Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht

2019

Drogen- und Suchtbericht

2019

www.drogenbeauftragte.de

Inhaltsverzeichnis

1 | Vorwort ... 6

2 | Fakten, Trends, Politik ... 9

2.1 Nationale Strategie ... 9
2.1.1 Suchtprävention ... 10
2.1.2 Beratung und Behandlung ... 15
2.1.3 Schadensreduzierung ... 28
2.1.4 Angebotsreduzierung und Strafverfolgung ... 31

2.2 Suchtstoffe, Suchtformen, Regulierung ... 33
2.2.1 Tabak ... 33
2.2.2 Alkohol ... 51
2.2.3 Medikamente ... 71
2.2.4 Illegale Drogen ... 81
Cannabis ... 84
Opioide ... 89
Neue psychoaktive Stoffe ... 99
Methamphetamin (Crystal Meth) ... 100
Kokain ... 102
2.2.5 Internetbezogene Störungen ... 104
2.2.6 Pathologisches Glücksspiel ... 115

2.3 Im Fokus ... 125
2.3.1 Drogen und Sucht in Haft ... 125
2.3.2 Jahrestagung 2018 „Stadt - Land - Sucht
Wer übernimmt Verantwortung?“ ... 138
2.3.3 Jahresschwerpunkt 2019 „Kommune als Akteur der Suchtprävention und Suchthilfe“ ... 139
2.3.4 Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern ... 143

3 | Internationales ... 147

3.1 Europäische Drogen- und Suchtpolitik ... 147

3.2 Drogenpolitik der Vereinten Nationen ... 151

3.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit ... 158

4 | Projekte, Studien, Initiativen ... 163

4.1 Suchtstoff- bzw. suchtformbezogene Projekte ... 163

4.2 Suchtstoff- bzw. suchtformübergreifende Projekte ... 194

Stichwortverzeichnis 211

Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten 213

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 214

Danksagung 218

Hinweise/Impressum 219

1 | Vorwort

© Drogenbeauftragte

Liebe Leserinnen und Leser,

darf ich vorstellen: Der neue Drogen – und Suchtbericht ist da – und die neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung ebenfalls. Am 18.09.2019 habe ich das Amt übernommen, mit Freude, Respekt und Neugierde.

Es ist mir eine große Freude, in diesem so wichtigen Bereich politisch zu arbeiten. Für die Bürgerinnen und Bürger, für Betroffene und ihre Angehörigen. Dabei bin ich mir bewusst, dass Drogen- und Suchtpolitik ein Thema quer durch die Gesellschaft ist. Wir können nur gemeinsam mit Kommunen, Ländern, mit Unternehmen, Sportvereinen und vielen anderen Erfolg haben. Und natürlich brauchen wir die vielen engagierten Menschen in unseren Suchtberatungen, in den Hilfs- und Therapieeinrichtungen. Drogenpolitik ist Politik für die Menschen - ganz gleich, ob selbst betroffen oder als Angehörige von Suchterkrankten. Das macht unsere Arbeit so wertvoll!

Politik wird für die Menschen in diesem Land gemacht. Das war immer meine Leitlinie. Egal, ob Umwelt- oder Verkehrspolitik, Politik muss vor Ort ankommen, den Bürgerinnen und Bürgern zur Seite stehen. Meine Vorgängerin Marlene Mortler hat viele wichtige Themen auf die Agenda gesetzt. Besonders wichtig für mich: Marlene Mortler hat Kindern aus suchtbelasteten Familien endlich eine Stimme gegeben und sie für uns alle sichtbar werden lassen – endlich! Diese Leistung wird immer mit ihrem Namen verbunden bleiben. Und natürlich werde auch ich mich mit aller Kraft für die Gruppen in unserer Gesellschaft einsetzen, die den Risiken von Drogen und Sucht ganz besonders ausgesetzt sind. Wir sprechen von besonders vulnerablen Gruppen. Menschen, die selbst unter einer Suchterkrankung im Elternhaus gelitten haben, Menschen mit Behinderung, Langzeitarbeitslose – sie alle sind viel gefährdeter suchtkrank zu werden als andere es sind.

Bei vielen Themen – Cannabis, Substitution, Crystal Meth – ist in den letzten Jahren einiges auf den Weg gebracht worden. Dennoch müssen wir auch hier aufmerksam bleiben und kontinuierlich weiter arbeiten, national wie international. Und natürlich müssen wir offen bleiben für alles, was man besser

machen kann. Das gilt auch für unseren Umgang mit illegalen Substanzen, und dass obwohl die gesellschaftliche Diskussion in diesem Feld so hart und verletzend geführt wird, dass sich kaum jemand traut, die heißen Eisen anzufassen.

