerdem gibt es eine Übersicht der spezialisierten Suchtberatungsstellen und eine Übersicht der Erziehungsberatungsstellen, um bei Bedarf den Weg in weiterführende Hilfen zu ebnen.

www.webfehler-hamburg.de

Zusammenhänge des Medienkonsums im Kindes- und Jugendalter mit soziodemographischen Parametern und Wohlbefinden: Ergebnisse der LIFE Child-Studie

In der LIFE Child-Studie, einer in Leipzig durchgeführten Längsschnittstudie, die sich mit dem Thema gesunde Kindesentwicklung von der Schwangerschaft bis ins Erwachsenenalter befasst, gehen derzeit mehrere Projekte der Frage nach, wie oft sich Kinder und Jugendliche mit verschiedenen Medien beschäftigen und inwiefern ein hoher Medienkonsum mit ihrer Lebensqualität und psychischen Gesundheit, mit ihrem Schlafverhalten und mit ihren schulischen Leistungen zusammenhängt. Basis für die Auswertungen sind zahlreiche zwischen 2011 und 2018 ausgefüllte Fragebogen zu den Themen Freizeitgestaltung, Gesundheitsverhalten und schulischer Erfolg.

Unsere Analysen haben gezeigt, dass der Medienkonsum, vor allem die Nutzung von Handys/Smartphones, in den letzten sieben Jahren rapide gestiegen ist, sowohl bei Jugendlichen als auch bei Vorschulkindern. Im Jahr 2011 gaben die meisten 10- bis 17-Jährigen an, ihr Handy/Smartphone 30 Minuten pro Tag zu nutzen. Sechs Jahre später, im Jahr 2017, gaben die meisten 10- bis 17-Jährigen eine Handy- bzw. Smartphonenutzung von ein bis zwei Stunden an. Vorschüler (2 bis 6 Jahre) nutzten 2011 noch gar keine Handys/Smartphones. Im Jahr 2017 nutzten hingegen bereits 10 Prozent Handys/Smartphones.

Die Ergebnisse der Studie sprechen für einen Zuwachs des Konsums elektronischer Medien mit zunehmendem Alter. Im Jahr 2017 berichteten die meisten 10-Jährigen, ihren Computer/Laptop für ca. 30 Minuten pro Tag zu nutzen. Im Vergleich dazu berichteten die meisten 17-Jährigen mit ein bis zwei Stunden pro Tag eine deutlich höhere Computernutzungsdauer.

Schon im Vorschulalter wird deutlich, dass Kinder aus niedrigeren sozialen Schichten mehr Medien konsumieren als Kinder aus höheren sozialen Schichten. Im Jahr 2017 verbrachten ca. 10 Prozent der Vorschüler aus der niedrigen Sozialschicht mehr als die empfohlenen 30 Minuten vor dem Fernsehbildschirm (im Vergleich zu gar keinem Kind aus der hohen Sozialschicht). Im Jugendalter waren es fast 40 Prozent der Kinder aus der niedrigen Sozialschicht, die mehr als die empfohlenen zwei Stunden vor dem Fernseher verbrachten (im Vergleich zu etwa 10 Prozent aus der hohen Sozialschicht).

Während sich im Vorschulalter keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Medienkonsumdauer feststellen ließen, werden im Jugendalter Fernseher und Computer häufiger von Jungs genutzt und Handys/Smartphones häufiger von Mädchen.

Die Analysen deuten weiterhin darauf hin, dass bei Jugendlichen ein hoher Medienkonsum, vor allem ein hoher aktiver Mediengebrauch (Computer, Handys, Internet), mit einer Verschlechterung der schulischen Leistungen, mit einer Zunahme von Schlafproblemen und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (emotionale und soziale Probleme) sowie mit einer Abnahme des allgemeinen Wohlbefindens einhergeht. Das gilt unabhängig davon, wie alt die Jugendlichen sind und in welchem sozialen Milieu sie aufwachsen. Gleichzeitig geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass eine erhöhte Tagesmüdigkeit den Konsum passiver Medien (Fernseher) begünstigt.

Für das Vorschulalter konnten Zusammenhänge zwischen einem erhöhten aktiven Medienkonsum und einer Zunahme von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, Aggressivität) gezeigt werden. Zusätzlich konnte beobachtet werden, dass der Konsum aktiver Medien bei den Vorschulkindern stärker zunimmt, die Verhaltensauffälligkeiten im sozialen Bereich zeigen.

Zusammengenommen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten und Medienkonsum gegenseitig beeinflussen. Einerseits kann sich ein hoher Medienkonsum negativ auf die Gesundheit und das Verhalten von Kindern auswirken. Eine Erklärung dafür ist, dass Kinder, die viel Zeit vor dem Bildschirm verbringen, möglicherweise weniger Zeit für andere Tätigkeiten, z. B. sportliche oder soziale Aktivitäten sowie Hausaufgaben, haben. Auch die Fülle an unterschiedlichen und eventuell nicht altersgerechten Inhalten, die vor allem durch das Internet verbreitet werden und gerade von jungen Kindern nicht richtig eingeordnet werden können, spielt hierbei sicherlich eine Rolle. Andererseits neigen Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oder Schlafproblemen zu einem erhöhten Medienkonsum. Für sie stellt die Nutzung elektronischer Medien eventuell eine Strategie dar, um beispielweise mit Einschlafschwierigkeiten oder genereller Müdigkeit sowie mit sozialen Problemen umzugehen.

Die LIFE Child-Studie wird sich auch in den nächsten Jahren mit dem Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen und dabei zum Beispiel das Thema Smartphone- und Internetsucht näher beleuchten. Außerdem wird es neben dem Gebrauch elektronischer Medien auch um das Nutzen von Printmedien und Musik gehen. Ein weiteres Ziel ist es zu erforschen, unter welchen Umständen sich ein hoher Medienkonsum auf die Kindesentwicklung auswirkt. Sind dafür die Medieninhalte entscheidend? Oder ist es der Mangel an Zeit für andere Freizeitbeschäftigungen? Letztendlich besteht ein Hauptanliegen dieser anwendungsbetonten Forschung darin herauszufinden, wie ein gesunder Umgang mit (elektronischen) Medien aussehen und in Familien sowie Schulen gefördert werden könnte.

www.life.uni-leipzig.de/de/kinder_jugendliche_und_schwangere/life_child.html

Glüxxit – Wer nicht zockt, gewinnt!

Glüxxit ist ein NRW-weites zielgruppenorientiertes Präventionsprojekt der Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW in Kooperation mit den Schwerpunktberatungsstellen Glücksspielsucht in Herford, Neuss und Unna. Es richtet sich sowohl an Schülerinnen und Schüler in Berufskollegs als auch an Lehrerinnen und Lehrer, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, Schulpsychologinnen und -psychologen sowie Präventionsfachkräfte.

Ausgangspunkt des Projektes sind konkrete Handlungsempfehlungen, die aus den Ergebnissen der Studie „Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen in NRW“ der Universitätsmedizin Mainz (2014) abgeleitet wurden. Berufsschülerinnen und -schüler weisen – im Vergleich zu Schülerinnen und Schülern anderer Schulformen – doppelt so häufig ein problematisches und gefährdendes Glücksspielverhalten auf.

Ziel des Projektes Glüxxit ist es, für die Gefahren zu sensibilisieren, die von der Teilnahme an Glücksspielen für junge Menschen ausgehen. Dazu erhalten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen verschiedener Schulungen Informationen rund um das Thema Glücksspiel. Hierbei geht es sowohl um die Gefährdungspotentiale verschiedener Glücksspielangebote als auch um das Erkennen von Anzeichen für problematisches Glücksspielverhalten sowie die Darstellung des (regionalen) Präventions- und Beratungsangebotes.

Außerdem stellt das Projekt auf der Internetseite eine Datenbank zur Verfügung, die zahlreiche Materialien enthält, die im Unterricht eingesetzt werden oder als Unterstützung für Beratungsgespräche dienen können.

Zum Einsatz kommen außerdem eine von der Schwerpunktberatungsstelle Herford entwickelte Glüxxbox und ein von der Schuldnerhilfe Essen konzipiertes computergestütztes interaktives Quiz namens „Quiz-Event“. Beides kann von Schulen ausgeliehen und im Unterricht eingesetzt werden. Die Glüxxbox enthält umfangreiche Materialien, mit denen pädagogische Fachkräfte mit Jugendlichen präventiv zum Thema Glücksspiel und Glücksspielsucht arbeiten können.

Beim Quiz-Event gibt es neben Wissens- und Einschätzungsfragen auch Fragen, die zur Auseinandersetzung mit dem Thema Glücksspielsucht anregen. Die Teilnehmenden sehen in Echtzeit wie abgestimmt wurde und wo sie aktuell stehen. Zwischen den Frageblöcken bieten Einspielfilme mit O-Tönen von Glücksspielern und Experten Abwechslung. Das Quiz wurde in Schulklassen getestet und erweist sich als sehr beliebt.

Im Projektjahr 2018/2019 ist ein Videowettbewerb zum Thema „Wenn das Zocken keinen Spaß mehr macht!“ geplant. Schülerinnen und Schüler haben so die Möglichkeit, sich kreativ mit den Risiken auseinanderzusetzen, die mit der Glücksspielteilnahme verbunden sind. Die Anmeldung erfolgt über die Homepage des Projektes.

www.gluexxit.de

www.glueckssspielsucht-nrw.de

onlineverzockt.de

onlineverzockt.de ist der neue Wegweiser zu Hilfsangeboten für Online-Glücksspieler entsprechend ihrer Gefährdungslage von der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

Immer mehr Menschen nutzen die Möglichkeit zum Online-Glücksspiel (Sportwetten, Poker, Slot Machines etc.). Mittlerweile kommen die ersten reinen Online-Glücksspieler in die Fachberatungsstellen Glücksspielsucht, da sie finanzielle, familiäre oder berufliche Probleme durch ihren Online-Spielkonsum bekommen haben.