Bei den legalen Drogen Alkohol und Tabak gibt es ebenfalls einiges zu tun: Wir müssen schauen, wie wir die Prävention weiter ausbauen und über die Risiken noch erfolgreicher aufklären können. Dabei müssen wir auch auf die Menschen zugehen, die wir bisher nicht ausreichend beachtet haben und nur schwer erreicht haben.

Ich nehme mir auch dabei die Freiheit, hier Bestehendes in Frage zu stellen. Weiterentwicklung bedeutet, gewohnte Pfade zu verlassen und Neues auszuprobieren.

Sucht kann überall vorkommen: In jeder Stadt, auf dem Dorf, Zuhause und am Arbeitsplatz. Daher ist der Jahresschwerpunkt 2019 „Sucht im Fokus – Kommunen engagiert vor Ort“ wichtig und richtig gewählt, denn die Kommunen und Länder müssen sich mit dem Thema vor Ort beschäftigen. Sie tragen die Grundlast bei der Prävention. Sie finanzieren die niedrigschwelligen Angebote und die Beratungsstellen. Ziel dieses Schwerpunktes ist eine tragfähige und nachhaltige Zusammenarbeit mit den Kommunen und deren Vertreterinnen und Vertretern – wir können nur gemeinsam erfolgreich sein.

Wie können wir die Präventionsarbeit und die Suchthilfe vor Ort weiter stärken? Wie die ambulanten Angebote der Rehabilitation? Welche Impulse sind nötig? Das sind die Themen meiner Jahrestagung am 25. November in Berlin. Ich freue mich auf einen regen Austausch mit Gästen aus vielen Bereichen: Kommunen, Ländern, Verbänden, Wissenschaft, Politik und Medien.

In meinem neuen Amt als Drogenbeauftragte der Bundesregierung kann ich auf einer guten Basis aufbauen. Das Entscheidende ist das Vertrauen - es ist mir ganz wichtig, die gute und enge Zusammenarbeit mit wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens, den Trägern der Suchthilfe und Beratung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – um nur einige zu nennen – weiterzuführen und an der ein oder anderen Stelle auszubauen.

Auch der enge Schulterschluss mit dem Bundesgesundheitsminister ermöglicht es mir, meine Arbeit als neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung mit allem Schwung anzugehen. Zu tun gibt es viel: Eine gemeinsame Herausforderung wird im kommenden Jahr die deutsche EU- Ratspräsidentschaft sein. Dabei können wir dem Thema Drogen und Sucht europaweit mehr Gewicht geben. Gemeinsam mit unseren Partnern wollen wir versuchen, eine neue EU-Drogenstrategie zu verabschieden und damit neue Impulse für die internationale Zusammenarbeit auch in unserem Feld zu geben. Auch hier müssen wir bestehende Kooperationen weiterführen, anderes neu beginnen und intensivieren. Warum?

Damit unsere Gesellschaft auch in Zukunft so gesund wie möglich bleibt!

Ihre

Daniela Ludwig

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 werden die Grundlagen der übergreifenden nationalen Ausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik beschrieben.

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.

Abhängigkeiten von Suchtmitteln und Suchtverhalten sind häufig mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Erkrankungen, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können. Die Wirkung psychoaktiver Stoffe kann zu dauerhaften Veränderungen im Gehirn führen, wodurch Verhaltensänderungen deutlich erschwert werden.

Auch die Auswirkungen auf das Umfeld – Familienangehörige, Freunde und Kollegen genauso wie Arbeitgeber oder Nachbarn – sind beträchtlich.

Ein Ausstieg aus der Sucht hingegen eröffnet neue Lebensperspektiven und die Möglichkeit, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Lebenszufriedenheit zu verbessern. Von daher muss es das Ziel sein, Suchterkrankungen vorzubeugen, aber auch jedem Einzelnen bei der Überwindung seiner Abhängigkeit zu helfen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass einer Suchterkrankung 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 liegt.

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik verfolgt einen integrativen Ansatz. Anders als in vielen anderen europäischen Ländern werden sowohl legale als auch 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, Maßnahmen zur Schadensreduzierung sowie Angebotsreduzierung und Strafverfolgung.

- **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 und regelmäßiger 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 (etwa Drogenkonsumräume und Angebote 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

Vorrangiges Ziel von Suchtprävention als zentralem Bestandteil 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 von Drogenkonsum und Suchterkrankungen 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.

Zu den wichtigen Zielen der Suchtprävention zählt es, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen zu vermeiden oder hinauszuzögern, riskantes Konsumverhalten früh zu erkennen und ggf. früh zu intervenieren sowie Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit zu reduzieren. Verschiedene repräsentative Bevölkerungsbefragungen (Drogenaffinitätsstudie, Epidemiologischer Suchtsurvey, GEDA etc.), die deutschlandweit in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden, zeigen, inwieweit sich der Suchtmittelkonsum verändert hat 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 des Bundes, der Länder und der Kommunen, werden aber auch durch eine Vielzahl weiterer Akteure, etwa Krankenversicherungen, Arbeitgeber und Sportvereine, 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 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Vor dem Hintergrund der Entwicklung des Kommunikationsverhaltens stellt dabei in den vergangenen 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. Mithilfe settingbezogener Maßnahmen werden Menschen direkt und persönlich in ihrem Lebensumfeld erreicht, zum Beispiel in der Kommune, im Kindergarten, in der Schule oder im Betrieb.

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 bekannter zu machen und zu implementieren.

Das Netzwerk PrevNet, eingebettet in das fachübergreifende Online-Portal inforo, stellt ein weiteres Kooperationsprojekt des Bundes und der Länder dar. PrevNet vernetzt Fachkräfte der Suchtprävention bundesweit miteinander und fördert somit den fachlichen und informellen Austausch. Mit Dot.sys, dem online-gestützten bundesweiten Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention, können die Fachkräfte der Suchtprävention ihre im Laufe eines Kalenderjahres durchgeführten Aktivitäten vor Ort erfassen und auswerten. Dot.sys trägt somit zur Stärkung der Kooperation aller Akteurinnen und Akteure auf den verschiedenen Ebenen bei und fördert Transparenz und Qualität in der Suchtprävention. Die auf kommunaler Ebene erfassten Daten zur Umsetzung von suchtpräventiven Angeboten dienen als Grundlage für die nationale und internationale Berichterstattung. Dot.sys wurde im Jahr 2018 fachlich-inhaltlich sowie sicherheits- und datenschutzrechtlich umfassend überarbeitet und steht den Fachkräften und Länderkoordinatorinnen und -koordinatoren für Suchtprävention seit Anfang 2019 wieder vollumfänglich zur Verfügung.

Präventionsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (Präventionsgesetz)

Ziel des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG von 2015) ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen. Die Regelungen des Gesetzes verpflichten die Krankenkassen dazu, hierauf gerichtete Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung zu erbringen. Mit diesen Leistungen soll jeder Einzelne dabei unterstützt werden, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Außerdem sollen die für Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Betriebe Verantwortung tragenden Institutionen dabei unterstützt werden, Strukturen aufzubauen, die sich auf die Gesundheit der Menschen positiv auswirken und ihnen ein gesundheitsbewusstes Verhalten erleichtern. 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 sowie in Betrieben und Pflegeeinrichtungen, zu unterstützen, sieht das Präventionsgesetz eine nach gemeinsamen Zielen ausgerichtete Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, der Unternehmen der privaten Krankenversicherung, des Bundes, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände sowie weiterer relevanter Akteure unter dem Dach der Nationalen Präventionskonferenz vor. Deren Aufgabe ist die Entwicklung und Umsetzung einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie. Hierzu hat die Nationale Präventionskonferenz bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie drei gemeinsame Ziele verabschiedet: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“. Sie sind für alle Sozialleistungsträger und Verantwortlichen in den Lebenswelten wegweisend
und werden durch Rahmenvereinbarungen auf

Landesebene operationalisiert. Die Prävention von Suchterkrankungen ist integraler Bestandteil aller drei Ziele.

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 nichtbetrieblichen Lebenswelten, etwa in Kitas. Dort soll das Selbstbewusstsein von Kindern gestärkt werden, um späteren Gefährdungen widerstehen zu können.

Auch die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene können gezielt die Prävention von Suchterkrankungen unterstützen. Die Ärztin oder der Arzt kann entsprechend beraten und eine Präventionsempfehlung geben, etwa für einen Kurs zur Förderung des Nichtrauchens. Als Teil der gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie berichtet die Nationale Präventionskonferenz alle vier Jahre dem Bundesministerium für Gesundheit über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention. Der dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals im Juni 2019 zugeleitete Präventionsbericht wird mit einer Stellungnahme der Bundesregierung dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode sieht die Vorlage von Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes auf der Grundlage des Berichts der Nationalen Präventionskonferenz und der anschließenden Beratung im Deutschen Bundestag vor.