Dabei wurde auf das Thema bereits im Drogen- und Suchtbericht 2013 hingewiesen: „Bezogen auf einzelne Glücksspiele finden sich Problemspieler am häufigsten unter den Befragten, die Online-Poker und Geldspielautomaten genutzt haben.“ und „Statistische Analysen ergeben als Risikofaktoren für Problemspielverhalten männliches Geschlecht, junges Erwachsenenalter, einen niedrigen Bildungsabschluss, Migrationshintergrund sowie Arbeitslosigkeit.“ Das neue Angebot onlineverzockt.de wurde primär für diese Zielgruppen entwickelt.

Das zentrale Element bei onlineverzockt.de ist die interaktive Internetseite. Nutzer und Nutzerinnen können einen Online-Selbsttest machen und bekommen entsprechend ihren Angaben eine Rückmeldung zu ihrem Glücksspielverhalten. Der Test orientiert sich an den Kriterien des DSM-5 zur Diagnostik einer glücksspielbezogenen Störung, wobei die Fragen in einfacher Sprache formuliert wurden bzw. die Thematik anhand kurzer Videos verdeutlicht wird. Es muss also kaum gelesen werden. Auch die individuelle Rückmeldung anhand der fünf möglichen Ergebnisse (problemlos, erste Auffälligkeiten, leichte, mittlere und schwere Störung) wurde auf das Wesentliche reduziert. Es wurde zudem darauf geachtet, dass die Hilfsmöglichkeiten (Verhaltenstipps, Onlinehilfen und Telefonnummern) einfach in Anspruch genommen werden können.

www.onlineverzockt.de

4.2.2. Suchtstoff- bzw. suchtformübergreifende Projekte

blu:app for school - Digitale Suchtprävention im Klassenzimmer

Mit der „blu:app for school“ präsentiert blu:prevent, die Suchtpräventionsarbeit des Blauen Kreuzes in Deutschland, ein digitales Modul für den Suchtpräventionsunterricht.

Die Ende 2016 entwickelte blu:app, die Jugendliche ermutigt, sich mit sich selbst und ihrem Suchtmittelkonsum konstruktiv auseinanderzusetzen, wurde weiterentwickelt, sodass sie nun auch im Schulunterricht zum Einsatz kommen kann. Die „blu:app for school“ (blu:app + Schulmodule) ermöglicht es Lehrkräften, zwischen 45 und 120 Minuten interaktive und digitale Suchtprävention im Unterricht durchführen zu können. Jedes Tool

blu:prevent
Suchtprävention des
Blauen Kreuzes in Deutschland

der „blu:app for school“ ist interaktiv konzipiert und garantiert durch die hohe Selbstbeteiligung und den intensiven Austausch untereinander einen hohen Lerneffekt.

Unterstützt wird die Lehrkraft durch ein 48-seitiges Methodenhandbuch, das explizit für diese Unterrichtsform entwickelt wurde und kostenlos unter school.bluprevent.de angefordert werden kann. In diesem Handbuch finden sich eine Erklärung der blu:app, Anwendungsmöglichkeiten der App im Schulunterricht, interaktive Spielideen, Filmtipps, Kontaktadressen, Statements und vieles mehr. Auch wenn die „blu:app for school“ hauptsächlich für Schulen konzipiert ist, kann sie hervorragend auch in anderen Kontexten genutzt werden, z. B. in der Jugend- und Suchtarbeit. Finanziell gefördert wird dieses innovative Projekt von der DAK-Gesundheit. Ein erstes gemeinsames Großprojekt ist der Versand des Praxisbuches an tausend Schulen im ganzen Bundesgebiet.

Folgende Module wurden neu konzipiert und bereichern die Schulversion:

- Anonymer Self-Check für die Klasse: Hier werden die Schülerinnen und Schüler über ihr Smartphone durch zwölf Fragen zu ihrem Konsum geführt, die sie anonym beantworten und dann online und in Echtzeit an die Lehrerin oder den Lehrer (Moderator/in) senden. Die Ergebnisse werden live angezeigt und sorgen so für manche Überraschung und Gesprächsstoff.
- Jules Story: Jule ist 24 Jahre jung und Betroffene. In fünf Clips berichtet sie aus ihrem Leben und stellt den Schülern nach jeder Episode ein bis zwei Fragen, die sie beantworten sollen.
- Suchtbilder: Über den Beamer werden unterschiedliche Bilder aus dem Alltagsleben gezeigt. Die Schüler und Schülerinnen sind nun aufgefordert, den Zusammenhang zwischen den Bildern und der Entstehung einer Sucht zu erläutern.
- Thesenbattle: Unterschiedliche polarisierende Thesen werden per Beamer angezeigt, zu denen sich die Schüler per Voting positionieren müssen. Hier sind intensive Diskussionen garantiert.
- Suchtverlauf: Um die tückische Entstehung der Sucht verstehen zu lernen, werden die Schüler aufgefordert, aus mehreren Begriffen den „richtigen“ Suchtverlauf zu legen.
- Interaktiver Parcours: Hier findet Interaktion pur statt. Vier Gruppen in der Klasse besuchen vier Stationen mit vier unterschiedlichen Aufgaben. Entweder gibt es das Flaschendrehen mit persönlichen Berichten, Übungen mit der Rauschbrille oder es werden Begriffe aus der Sucht pantomimisch oder malerisch dargestellt.

Im April startete auch die Chatmöglichkeit, sodass die Jugendlichen auch nach dem Unterricht Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen haben und Nachhaltigkeit gewährleistet werden kann. Darüber hinaus haben die Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit, die Features der blu:app zu nutzen oder blu:prevent in den sozialen Netzwerken (Instagram, YouTube, Facebook) unter #vollfrei zu folgen.

Exklusiver Partner der blu:app for school ist der Schauspieler Eric Stehfest, der über seine Erfahrungen mit der Abhängigkeit von Crystal Meth das Buch „9 Tage wach“ geschrieben hat. Seine gemeinsam mit Lorris Blazejewski gegründete Filmproduktionsfirma Station B3.1 kooperiert künftig mit blu:prevent, um Kinder und Jugendliche für ein Leben ohne Sucht zu stärken.

www.bluprevent.de
www.vollfrei.de

1000 Schätze – Gesundheit und Suchtprävention in der Grundschule

Studien belegen, dass sich ein positives Schulklima, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern sowie die ermutigende Begleitung der Kinder durch ihre Eltern positiv auf die gesunde Persönlichkeitsentwicklung auswirken. Hier setzt das 1000 Schätze-Programm an: Das Konzept basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Lebenskompetenzansatz, zur Ressourcenorientierung und zu den positiven Wirkungen von Bewegung und Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit. Das Programm berücksichtigt systematisch Diversität. Methoden und Inhalte sind daher auch auf die Vielfalt der Kinder ausgerichtet. Kinder aus einem suchtbelasteten Elternhaus werden durch einen Workshop für Lehrkräfte und ein optionales Modul für Schülerinnen und Schüler besonders berücksichtigt.

Das 1000 Schätze-Programm wendet sich an Schulkinder in der 1. Klasse. In der 2. Klasse bieten zwei Module die Möglichkeit, erworbene Kompetenzen aufzufrischen. Die für die Programmdurchführung qualifizierten Lehrkräfte setzen Bildmaterialien, Geschichten, Gesprächsrunden, Bewegungs- und Koordinationsspiele, Einzel- und Teamaufgaben ein. Lieder unterstützen das Erreichen der Programmziele (CD „In mir sind 1000 Schätze“). Wiederholungen und Rituale sollen Halt gebende Abläufe fördern, soziale Kompetenzen etablieren und das Lernen erleichtern. Neben 21 Modulen für die Klassen (davon 10 optional) umfasst das Programm Module für die Eltern (Elterntreffen, Elterngespräche, Broschüren in neun Sprachen), für die Lehrkräfte und für die Schule als Organisation im Setting Quartier/Kommune.

Die Entwicklung und Einführung des 1000 Schätze-Programms ist ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer Institutionen: Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) verantwortet derzeit die Erprobung des Programms an dreizehn Schulen in Niedersachsen und koordiniert die Evaluation der einjährigen Pilotphase (9/2017 – 9/2018). Dr. Heidi Kuttler (Cooptima – Prävention und Gesundheitskommunikation) entwickelte das Programm auf der Grundlage einer Literaturrecherche und leitfadengestützten Interviews mit Lehrkräften, Eltern und Fachberatungen. Die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) unterstützt das Programm in finanzieller und fachlicher Hinsicht. Die Qualifikation der durchführenden Lehrkräfte und die fachliche Begleitung der Schulen erfolgt durch ausgebildete Fachkräfte für Suchtprävention in Niedersachsen.

www.1000schaetze.de

„8 bis 12- Mehr Sicherheit im Erziehungsalltag“ - Ein Kursprogramm für Eltern von Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren

Das Programm „acht bis zwölf“ der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, die Weiterentwicklung des Vorläufers „PEaS- Eltern an Schulen“, ist ein suchtpräventives Bildungsangebot für Eltern von Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren. Zentraler

Ansatz des Projektes ist es, eine klare Haltung zu entwickeln, Regeln für den Umgang mit Medien, Tabak und Alkohol in der Familie zu finden und gleichzeitig mit den Kindern dazu im Gespräch zu bleiben. Als Kursleiter/innen ausgebildete Multiplikator/innen (i. d. R. Sozialarbeiter/innen an Grundschulen) vermitteln die Inhalte im Rahmen eines modularen Elternkurses:

Modul 1: „Medien, Tabak, Alkohol:
Wie spreche ich mit meinem Kind darüber?“

Modul 2: „Mein Kind erzählt nichts mehr:
Wie bleiben wir trotzdem in Kontakt?“

Modul 3: „Ich mache mir Sorgen um mein Kind:
An wen kann ich mich wenden?“

Neben der Wissensvermittlung und Kompetenzvermittlung durch praktische, alltagsnahe Übungen steht der Austausch der Eltern im Vordergrund: Anhand von Beispielen reflektieren sie, was für sie an Konsum oder Verhalten „zum Alltag dazu gehört“– oder auch nicht – und besprechen Handlungsmöglichkeiten, wenn Probleme beginnen. Die Wichtigkeit, im Kontakt mit dem Kind zu bleiben, um auch dann reden zu können, „wenn es mal wirklich schwierig wird“, kommt im Kurs immer

Video: www.youtube.com/channel/UCpKAp240rrNryMxxyiyRI9w

wieder zur Sprache. Konkrete Tipps für eine positive Beziehungsgestaltung sowie Anregungen zur Vereinbarung von Familienregeln werden den Eltern vermittelt.

„acht bis zwölf“ wird in drei Bundesländern, gefördert durch die AOK – Die Gesundheitskasse, umgesetzt, begleitend evaluiert und stetig weiterentwickelt. Im Rahmen des Programms wurden Kurzfilme in Comic-Form zu den Themen“ Konsum von Zigaretten, Alkohol und Medien“ produziert, die online angesehen, heruntergeladen und an andere Eltern verschickt werden können.

www.kompetent-gesund.de/projekte/fuer-familien_acht-bis-zwoelf

Vitamine – schulische Suchtprävention

Das Modellprojekt Vitamine wurde von der Regionalen Fachstelle für Suchtprävention der Stadtmission Chemnitz entwickelt und wird durch das Amt für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz gefördert und fachlich begleitet.

Ziele des Projekts sind, Suchtprävention an Schulen aktiv anzustoßen, bei der Erarbeitung eines individuellen Konzeptes zur schulischen Suchtprävention zu unterstützen und damit Suchtprävention in den Chemnitzer Schulen nachhaltig zu implementieren. Vitamine gibt der Schulsozialarbeit – dem zentralen

Multiplikator vor Ort – das notwendige Handlungswissen.

Die ersten sechs Vitamine-Schulen mit etwa 1.550 Schülerinnen und Schülern sowie 150 Lehrkräften haben im Zeitraum von 2015 bis 2017 erfolgreich am Modellprojekt teilgenommen. Sie konnten in dieser Zeit mit Unterstützung von Vitamine einen

individuellen schulischen Präventionsplan entwickeln und implementieren. Damit wurden zahlreiche suchtpräventive Projekte als fester Bestandteil im Schulkonzept festgeschrieben. Die Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter wurden zudem im Umfang von 27 Fortbildungstagen durch das Curriculum von Vitamine zu „Fachmultiplikator/innen für Schulische Suchtprävention“ geschult.

Die Schulen werden im Rahmen der Qualitätssicherung bei der Umsetzung ihres schulischen Präventionsplanes weiter betreut. 2018 starten außerdem neue Chemnitzer Schulen mit Vitamine 2.0.

Vitamine nimmt Einfluss auf das Setting Schule – dazu gehören strukturelle Veränderungen ebenso wie atmosphärische. Ein Beispiel dafür ist die „Lobstation“. Dort sind kleine Botschaften zu finden, die – weitergegeben an andere – positive Aufmerksamkeit vermitteln.

Die Idee zur „Lobstation für das Lehrerzimmer“ entstand im Rahmen des Modellprojektes Vitamine – und das Lob darf selbstverständlich auch an

Schülerinnen und Schüler weitergegeben werden. Unterstützung für herausfordernde Situationen anzubieten, setzt voraus, Veränderungen wahrzunehmen und anzusprechen. Um diese Kompetenzen zu vermitteln, ist es wichtig, Achtsamkeit und Teamgeist selbst zu leben. Mit der „Lobstation“ möchte Vitamine einen positiven Beitrag zu einem gesunden Lehr- und Lernklima schaffen, welches neben regelmäßig stattfindenden Präventionsangeboten sowie einem Handlungs- und Interventionsleitfaden eine wichtige Basis für Suchtprävention an Schulen bildet.

Kommst Du gut im Leben klar? - Projekt zur Lebens- und Berufsorientierung für Geflüchtete

Das Projekt richtet sich an junge Geflüchtete, die in bremischen Berufsschulen auf eine berufliche Orientierung bzw. Neuorientierung vorbereitet werden (Klassen mit Berufs-und Sprachorientierung) und in ihrer derzeitigen Lebenswelt auf der Suche nach individuellen Lebens- und Berufsperspektiven sind. Der Einsatz erfolgt ab dem zweiten Jahr der schulischen Berufsorientierung und Sprachförderung.

Ziel des Projektes ist es, dass die Teilnehmenden individuelle Handlungsspielräume, Risiken, Grenzen und Unterstützungsbedarf hinsichtlich ihres Lebensalltags und ihrer beruflichen Perspektiven erkennen. Es geht um die Verknüpfung von realen Möglichkeiten und Wünschen und den damit verbundenen Herausforderungen.

Das Projekt umfasst vier Schwerpunkte:

- Blick auf mein Leben
- Im Team unterwegs zu persönlichen und beruflichen Perspektiven
- Herausforderungen und Risiken im Alltag auf der Suche nach Lebens- und Berufsorientierung (Erleben und Ausprobieren durch Arbeit mit theaterpädagogischen Methoden. Besonders im Fokus stehen dabei Gesundheitsförderung und Suchtprävention.)

- Meine nächsten Schritte in der Welt von Ausbildung und Beruf inklusive individueller Arbeit an den nächsten Schritten unterstützt durch Portfolio

Für das Gelingen des Projekts ist – vor dem Hintergrund der vielfältigen sozio-kulturellen Biografien, der unterschiedlichen Erfahrungen und vieler Fragen zu sozialer und beruflicher Integration – eine intensive Begleitung erforderlich. Das Projekt wird daher von einem speziell geschulten Team durchgeführt, zu dem sowohl Fachkräfte der Suchtprävention als auch der Berufsorientierung gehören, unterstützt von Expertinnen und Experten sowie gegebenenfalls externen Beraterinnen und Beratern. Das beschriebene Setting ermöglicht es, viele sensible Themen aufzugreifen, die zwischen universeller und indizierter Suchtprävention bedeutsam sind.

Das Projekt wird vom Landesinstitut für Schule Bremen in Zusammenarbeit der Arbeitsfelder Gesundheit und Suchtprävention sowie Schule Wirtschaft konzipiert und umgesetzt. Realisiert wird es in Kooperation mit der Wilden Bühne Bremen e. V. (Theaterensemble mit ehemals drogenabhängigen Menschen) und dem DAV Bremen/ Kletterzentrum.

Die zweijährige Modellphase wurde sehr erfolgreich ausgewertet und abgeschlossen. Derzeit laufen Verhandlungen und Planungen für eine Verstetigung des Projektes.

Design Your life SPEZIAL – Projekt zu Lebenskompetenz, Risikoverhalten und Prävention von Alkoholmissbrauch

Das Projekt in Bremen wurde 2012 in Zusammenarbeit mit der BZgA zur Alkoholprävention im Setting Schule für Jugendliche ab Klassenstufe 10 aus unterschiedlichen Schultypen entwickelt. Ausgelöst durch neuere Untersuchungen des Konsumverhaltens junger Erwachsener, insbesondere der Berufsschülerinnen und -schüler, verlagerte sich der Schwerpunkt auf diese Zielgruppe. Derzeit nehmen jährlich zehn Klassen unterschiedlicher Ausbildungsrichtungen aus den Beruflichen Schulen Bremens kostenfrei am Projekt teil.

Das Alltagsverhalten der jungen Erwachsenen wird von Alkoholkonsum bis zu Verhaltenssucht reflektiert. Gemeinsam wird an den Themen Risiko, Grenzen, Suchtvermeidung und Gesundheitsförderung, mit dem Ziel gesundheitsschädigendes Konsumverhalten zu minimieren, gearbeitet.

Das Landesinstitut für Schule/Gesundheit und Suchtprävention Bremen führt das Projekt in Kooperation mit der Wilden Bühne Bremen (Theaterensemble mit ehemals drogenabhängigen Menschen) durch. Seit drei Jahren unterstützt die hkk Bremen das Projekt finanziell. Auswertungen nach jeder Projektdurchführung und ein jährlicher Evaluationsbericht garantieren eine Anpassung an die aktuellen Bedarfe der Teilnehmenden.

Das Projekt findet mit jeweils einer Klasse an zwei aufeinander folgenden Schultagen in den Theaterräumen der Wilden Bühne e. V. statt. Obligatorisch ist eine vorangestellte Fortbildung für die Lehrkräfte der beteiligten Klassen. Die Zahl der Bewerbungen der Schulklassen liegt jährlich über der möglichen Teilnehmer/innenzahl. Die Auswahl der Klassen erfolgt unter Berücksichtigung der Sozialindikatoren für Bremen.

Jede Projektdurchführung wird von vier Teamerinnen und Teamern mit entsprechender Qualifizierung begleitet. Die beiden Projekttage haben verschiedene Schwerpunkte.

Tag 1: „NO RISK, NO FUN?"

- Basistag für die ganze Gruppe: Diskussion eigener Lebensvorstellungen und Werte, Reflektion eigener Konsumgewohnheiten, Auseinandersetzung mit Verantwortung, Grenzen und Risiken
- Gruppenarbeit mit verschiedenen Methoden zur Frage „Kommst Du gut im Leben klar und wie gehst Du mit Risiken um?"
- Selbstcheck zum Thema Alkohol sowie zu anderen Konsumgewohnheiten (Themen reichen von Spielverhalten über Bodystyling bis Social Media). Die Auswahl erfolgt durch die Jugendlichen.