Präventionsbericht:

www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht

Präventive Ansätze und Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung

Die Agenturen für Arbeit und Jobcenter 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. An 129 Standorten (Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung, kommunale Jobcenter, Agenturen für Arbeit) in allen 16 Bundesländern wird das Vorhaben bereits umgesetzt. 2019 und 2020 wird es eine Ausweitung auf weitere Standorte geben. Die Zusammenarbeit erfolgt auf der Grundlage des Präventionsgesetzes. Ziel ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit sozial Benachteiligter.

Krankenkassen bauen Engagement in der Suchtprävention aus

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Zahl ihrer Präventionsprojekte zu unterschiedlichen Suchtthemen in Lebenswelten wie Schulen, Stadtteilen und Jugendfreizeiteinrichtungen 2017 auf 530 Projekte gesteigert. Gegenüber dem Vorjahr ist dies ein Anstieg von ca. 50 Prozent. Hinzu kommen jeweils 43 Projekte zur Tabak- und Alkoholprävention. Dies geht aus dem aktuellen Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hervor. Der durch das Präventionsgesetz erweiterte finanzielle Förderrahmen hat dies ermöglicht.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) spricht sich dafür aus, dass ein aus Vertreterinnen und Vertretern aller verantwortlichen Stellen und der Zivilgesellschaft zusammengesetztes Steuerungsgremium die Suchtprävention als Teil der gesamten Prävention und Gesundheitsförderung in Städten, Landkreisen und Gemeinden plant und koordiniert.

Um die Kommunen bei Aufbau und Weiterentwicklung solcher Steuerungsstrukturen zu unterstützen, hat die Krankenkassengemeinschaft ein „kommunales Förderprogramm“ aufgelegt. Kommunen, die keine oder wenig entwickelte Strukturen der Steuerung aufweisen und deren Einwohnerschaft bezogen auf Indikatoren wie Bildung, Beruf und Einkommen als sozial benachteiligt gilt, können hiermit finanzielle und beratende Unterstützung erhalten. Hiermit sollen Aufbau und Weiterentwicklung von runden Tischen zur Gesundheitsförderung, spezifischen Arbeitsgemeinschaften, etwa zur Suchtprävention oder zu Gesundheitskonferenzen, unterstützt werden.

Ab Mitte 2019 wird das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ zudem die Umsetzung von zielgruppenspezifischen Interventionsprogrammen auf kommunaler Ebene fördern, zum Beispiel für Kinder aus Familien, in denen Suchtprobleme oder psychische Erkrankungen vorliegen, für Alleinerziehende und für allein lebende Ältere. Auch das bewährte Präventions- und Frühinterventionsprogramm „HaLT – Hart am LimiT“ wird mit GKV-Unterstützung konzeptionell weiterentwickelt und ausgebaut. Um die zielgruppenspezifischen Programme vorzubereiten, wurden Literaturrecherchen und Bestandsaufnahmen zu geeigneten Maßnahmen durchgeführt, zum Beispiel Reviews zu Erfolg versprechenden Strategien der Prävention des Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen, zur kommunalen Suchtprävention sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Die GKV möchte hiermit Impulse für eine evidenzbasierte und nachhaltige Suchtprävention setzen.

www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunaler-strukturaufbau/

www.gkv-buendnis.de/publikationen/

Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste der Europäischen Union

Im Rahmen der Revision der Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste (Richtlinie (EU) 2018/1808/EU vom 14. November 2018 zur Änderung der Richtlinie 2010/13/EU, ABl. L 303 vom 28.11.2019), die EU-Rat und Europäisches Parlament 2018 beschlossen haben, wurden die Werbevorgaben für audiovisuelle Mediendienste geändert. Diese Vorgaben gelten sowohl für klassisches Fernsehen als auch für Video-on-Demand-Dienste. Zudem wurden erstmals Werbevorgaben für Video-Sharing-Plattformen, bezüglich derer der Anbieter selbst keine redaktionelle Verantwortung für die von ihm bereitgestellten Inhalte hat, eingeführt. In Bezug auf audiovisuelle kommerzielle Kommunikation, die nicht von der Video-Sharing-Plattform selbst geschaltet wird, muss der Plattformanbieter jedoch lediglich angemessene Maßnahmen ergreifen, um die Einhaltung der Werbevorgaben zu bewirken. Hierzu gehört etwa der Hinweis auf die entsprechenden Verbote bzw. unzulässige audiovisuelle Kommunikation in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Hierdurch wird der begrenzten Kontrolle, die der Anbieter über die nutzergenerierten Inhalte hat, Rechnung getragen. Die Richtlinie ist bis September 2020 in deutsches Recht umzusetzen.