Tag 2: ZWISCHEN „DESIGNERN" UND „SPEZIALISTEN"

- Projektgruppenarbeit: Aufgreifen der Konsumgewohnheiten aus dem Selbstcheck, Austausch zu vorhandenen Erfahrungen, Gewohnheiten, Nutzen, Grenzen und Risiken
- Einsatz verschiedener Methoden: z. B. medienpädagogische oder theaterpädagogischer Arbeit, Orientierungsgespräche, Motivierende Gesprächsführung bei Bedarf für einzelne Teilnehmende
- Vorstellung von Unterstützungsangeboten für unterschiedliche Bedarfe

Damit erschließt das Projekt von universeller Prävention über selektive Prävention zu Ansätzen indizierter Prävention in zwei Tagen verschiedene Zugangswege und ist für gezielte weitere pädagogische und beratende Arbeit gut geeignet. Gemeinsam in der ganzen Klasse endet die Projektarbeit mit Berichten aus den Gruppen, Wünschen und Ideen zur weiterführenden suchtpräventiven Arbeit, die an die Lehrkraft weitergeleitet werden können.

Neugründungsmanagement für Selbsthilfegruppen und alternative Selbsthilfeangebote

Die Lebenswelten und das Konsumverhalten jüngerer Suchtkranker oder Suchtgefährdeter erfordern eine Erweiterung der klassischen Suchtselbsthilfeangebote. Im Januar 2017 startete bei der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V. (TLS e. V.) das durch die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland geförderte einjährige Projekt „Neugründungsmanagement für Selbsthilfegruppen und alternative Selbsthilfeangebote".

Die Region Eisenach/Wartburgkreis mit ihren städtischen und ländlichen Ressourcen und Begrenzungen und ihrem bestehenden aktiven Suchthilfenetzwerk wurde als Standort gewählt. Der Fokus des Projektes lag auf dem Versuch, die Bedarfe junger Suchtkranker in der Region ergänzend zu Behandlung und Beratung zu erfassen. Mit der Stärkung des Blicks aus der Suchtselbsthilfe heraus sollte das bestehende regionale Hilfe- und Unterstützungssystem weiter qualifiziert und neue Zugänge für junge Suchtkranke in differenzierte Formen der Suchtselbsthilfe ermöglicht werden. Die Projektumsetzung umfasste eine Analyse der Angebote in Eisenach und Wartburgkreis, die Einbeziehung des bestehenden Suchthilfenetzwerkes, Interviews mit Akteuren der Suchthilfe und angrenzender Bereiche und Interviews mit Betroffenen. Darüber hinaus wurden in einer umfangreichen bundesweiten Recherche neue Ansätze, Praxisbeispiele und Analysen der „Jungen Selbsthilfe" zusammengeführt und auf Übertragbarkeit für das benannte Projekt geprüft. Als gutes Praxisbeispiel konnte die Gruppe „Anker" für junge suchtkranke Mütter beschrieben werden. Die Erkenntnisse im Projektzeitraum wiesen darauf hin, dass Selbsthilfeangebote für junge/jüngere suchtkranke Menschen neue Ansätze brauchen. Hier stehen sowohl die klassische Suchtselbsthilfe wie auch die professionelle Suchthilfe vor der Aufgabe „Wegbegleiter" zu sein, weniger in festen Strukturen Angebote zu gestalten, mehr Entwicklungsspielräume und Erprobungsangebote zuzulassen. Die durch andere Studien belegten Erfahrungen können durch dieses Projekt bestätigt werden. Nächster Schritt ist zwingend, das Wissen in aktives Tun umzusetzen. Hier besteht die Chance, einer gemeinsamen Weiterentwicklung der Suchtselbsthilfe und der professionellen Hilfe (nicht nur im unmittelbaren Suchtberatungskontext).

www.tls-suchtfragen.de

Kreuzbund – Beteiligungsprozess „dazugehören“

Die Bedeutung und das Gewicht eines Selbsthilfeverbandes sind eng verbunden mit der Anzahl der Menschen, die im Verband vertreten und aktiv sind. Ein flächendeckendes Selbsthilfenetz ist nur dann möglich, wenn eine entsprechend große Anzahl an Menschen bereit ist, mit ihrer Begeisterung eine gute Gruppenarbeit vor Ort zu gewährleisten und „Kreuzbund zu leben“.

Der Kreuzbund hat ca. 24.000 Gruppenbesucher und knapp 12.000 Verbandsmitglieder, die sich meist wöchentlich in den bundesweit 1.400 Gruppen treffen. Ein Verband dieser Größenordnung benötigt verlässliche transparente Strukturen, damit die Gruppen vor Ort gut arbeiten können. Dafür ist es notwendig, von Zeit zu Zeit kritisch zu prüfen, welche Grundwerte, Normen, Regeln und Rituale erhalten werden sollten und welche veränderungsbedürftig sind, weil sie überholt und nicht mehr zeitgemäß sind.

Um den Kreuzbund an die sich wandelnden Anforderungen der Sucht-Selbsthilfe anzupassen und ihn entsprechend zu positionieren, hat die Bundesdelegiertenversammlung im April 2013 den Bundesvorstand beauftragt, ein strategisches Konzept zu entwickeln, um die gesamte Ausrichtung des Verbandes neu zu überdenken. Im Mittelpunkt der Agenda 2020 stehen die Bedürfnisse und Motive der Menschen, die sich dem Kreuzbund anschließen. Ziel ist es, den Kreuzbund zukunftsfähig zu machen.

Die Ergebnisse einer Befragung von bundesweit rund 30 Kreuzbund-Gruppen gaben Anhaltspunkte für einige wesentliche Kernfragen, die im Rahmen einer Zukunftswerkstatt im November 2015 weiter konkretisiert wurden.

Daraus ging die Beteiligungskampagne „dazugehören“ hervor. Sie versteht sich als Prozess, der Raum schafft für umfassende Beteiligung, intensive Begegnung sowie gemeinsames Arbeiten, um die Zusammengehörigkeit, das Aufeinanderangewiesen sein und den Respekt vor den je eigenen Aufgaben und Kompetenzen der unterschiedlichen Verbandsebenen bewusst zu machen und zu stärken. Es wurde vereinbart, auf der mittleren Ebene aller 27 Diözesanverbände mit dem gleichen inhaltlichen und methodischen Konzept, der sog. „World-Cafe-Methode“, an den gleichen Fragen zu arbeiten, und zwar bis Ende 2017 auf Gruppenleitungstagungen und Ausschutzsitzungen. Beteiligt waren alle wesentlichen Verbandsebenen, von der Gruppe über die Stadt- und Regionalverbände, die Diözesanebene bis zur Bundesebene. Diese wurde vertreten von je einem Mitglied des ehrenamtlichen Bundesvorstands und einem hauptamtlichen Referenten der Bundesgeschäftsstelle. Dieser erstmalig flächendeckende und direkte Kontakt der Gruppen mit ihrem Diözesanverband und der Bundesebene hat manche Vorurteile aus dem Weg geräumt und wurde von allen Seiten als sehr positiv empfunden. Deswegen sollte die Idee der Drei-Ebenen-Beteiligung und Präsenz der Bundesebene vor Ort zukünftig in weiteren Veranstaltungsformaten fortgesetzt werden.

Die inhaltliche Konzeption sah vor, an zwei Themen zu arbeiten, und zwar an der Verbesserung der Willkommenskultur sowie an der Entwicklung zentraler Kernbotschaften. Die Ergebnisse aller Arbeitstagungen wurden vom Bundesverband zusammengefasst und im Februar 2018 von einem Lenkungsausschuss aufbereitet. Die Bundesdelegiertenversammlung Ende April 2018 hatte die Aufgabe, die Konsequenzen aus dem Gesamtergebnis zu ziehen und die nächsten Schritte zu beschließen. Der Lenkungsausschuss wird der Bundesdelegiertenversammlung folgende Themenfelder für umsetzungsorientierte Projekte empfehlen:

- Die Entwicklung von emotional starken Markenbotschaften des Kreuzbundes auf der Grundlage der Ergebnisse der Beteiligungskampagne (z. B. Videoclips mit Slogans)
- Die Durchführung einer Wirkungsanalyse zum Kreuzbund-Logo
- Die Erarbeitung von weiteren Formaten der Beteiligung und Vernetzung der Ebenen im Kreuzbund (Gruppen-, Diözesan- und Bundesebene)
- Die Entwicklung von niedrigschwelligen analogen und digitalen Angeboten, Methoden und Instrumenten zur Vertiefung der Gruppenbindung
- Die Erarbeitung einer Digitalisierungsstrategie

www.kreuzbund.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – UPDATE 2 „Vielfalt LEBEN“

Das Projekt „UPDATE 2 – Vielfalt LEBEN“ war ein zentrales Projekt für die Sucht-Selbsthilfeorganisation BKE - Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche. In den Jahren 2013 – 2015 bereitete das Projekt den Weg für die Entwicklung einer bewährten Unterstützungskultur hin zu einer fördernden Beteiligungskultur.

Bis zum Start des Projekts richtete sich der Fokus der Hilfsangebote auf Suchtkranke aller substanz- und verhaltensbezogenen Störungen. Das Gelingen der Integration dieser Menschen in die bis dato traditionelle Alkoholselbsthilfe stand im Fokus. Mit „UPDATE 2“ weitete sich der Blick auf alle Menschen, die unmittelbar und mittelbar von Abhängigkeit berührt und beeinflusst werden - Angehörige, Interessierte und der berufliche Bereich des (Sucht) Hilfesystems.