In Bezug auf Tabakwerbung wird der Wortlaut des bereits bisher für audiovisuelle Mediendienste in der Richtlinie enthaltenen Verbots jeglicher Form der audiovisuellen kommerziellen Kommunikation für Zigaretten und andere Tabakerzeugnisse auf elektronische Zigaretten und Nachfüllbehälter erweitert. Zudem gilt dieses Verbot nunmehr auch für audiovisuelle kommerzielle Kommunikation auf Video-Sharing-Plattformen. Der Begriff der audiovisuellen kommerziellen Kommunikation umfasst neben klassischer Spotwerbung auch Sponsoring und Produktplatzierungen. Für audiovisuelle Mediendienste gilt zusätzlich ein Verbot von Sponsoring und Produktplatzierungen für Unternehmen, deren Haupttätigkeit die Herstellung oder der Verkauf von Zigaretten und anderen Tabakerzeugnissen sowie von elektronischen Zigaretten und Nachfüllbehältern ist. Eine Anpassung der maßgeblichen Vorschrift im Tabakerzeugnisgesetz ist geplant. Die Rechtslage in Deutschland entspricht jedoch schon derzeit ganz überwiegend den neuen Richtlinienvorgaben.

In Bezug auf Alkoholwerbung gelten die bereits bestehenden Vorschriften für klassische Spotwerbung im Fernsehen zukünftig auch für Video-on-Demand-Dienste. Zudem gelten die bisher bereits für alle Formen der audiovisuellen kommerziellen Kommunikation in audiovisuellen Mediendiensten geltenden Vorgaben zukünftig auch für Video-Sharing-Plattformen. Hiernach darf Werbung für Alkohol weder speziell an Minderjährige gerichtet sein, noch den übermäßigen Genuss dieser Getränke fördern. Die Umsetzung soll, soweit die bisherige Rechtslage nicht bereits den Richtlinienvorgaben entspricht, auf Ebene der Länder im Medienstaatsvertrag und im Jugendmedienschutzstaatsvertrag sowie in Bezug auf Video-Sharing-Plattform-Anbieter auf Bundesebene im Telemediengesetz durch Bezugnahme auf die entsprechenden inhaltlichen Vorschriften im Medienstaatsvertrag und im Jugendmedienschutzvertrag erfolgen.

Neue Maßnahmen im Bereich der Flugsicherheit

Kontrollen von Fahrzeugführern auf den Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen sind seit langer Zeit ein wichtiger Aspekt der Verkehrssicherheit. Durch zwei Änderungen im Luftverkehrsgesetz im Jahr 2015 wurden auch Rechtsgrundlagen für regelmäßige und verdachtsunabhängige Kontrollen von Flugbesatzungen geschaffen. Zum einen sind deutsche Luftfahrtunternehmen verpflichtet, ein Verfahren zu etablieren, stichprobenartig den Konsum psychoaktiver Substanzen zu kontrollieren. Zum anderen sind nun Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Luftfahrt-Bundesamtes befugt, Alkohol- und Drogenkontrollen durchzuführen. Diese Kontrollen erfolgen in Deutschland seit Anfang 2017. Im Jahr werden ca. 180 Kontrollen in Verbindung mit einer sogenannten Vorfeldkontrolle („Ramp Inspection"), bei der die Einhaltung verbindlicher internationaler technischer und betrieblicher Sicherheitsvorgaben sowie die Dokumente und Lizenzen der Besatzung geprüft werden, durchgeführt. Die hierzu etablierten deutschen Verfahren dienten als Orientierung für bereits vereinbarte und ab Sommer 2020 anzuwendende einheitliche EU-rechtliche Vorgaben. Diese Vorgaben sehen auch vor, dass Fluggesellschaften ihren Pilotinnen und Piloten den Zugang zu professionellen „Anlaufstellen" ermöglichen müssen, die in schwierigen persönlichen Situationen den Luftfahrern Hilfe stellen. In Deutschland stehen solche Anlaufstellen schon seit Jahrzehnten zur Verfügung.