Damit wurde eine gewisse „Erneuerung“ und Optimierung des BKE eingeleitet. Die Bedingungen, die in den Selbsthilfegruppen vor Ort, in den Zusammenschlüssen der Regionen und Länder und auch auf Bundesebene Status Quo waren, wurden dahingehend verändert, dass sich heute alle Menschen angesprochen und dazugehörig fühlen. Gesundheit, Un-Abhängigkeit und Lebendigkeit sind die Themen des Verbandes und gleichzeitig die Bedürfnisse der Mitglieder und Mitwirkenden, mit denen sich alle identifizieren. Die UN-Konvention zum Menschenrecht auf Inklusion ist dabei ein wesentlicher Leitgedanke.

Das Verbindende und nicht das Trennende ist handlungsleitend bei den Angeboten des Verbandes. Alle Mitglieder sind gleich wertvoll – Junge und Alte,

Frauen und Männer, Angehörige und Suchtkranke. Um diese Haltung zu erreichen, wurden im Projekt insbesondere in drei Handlungsfeldern neue Ansätze entwickelt, sodass ein gleichberechtigtes Nebeneinander unter Berücksichtigung der Verschiedenartigkeit ermöglicht werden kann:

- Abhängigkeit und (Familien)System – ein BKE für alle?!
- Außendarstellung und Selbstbild des BKE – wer sind wir und wie präsentieren wir uns?
- Wertschätzung und Kontakt – Qualität auf allen Ebenen

2014 wurden in einem innovativen und zukunftsweisenden Konzept Fachbereiche und Fachgruppen des BKE ins Leben gerufen. In diesen Fachbereichen und Fachgruppen engagieren sich Menschen aus den Selbsthilfegruppen des BKE entsprechend ihrer Interessen und Kompetenzen. Sie stellen die Ergebnisse ihrer Arbeit allen Mitgliedern des Verbandes

zur Verfügung und beleben und entlasten damit Einzelne und auch den gesamten Verband.

Zurzeit arbeiten rund 50 Menschen ehrenamtlich und hoch verbindlich in folgenden Fachbereichen und erfahren ein großes Maß an Wertschätzung und Dazugehörigkeit:

- Fachbereich Öffentlichkeitsarbeit mit den Fachgruppen
- Fachbereich Wendepunkt – Angehörige im BKE mit den Fachgruppen
- Fachbereich JULITI – Jugend im BKE mit den Fachgruppen
- Fachbereich Organisation

Das Projekt „UPDATE 2 – Vielfalt LEBEN“ hat die Entwicklungsprozesse im BKE intensiviert und verbindliche Strukturen geschaffen. Heute steht das BKE nicht nur als Kurzform für Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche. Das BKE steht auch für

B – beteiligt sein
K – kompetent sein
E – eingebunden sein

Und die Entwicklung geht weiter. Die Veränderungen sollen nachhaltig wirksam sein. Dazu bedarf es einer Konzentration auf die vielen Menschen in den Selbsthilfegruppen. Was brauchen die Menschen in den Gruppen, um ein verändertes BKE – „Ein BKE für alle“ – leben und weitergeben zu können? „Menschen stärken Menschen – Verbindungen und Verbindlichkeit fördern“ ist das aktuelle Projekt des BKE und wird sich dieser Frage stellen.

www.bke-suchtselbsthilfe.de/organisation/projekte

Häusliche Gewalt und Sucht

Fast 130.000 Menschen – Frauen, Männer und Kinder – sind pro Jahr Opfer von häuslicher Gewalt. Häusliche Gewalt ist keine Privatsache, sondern eine Straftat. In etwa 50 Prozent der Fälle von häuslicher Gewalt ist Alkoholkonsum mit im Spiel. Wer Gewalt erlebt, ist oft nicht in der Lage, darüber zu sprechen oder sich gar Hilfe zu holen. Darum ist es so wichtig, über dieses Tabu-Thema zu reden und Hilfsangebote zu unterbreiten. Auch in der Suchtselbsthilfe wird häusliche Gewalt aus Scham oftmals nicht thematisiert.

Mit der Broschüre „Wer blau ist, sieht schneller rot“ soll die Problematik gesprächsfähig gemacht werden, auch und besonders in der Suchtselbsthilfe. Darüber hinaus bietet sie Aufklärung und Information für Betroffene und für Helferinnen und Helfer. Nicht zuletzt soll die Zusammenarbeit mit beruflichen Hilfen für Opfer und Täter und der Suchtselbsthilfe herausgehoben werden, denn im Hilfesystem haben sowohl die Selbsthilfe als auch die beruflichen Hilfen ihre jeweils eigenen Aufgaben.

Mithilfe der krankenkassenindividuellen Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V durch den BKK Dachverband war die Erstellung der Broschüre möglich. Die Broschüre kann auf der Homepage der Guttempler heruntergeladen werden.

www.guttempler.de

Kultursensible Öffnung der Sucht-Selbsthilfe – Eine Handreichung für Selbsthilfegruppen

2016 betrug die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland knapp 16 Millionen – das sind fast 20 Prozent der Gesamtbevölkerung. Menschen aus ca. 190 Staaten dieser Welt sind in Deutschland zuhause.

Migration stellt in jedem Fall ein psychosoziales Wagnis dar. Das soziale Umfeld des Herkunftslandes aufzugeben – aus welchen Motiven oder Zwängen auch immer – bedeutet den Verlust von psychischer Ganzheit. Im Zielland besteht die Anforderung, diese Ganzheit wieder herzustellen, in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozess. Eine Vielzahl von Faktoren können die Migrierenden belasten wie z. B. Trennungsschmerz, Verständigungsprobleme, Ablehnung durch die neue Umgebung, Wohnungsnot, Beziehungskrisen in der Familie, Arbeitslosigkeit. Während eine Mehrzahl der Migrantinnen und Migranten derartige Schwierigkeiten über kurz oder lang bewältigt, sind manche von diesem Prozess überfordert und sehen sich mit einer inneren Leere konfrontiert. Dieser Leere stehen Drogen und Suchtverhalten mit ihren Schein-Lösungen gegenüber.

Die Handreichung „Kultursensible Öffnung der Sucht-Selbsthilfe will Aktive in Selbsthilfegruppen ermutigen, sich mit anderen Kulturen und mit Menschen mit Migrationshintergrund zu beschäftigen und Berührungsängste zu verlieren. Neben vielen Informationen bietet sie Hilfestellungen für das „Brücken schlagen“ und die Begegnung in der Suchtselbsthilfe – die für alle Seiten bereichernd ist!

Die Handreichung „Kultursensible Öffnung der Sucht-Selbsthilfe“ findet sich zum Download auf der Homepage der Guttempler.

www.guttempler.de

Kindern von Suchtkranken Halt geben

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

www.freundeskreise-sucht.de

Schulterschluss – Qualifizierungs- und Kooperationsoffensive für Kinder aus suchtbelasteten Familien

„Schulterschluss“ wird in Baden-Württemberg seit 2013 in Kooperation zwischen der Landesstelle für Suchtfragen und dem KVJS-Landesjugendamt (KVJS - Kommunalverband für Jugend und Soziales) durchgeführt. Im Kern besteht das Konzept aus einer Qualifizierungs- und Kooperationsoffensive für Fachkräfte aus der Jugendhilfe und Suchthilfe. Ziel ist es, gemeinsames Handeln von Jugend- und Suchthilfe zu initiieren, zu stärken und nachhaltig auszubauen. 28 Standorte nahmen an der ersten Phase von „Schulterschluss“ teil (2013-2015). Über die gemeinsame Bearbeitung von Fachthemen sollten sich die Fachkräfte der unterschiedlichen Disziplinen besser kennenlernen und ihre unterschiedlichen Arbeitsaufträge verstehen. Dadurch sollte ein gemeinsames Verständnis der Problemsituation der betroffenen Familien und der einzelnen Familienmitglieder (Kinder und Eltern) hergestellt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe und Suchthilfe sollten in einem gemeinsamen Lernprozess das Know How zur gegenseitigen Unterstützung der Hilfeplanung, -koordinierung und -durchführung entwickeln. Eine verbindliche Absprache zu gemeinsamem Handeln bis hin zu Kooperationsvereinbarungen wurde geplant.

Die qualifizierenden Inhouse-Seminare gliederten sich in vier Module, die jeweils einen halben Tag unter Anleitung von erfahrenen Fachkräften gemeinsam bearbeitet wurden:

- Kinderschutz in Familien mit Suchtbelastung
- Lebenslagen von Kindern aus suchtbelasteten Familien
- Zusammenarbeit mit suchtkranken Eltern
- Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe

Die Ergebnisse der Evaluation sind ermutigend. Die Hypothese, dass Zusammenarbeit und persönliches Kennenlernen der unterschiedlichen Fachdisziplinen den Fachkräften mehr Handlungssicherheit verschafft, wird mit „Schulterschluss“ bestätigt.

Besonders das Modul „Kinderschutz in Familien mit Suchtbelastung“ war wichtig: Rund 55 Prozent der Teilnehmenden haben hier fachlich dazu gelernt. 43 Prozent gaben an, im Modul „Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe“ Neues gelernt zu haben. In einem Vorher-Nachher-Vergleich wurde von 67 Prozent der Teilnehmenden die positive Auswirkung auf die Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe hervorgehoben. In einer abschließenden Gesamtbeurteilung bewerteten 83 Prozent der Befragten die Reihe der Inhouse-Seminare mit „sehr gut“ oder „gut“.

Zwei Jahre nach Abschluss der ersten Projektphase, wurde 2017 eine Nachbefragung bei den Projektbeteiligten durchgeführt. Einige markante Ergebnisse zeigen, dass „Schulterschluss“ erfreulich nachhaltige Wirkung zeigt. Die Hälfte der Befragten findet, dass die Problematik von Kindern suchtkranker Eltern besser erkannt wird und 67 Prozent sehen eine bessere Unterstützung in der Region als vorher. Allein diese Tatsache bestätigt im Nachhinein den Ansatz von “Schulterschluss“. Als zentrale Wirkfaktoren lassen sich die persönlichen Kontakte und das daraus resultierende, persönliche Wissen um die Fachlichkeit und die Angebote anderer Dienste herausstellen. Aber auch ein Perspektivwechsel aus einer anderen fachlichen Richtung trägt dazu bei, eine Sensibilisierung zu erreichen. In der Nachbefragung wird aber auch bestätigt, dass die Erreichbarkeit und die Zusammenarbeit mit suchtkranken Eltern eine Daueraufgabe bleiben.

Bemerkenswert ist auch, dass die Handlungssicherheit der Fachkräfte entscheidend zusammenhängt mit dem persönlichen Kennen der anderen Fachdienste. Das spricht für eine weitere Stärkung dieses Ansatzes. Auch der sehr hohe Anteil der noch bestehenden Netzwerke und der beachtlichen Anzahl an Kooperationsvereinbarungen deutet in diese Richtung. „Schulterschluss“ zeigt gute Ergebnisse, auch wenn es in allen Bereichen „Luft nach oben“ gibt. Es kommt nun darauf an, dass die Kontakte und das neue Wissen in den unterschiedlichen Systemen und zwischen ihnen aufrechterhalten werden. Hierzu müssen verantwortliche Schlüsselpersonen benannt werden.

Um dies zu stärken, wurde vom Land Baden-Württemberg SCHULTERSCHLUSS II im Februar 2018 neu aufgelegt. Die bisherigen Standorte haben die Möglichkeit, mit ihrem Netzwerk einen ganztägigen, vertiefenden Workshop zu einem der vier Modulthemen (s. o.) oder zu dem neu eingeführten Vertiefungsthema „Institutionsübergreifende Fallarbeit“ durchzuführen. Aber auch das bewährte Schulterschluss-Konzept wird für neue Standorte weiterhin gefördert. Die bisherige Resonanz ist außerordentlich zufriedenstellend. Das zeigt, dass Konzept und Praxis zusammenpassen.

Von 28 Schulterschluss-Standorten haben 19 einen Vertiefungsworkshop in Anspruch genommen – davon 17 das Modul „Institutionsübergreifende Fallarbeit“. Sieben Standorte sind neu in SCHULTERSCHLUSS eingestiegen. Damit wurde SCHULTERSCHLUSS in Baden-Württemberg insgesamt an 35 Standorten eingeführt. SCHULTERSCHLUSS II läuft Ende 2018 aus. Dann werden die Rückmeldungen ausgewertet.

www.suchtfragen.de/projekte

Laufer Mühle – IHK-Zertifikatslehrgang zum „Betrieblichen Suchtberater“

Die Soziotherapeutischen Einrichtungen der Laufer Mühle im mittelfränkischen Aischgrund, einer Einrichtung der Ordenswerke des Deutschen Ordens mit Sitz in Weyarn, haben sich auf chronisch suchtkranke Menschen spezialisiert und in den 25 Jahren ihres Bestehens vielfältige und vor allem ungewöhnliche Konzepte entwickelt. Ihnen allen ist eines gemeinsam: Sie verfolgen einen umfassenden, ganzheitlichen Ansatz. Das Team begleitet die Bewohner dabei auf ihrem Weg in eine suchtfreie Zukunft und eröffnet ihnen Möglichkeiten sowohl zur Teilhabe an der Gemeinschaft, als auch am Arbeitsleben.

Aufgrund der hohen Nachfrage auch von Führungskräften und Ausbildungsleitern verschiedener Branchen hat sich die Laufer Mühle vor einigen Jahren entschieden, gemeinsam mit der IHK Akademie einen Zertifikatslehrgang zum „Betrieblichen Suchtberater“ zu entwickeln.

„Unsere Motivation als IHK ist ganz simpel: Wirtschaft muss dem Menschen dienen und hier ist ein Vorzeigeprojekt entstanden, das am Ende dem Betrieb und vor allem dem betroffenen Menschen echte Hilfestellung leistet.“

Dirk von Vopelius, Präsident der IHK Nürnberg für Mittelfranken

Ziele der Ausbildung sind theoretisches Basiswissen, Techniken der Früherkennung, rhetorische Fähigkeiten und, wie die Fortbildungsbeauftragte der Laufer Mühle, Sigrid Thiem, es nennt: „zu lernen, wie Süchtige ticken, täuschen und sich tarnen – aber auch, welche Potenziale und Fähigkeiten in ihnen stecken, wenn diese nur in positive Richtung gelenkt werden“.

Die Ausbildung ist intensiv und ergebnisorientiert. Sie bietet Handwerkszeug, damit die Betrieblichen Suchthelferinnen und Suchthelfer in ihren Unternehmen oder als externe Ansprechpartner und Mittler zwischen suchtgefährdeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und dem Suchthilfesystem sowie als Berater des Unternehmens zur Implementierung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen kompetent einsatzfähig sind.

Suchterkrankungen bringen nicht nur gesundheitliche und soziale Probleme mit sich, sondern verursachen auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. Die IHK-Zertifikatslehrgänge der Laufer Mühle und der IHK Akademie Nürnberg für Mittelfranken tragen dem Umstand Rechnung, dass es Sinn macht, die Expertise in Sachen Sucht – ehemals Abhängige, die zu Fachkräften werden – in Schulen, Unternehmen und Institutionen zu bringen und sie dort sowohl therapeutisch als auch präventiv zu nutzen.

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 intensivierte 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.

www.sgb2.info/DE/Themen/ABC-Netzwerke/abc-netzwerke.html

Präventive Ansätze und Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung

Die Agenturen für Arbeit und Jobcenter der Bundesagentur für Arbeit intensivieren im Rahmen eines seit 2016 bundesweit angelegten Modellprojekts zur „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Krankheitsprävention. Am Modellprojekt wirken 125 Standorte mit. Die Zusammenarbeit erfolgt auf der Grundlage des Präventionsgesetzes. Ziel ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit sozial Benachteiligter.

Fallmanagement

Im Rahmen der Qualifizierung von Fallmanagern der Bundesagentur für Arbeit zu „Zertifizierten Care- und Casemanagerinnen und -managern“ 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.

Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen in der stationären Suchtrehabilitation mit der EMDR-Methode – eine Effektivitätsstudie

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) gehören zu den häufigsten Komorbiditäten bei Suchtkranken. Aufgrund ihrer Bedeutung für das Rehabilitationsergebnis sollen spezifische Therapieansätze bei Rehabilitanden mit Suchterkrankungen evaluiert und in die Rehabilitationsbehandlung integriert werden.

Das Ziel der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit einer Behandlung mit Eye Movement

Desensitization and Reprocessing (EMDR) im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation, um so zu einer effektiveren Rehabilitationsbehandlung der Betroffenen beitragen zu können.

Das Vorhaben wird seit April 2015 im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Westfalen in der MEDIAN-Klinik Dormagen durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg durchgeführt. Die Studie wurde bis Oktober 2018 verlängert. Erste Ergebnisse zeigen eine gute Haltequote von 80 Prozent. Ferner sind bisher unerwünschte Ereignisse in nur geringem Maß aufgetreten. Daraus lassen sich Hinweise ableiten, dass die EMDR-Methode auch bei der schwer erkrankten Zielgruppe eingesetzt werden kann. Der Abschlussbericht wird für Anfang 2019 erwartet.

Berufsbezogene Sucht-Nachsorge

Die positiven Ergebnisse des „BISS"-Projekts (berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung), über die im Drogen- und Suchtbericht zuletzt 2015 berichtet wurde, hat die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg zum Anlass genommen, ein flächendeckendes Angebot nach der Suchtrehabilitation für die Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt zu entwickeln. Dieses Angebot soll die berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) im Rahmen der Nachsorge fortführen.

Da es sich um eine intensive Suchtnachsorge handelt, die den Fokus neben der Abstinenzsicherung auch auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben legt, wurde die „berufsbezogene Suchtnachsorge" mit verschiedenen Trägern entwickelt. Mittlerweile sind hierfür über 60 Nachsorgestellen in Baden-Württemberg anerkannt, sodass das Angebot flächendeckend zur Verfügung steht. Die Verlängerungsoption der Suchtnachsorge wird für die „berufsbezogene Nachsorge" genutzt, sodass die „berufsbezogene Nachsorge" parallel zur regulären Nachsorge läuft. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten somit bis zu 20 Gesprächseinheiten ausschließlich für die „berufsbezogene Nachsorge".

Für die Teilnehmenden stellt sich die berufsbezogene Nachsorge aufgrund der Abgrenzung zur regulären Nachsorge positiv dar, da sie einen festen Ansprechpartner haben, der sich mit ihnen um die berufliche Integration kümmert. Die Ansprechpartnerin bzw. der Ansprechpartner der Nachsorgestelle nimmt bei Bedarf Kontakt mit anderen Leistungsträgern oder dem Arbeitgeber auf und unterstützt die Betroffenen hierbei. Weitere Themen können beispielsweise die Unterstützung bei Bewerbungen, Stärken/Schwächen-Analysen oder der Umgang mit Konfliktsituationen am Arbeitsplatz sein. Die berufsbezogene Nachsorge findet wie die reguläre Nachsorge im Einzel- und Gruppensetting statt. Bisher haben 130 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen die berufsbezogene Nachsorge abgeschlossen. Erste Ergebnisse zeigen, dass sich das neue Angebot gut etabliert hat.

www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/02_Suchtreha/Nachsorgestellen.html

Su+Ber (Sucht und Beruf)

Das Projekt Su+Ber (Sucht und Beruf) wurde im Drogen- und Suchtbericht 2017 erstmals vorgestellt. Es zeichnet sich durch eine Vernetzung von rechtlich eigenständigen Leistungen des Jobcenters, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Suchtberatung aus. Um eine Integration alkoholabhängiger und substituierter Menschen in den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen, wird eine Fördermaßnahme des Jobcenters bei einem Beschäftigungsträger um eine ambulante Suchtrehabilitation und um eine sozialpädagogische Betreuung durch die Suchtberatung ergänzt. Im Anschluss an die Fördermaßnahme des Jobcenters soll im Idealfall eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgen. Eine Weiterbetreuung und Krisenintervention wird über die ambulante Suchtrehabilitation und die Suchtnachsorge sichergestellt.

In den ersten zwei Jahren der Projektlaufzeit wurde bei 200 potenziellen Teilnehmenden die Eignung für die Projektteilnahme eingeschätzt. Diese lag bei etwas mehr als der Hälfte vor, sodass knapp über 100 Personen an der Fördermaßnahme des Jobcenters teilnehmen und parallel dazu intensiv von der Suchtberatung betreut wurden/werden. Erste Ergebnisse zeigen, dass das Angebot Su+Ber überwiegend (zu 75 Prozent) von Menschen mit Alkoholabhängigkeit in Anspruch genommen wird. Das Durchschnittsalter liegt mit 43 Jahren relativ hoch. Die Mehrheit der Teilnehmenden weist einen Hauptschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung auf. Der Abschlussbericht wird für Ende 2018 erwartet.

www.werkstatt-paritaet-bw.de/projekte/suber-sucht-und-beruf/

Stichwortverzeichnis

Alkohol 10 ff., 37, 39 f., 56 ff., 74, 77 f., 85, 88, 123, 138 ff., 167 ff., 185 ff., 200 ff.
Alternative Entwicklung 126, 130 f.
Amphetamine 23, 25 f., 72 f., 84 f., 100 ff., 127
Angebotsreduzierung 10, 23 ff.
Arzneimittel 72 ff., 85, 91, 125, 128, 148, 187 f.

Behandlung 9 f., 12 ff., 20 f., 35 ff., 63, 68, 72 ff., 83, 90 f., 94 ff., 106 f., 123 f., 128, 133, 138 ff., 167 ff.
Beratung 9 f., 12 ff., 31 ff., 100, 110, 131, 133 ff., 171 ff.
Betäubungsmittelgesetz 20 ff., 72 f., 80, 95, 101 f., 148
Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung 95, 100

Cannabis 11, 14 f., 23 ff., 40, 82 f., 86 ff., 100 f., 212, 123, 125, 127 ff., 147, 155, 158, 172, 179, 188 ff.
Cannabis als Medizin 6, 91 ff.
Computerspiel- und Internetabhängigkeit 106 ff., 160 ff., 191 ff.
Crystal Meth 16, 23, 25 f., 40, 82, 84 f., 102 f., 124, 128, 150 ff., 184, 198

Darknet 24, 124, 158
Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 14, 83 f.
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) 131, 159
Digitalisierung 31, 205
Drogenanbau 131
Drogenbedingte Todesfälle 21, 84 f., 94, 157
Drogenhandel 23 ff., 121, 125, 128 f., 158
Drogenkonsumräume 10, 20, 22, 38, 128
Drogenkriminalität 10, 23 f.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 21, 122 f.
Europäischer Drogenbericht 123
Entwicklungszusammenarbeit 129 ff.
E-Shishas 47 ff.
Europa 25 f., 52, 60, 71, 80, 90, 102, 105, 121 ff., 141, 143, 147 ff., 154, 185
E-Zigaretten 45 ff., 136 f.

FAS/FASD 66 ff., 139 f.

Geflüchtete Menschen 37 f.
Glücksspiel 14 f., 38, 113 ff., 165 ff., 196 ff.
Grundstoffüberwachung 25

Hepatitis 20 f., 65, 86, 94, 125, 156 f., 190
Heroin 23, 25 f., 80, 82, 84 f., 93, 95, 123 ff., 157 f.
HIV 20, 92, 94 f., 103, 126, 156, 190

Illegale Drogen 25, 82 ff., 124, 147 ff., 188 ff.
Infektionskrankheiten 20, 50, 94, 156
Internationale Entwicklungszusammenarbeit 129 ff.
Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB) 127 ff.
Internationales 121 ff.
Internetabhängigkeit 106 ff., 160 ff., 191 ff.

Jahrestagung der Drogenbeauftragten 27 f., 30, 174
Jugendschutz 117 f., 187

Kinder aus suchtbelasteten Familien 6, 27 ff., 174 ff., 199, 208
Kokain 15, 23, 25 f., 40, 82 f., 85, 102 ff., 123 ff., 147, 184

Medien 7, 11, 31 ff., 39 ff., 53, 107 ff., 134, 160 ff., 191 ff.
Medikamente 16, 21, 40, 72 ff., 84 f., 92 f., 149, 175, 178 f., 187 f.
Methamphetamin 16, 23, 25 f., 40, 82, 84 f., 102 f., 124, 128, 150 ff., 184, 198

Nationale Strategie 9 ff.
Nahtlosverfahren 17
Neue psychoaktive Stoffe (NPS) 23, 25, 82, 84 f., 100 ff., 124, 148 ff.,
Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) 23, 25, 101 f., 148 f.

Opiate 72, 85, 88, 93, 125
Opioide 14 f., 21, 23, 38, 72 ff., 82 ff., 93 ff., 123 ff., 150, 158,
Passivrauchen 41, 50 f., 54, 134 f., 137
Pathologisches Glücksspiel 14 f., 38, 113 ff., 165 ff., 196 ff.

Prävention 7, 9 ff., 20, 31 ff., 35 f., 37 f., 67, 106, 114, 116, 126, 135, 141 ff., 185 ff.
Präventionsgesetz 6, 11 f., 211
Projekte 133 ff.

Rauchen 41 ff., 133 ff.,
Rauchfrei unterwegs 137
Rehabilitation 12 ff., 36, 68, 70, 79, 95, 128, 138 f., 182, 186, 211 ff.

Schadensminimierung 9 f., 20 ff., 37 f., 126, 158
Selbsthilfe 9, 14, 17 ff., 36, 150, 175, 180, 194, 203 ff.
Sicherstellung von illegalen Drogen 25 f., 123
Spielsucht 14 f., 38, 113 ff., 165 ff., 196 ff.
Stigmatisierung 19, 34 ff., 126, 176 f.
Strafverfolgung 9 f., 23 ff., 148, 158
Studien 133 ff., 219
Substitution 6, 21 f., 38, 80, 84, 93 ff., 158
Substitutionsregister 95 ff.
Suchtprävention 7, 9 ff., 20, 31 ff., 35 f., 37 f., 67, 106, 114, 116, 126, 135, 141 ff., 185 ff.
Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) 121 f., 126

Tabak 41 ff., 133 ff.,
Tabakerhitzer 48, 50 f., 136
Tabakrahmenkonvention 53 f.
Tabaksteuer 53
Tabakwerbeausgaben 53
Teilhabe 9, 12, 37, 67, 70, 182 ff., 210
Trends 41, 56, 75, 86, 94, 101 f., 104, 107, 114, 122

UNGASS 126, 128
UNODC 20, 125 f., 129, 131, 159, 190

Vereinte Nationen 23, 121 f., 125 ff., 159, 190
Volkswirtschaftliche Folgen 52, 70, 91, 116, 210

Wasserpfeifen 47 ff.
Weltdrogenbericht 125

Zigaretten 41 ff., 133 ff.,

Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten

Tabelle 19: Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten

	Studie	Befragte	Letzte Erhebung	
Robert-Koch-Institut (RKI)	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)	20.000 – 26.000	GEDA-EHIS 2014/2015	www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring_node.html
	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)	8.000	DEGS Welle 1 2008-2011	
	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)	12.000 – 23.000	KiGGS Welle 2 2014-2017	
Institut für Therapieforschung (IFT)	Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA)	8.000 – 9.000	ESA 2015	www.esa-survey.de
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Drogenaffinitätsstudie (DAS)	7.000	DAS 2015	www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention
	Alkoholsurvey inkl. Rauchverhalten und Cannabiskonsum	7.000	2016	
	Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland	11.500	2017	
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)	E-Zigaretten: Konsumverhalten in Deutschland	2.000	2018	www.dkfz.de/de/tabakkontrolle
Universitätsklinik, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA)	2.000	2016 - 2017	https://debrastudy.wordpress.com
DAK	Präventionsradar	7.000	2018	www.dak.de/dak/bundes-themen/forschung-1318724.html

Prävalenzdaten stehen aus verschiedenen Studien zur Verfügung, die auf repräsentativen Bevölkerungsbefragungen basieren. Auch wenn sich die Studien teilweise hinsichtlich der untersuchten Daten überschneiden, ergeben sich durch Unterschiede in der Methodik und Fragestellungen gewisse Abweichungen.

Die Daten werden meist in regelmäßigem Turnus erhoben, sodass die Beobachtung zeitlicher Entwicklungen möglich ist. Neben den Befragungen der BZgA, des RKI und des IFT existieren weitere Studien von außeruniversitären Forschungseinrichtungen (insbes. DKFZ), Hochschulen und Krankenkassen.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 01 Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung 2016 ... 15
Abbildung 02 Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung 2016 ... 15
Abbildung 03 Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen durch die Deutsche Rentenversicherung nach Hauptdiagnose 2017 ... 16
Abbildung 04 Sicherstellung von illegalen Drogen 2017 ... 26
Abbildung 05 Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei Erwachsenen (18+) ... 42
Abbildung 06 Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Sozialstatus ... 42
Abbildung 07 Entwicklung des Tabakkonsums bei 11- bis 17-Jährigen (tägliches und gelegentliches Rauchen) ... 43
Abbildung 08 Aktuelles Rauchen bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Faktoren der sozialen Umgebung ... 43
Abbildung 09 Aktuelles Rauchen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Faktoren der sozialen Umgebung ... 43
Abbildung 10 Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft bei 0- bis 6-jährigen Kindern (Geburtsjahrgänge 2007–2016) nach Alter der Mutter bei Geburt des Kindes, Sozialstatus und Migrationshintergrund ... 44
Abbildung 11 Trends im Rauchverhalten während der Schwangerschaft bei Müttern von 0- bis 6-jährigen Kindern insgesamt und nach sozioökonomischem Status ... 44
Abbildung 12 Nutzung von E-Zigaretten (2017) in Bezug zum Rauchstatus (bezogen auf herkömmliche Tabakprodukte) ... 46
Abbildung 13 Zeitlicher Verlauf der Jemalsnutzung von E-Zigaretten nach Alter ... 46
Abbildung 14 E-Zigarettennutzung (in den letzten 12 Monaten) nach Rauchstatus ... 47
Abbildung 15 Folgen des Rauchens ... 49
Abbildung 16 Riskanter Alkoholkonsum von Männern und Frauen nach Bundesländern (mehr als 20 g bzw. 10 g Reinalkohol pro Tag) ... 58
Abbildung 17 Alkoholkonsum von Frauen und Männern stratifiziert nach Alters- und Sozialstatusgruppen ... 59
Abbildung 18 Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol in der Bevölkerung (ab 15 Jahren), 1961 bis 2014 ... 59
Abbildung 19 Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung (ab 15 Jahren) in der Europäischen Union ... 60
Abbildung 20 Alkoholkonsum (in den letzten 30 Tagen) bei Männern (18–59 Jahre) und Anteil der Risikokonsumenten von diesen Konsumenten (mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag) ... 61
Abbildung 21 Alkoholkonsum (in den letzten 30 Tagen) bei Frauen (18–59 Jahre) und Anteil der Risikokonsumentinnen von diesen Konsumentinnen (mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag) ... 61
Abbildung 22 Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei Jungen (12–17 Jahre) ... 62

Abbildung 23 ... 62
Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei Mädchen (12–17 Jahre) ... 62
Abbildung 24 ... 63
Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Patienten und Patientinnen nach Geschlecht 2016 ... 63
Abbildung 25 ... 64
Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingte Erkrankungen nach Geschlecht und Bundesländern ... 64
Abbildung 26 ... 65
Durch Alkoholkonsum begünstigte Krebsarten ... 65
Abbildung 27 ... 66
Abstufungen von Fetalen Alkoholspektrum-störungen ... 66
Abbildung 28 ... 67
Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) in den verschiedenen Lebensphasen ... 67
Abbildung 29 ... 69
Wirkung des Alkoholkonsums im Jugendalter auf das Gehirn und Folgen der schädigenden Alkoholwirkung ... 69
Abbildung 30 ... 70
Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum ... 70
Abbildung 31 ... 70
Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum ... 70
Abbildung 32 ... 75
Klinisch relevanter Medikamentengebrauch (in den letzten 12 Monaten) bei 18- bis 59-Jährigen ... 75
Abbildung 33 ... 76
Mindestens wöchentliche Einnahme von Medikamenten bei 18- bis 59-Jährigen ... 76
Abbildung 34 ... 77
Veränderung des Konsums von psychoaktiven Arzneimitteln bei 60- bis 79-Jährigen ... 77
Abbildung 35 ... 78
Gebrauch von psychoaktiven Arzneimitteln bei Personen mit und ohne Sturz in den letzten 12 Monaten bei 60- bis 79-Jährigen ... 78
Abbildung 36 ... 87
Konsum von Cannabis bei Jugendlichen (12–17 Jahre) ... 87
Abbildung 37 ... 87
Konsum von Cannabis bei jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) ... 87
Abbildung 38 ... 88
Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (18–59 Jahre) ... 88
Abbildung 39 ... 93
Konsum von Opioiden (vorwiegend Heroin) bei Erwachsenen (18–59 Jahre) ... 93
Abbildung 40 ... 96
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland (jeweils Stichtag 1. Juli) ... 96
Abbildung 41 ... 97
Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte in Deutschland ... 97
Abbildung 42 ... 98
Art und Anteil der gemeldeten Substitutions-mittel (Stichtag 01.07.2017) ... 98
Abbildung 43 ... 98
Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2017) ... 98
Abbildung 44 ... 99
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2017 ... 99
Abbildung 45 ... 99
Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.07.2017) ... 99
Abbildung 46 ... 105
Konsum von Kokain (einschließlich Crack) bei Erwachsenen (18–59 Jahre) ... 105
Abbildung 47 ... 107
Verbreitung von Computerspiel- und Internet-abhängigkeit nach Bildungs- und sozialen Merkmalen (12- bis 25-Jährige) ... 107
Abbildung 48 ... 108
Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ... 108
Abbildung 49 ... 109
Auswirkungen der Social Media-Nutzung bei 12- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent) ... 109

Abbildung 50 ... 112
Empfehlungen der Kinder- und Jugendärzte für Eltern zum achtsamen Bildschirm-mediengebrauch ... 112
Abbildung 51 ... 114
Problematisches Glücksspielverhalten bei Jugendlichen (16–17 Jahre) ... 114
Abbildung 52 ... 115
Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel (16–70 Jahre) ... 115
Abbildung 53 ... 115
Problematisches und pathologisches Glücks-spielverhalten (16–70 Jahre) ... 115

Tabellen

Tabelle 01 ... 14
Netzwerk der ambulanten Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten) ... 14
Tabelle 02 ... 14
Behandlungsfälle im Krankenhaus aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ... 14
Tabelle 03 ... 42
Prävalenzen des Rauchens (Zigaretten) bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 42
Tabelle 04 ... 45
Prävalenzen der Nutzung von E-Zigaretten bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 45
Tabelle 05 ... 47
Prävalenzen der Nutzung von Wasserpfeifen und E-Shishas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ... 47
Tabelle 06 ... 51
Vergleich von Schadstoffgehalt, Suchtpotenzial und gesundheitlichen Risiken von Tabak-zigaretten, Tabakerhitzern und E-Zigaretten ... 51
Tabelle 07 ... 53
Zusammenstellung der jährlichen Tabak-werbeausgaben (in 1.000 Euro, Wert jeweils gerundet) ... 53
Tabelle 08 ... 57
Prävalenzen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 57
Tabelle 09 ... 74
Prävalenzen des Medikamentengebrauchs bei Erwachsenen ... 74
Tabelle 10 ... 82
Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 82
Tabelle 11 ... 83
Hauptdiagnosen bei stationär behandelten Patienten ... 83
Tabelle 12 ... 83
Hauptdiagnosen bei ambulant behandelten Patienten 2016 ... 83
Tabelle 13 ... 85
Rauschgifttote nach Todesursachen 2016/2017 (Länderabfrage) ... 85
Tabelle 14 ... 97
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2017) ... 97
Tabelle 15 ... 98
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern (Stichtag 01.07.2017) ... 98
Tabelle 16 ... 110
Gegenüberstellung Empfehlungen der täglichen Nutzungszeiten und die relative Häufigkeit der Nutzungszeiten elektronischer Medien in der BLIKK-Stichprobe, die über den empfohlenen Werten liegen ... 110
Tabelle 17 ... 113
Prävalenzen des Glücksspielverhaltens bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 113
Tabelle 18 ... 116
Kosten-Nutzen-Analyse von Glücksspiel ... 116
Tabelle 19
Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten ... 218

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 Therapieforschung München inklusive der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Robert-Koch-Institut, dem Deutschen Krebsforschungszentrum, dem Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. AFET, Wolfgang Schmidt-Rosengarten vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, Prof. Dr. Georg Schomerus vom Universitätsklinikum Greifswald, Prof. Dr. Heino Stöver von der Frankfurt University of Applied Sciences, Kristin Baars und Prof. Dr. Kim Otto von der Universität Würzburg, PD Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Wiebke Schneider von der Bundesgeschäftsstelle der Guttempler, Prof. Dr. Daniel Kotz vom Universitätsklinikum Düsseldorf, PD Dr. Eva Hoch vom Universitätsklinikum München, dem Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Bundeskriminalamt, Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke vom Universitätsklinikum Göttingen, PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf vom Universitätsklinikum Lübeck und Jürgen Trümper vom Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V.

Der Drogen- und Suchtbericht ist auch online abrufbar:

www.drogenbeauftragte.de

Hinweise/Impressum

Gender-Hinweis:
In dieser Publikation wurde auf gendergerechte Sprache geachtet. Wird an einzelnen Stellen nur das generische Maskulinum verwendet, so ist das ausnahmsweise der Lesbarkeit geschuldet.

Hinweis:
Diese Publikation (Print- und Onlineausgabe) wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern und Wahlbewerberinnen oder Wahlhelferinnen und 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.

Bildnachweise:
Titel: © tai11/shutterstock.com, S. 8: © Arthimedes/shutterstock.com, S. 26: © Picture Partner – fotolia.com, © max777/shutterstock.com, © yvdavid – fotolia.com, © Dani Sommonds – fotolia.com, © Gina Sanders – fotolia.com, S. 120: © tai11/shutterstock.com, S. 132: © tai11/shutterstock.com.

Herausgeber:
Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Redaktion:
Christina Donath

Stand:
Oktober 2018

Gestaltung/Satz:
Queißer PR
Agentur für Gesundheitskommunikation

Lektorat:
Miriam Funk

Druck:
Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:
Best.-Nr.: BMG-D-11030
Drogen- und Suchtbericht
der Bundesregierung 2018

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