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, welche die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe fördern. Suchthilfe und Suchtpolitik verfolgen einen integrativen Ansatz, sodass in den meisten Suchthilfeeinrichtungen Konsumierende sowohl legaler als auch illegaler Suchtstoffe sowie Menschen mit stoffungebundenen Süchten 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 und Kerndatensatz

Daten zur Behandlung suchtkranker Menschen werden in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe. Die Statistik basiert auf dem sogenannten Kerndatensatz (KDS), für den ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen standardisiert Daten erheben. Der KDS wurde 2014 bis 2016 überarbeitet und weiterentwickelt, sodass seit 2017 nunmehr der KDS 3.0 gilt. Aktuelle Daten sind aufgrund der methodischen Umstellung nicht uneingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar.

www.suchthilfestatistik.de

TABELLE 01
Angebote der Suchthilfe

Art der Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen (gerundet)	Anzahl der Klienten
Beratungsstellen u. –dienste (pro Jahr) ca.	1.500	> 500.000
Substitutionsbehandlung	2.585	79.400
Niedrigschwellige Angebote	268	k. A.
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser	344	110.000
Psychiatrische Instituts-ambulanzen	84	91.800
Ganztägige Ambulante Rehabilitation	88	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	388	19.788
Adaptionseinrichtungen	102	k. A.
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	414	k. A.
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	81	k. A.
Ambulant betreutes Wohnen	571	> 12.000
Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen	102	> 4.800
Selbsthilfegruppen	8.700	k. A.

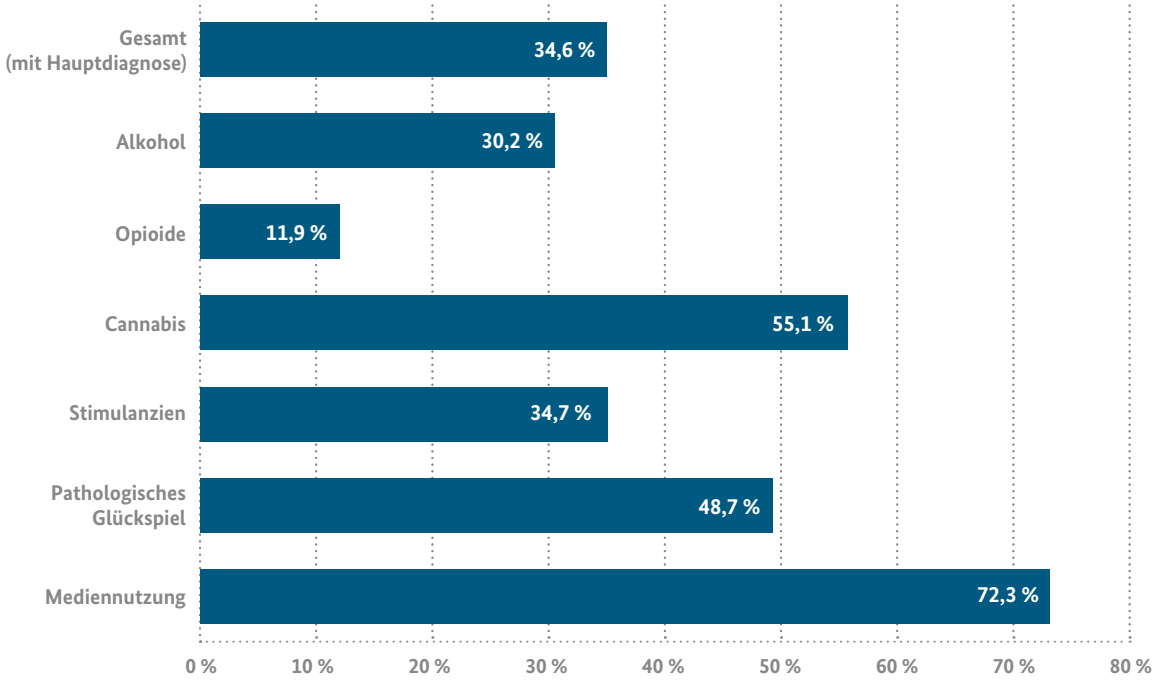
Quelle: DHS, Jahrbuch Sucht 2019

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. Hauptgrund für die Inanspruchnahme ambulanter Beratung und Behandlung sind alkoholbezogene Störungen. Bei den Beratungen und Behandlungen von Konsumenten illegaler Substanzen stehen Cannabisproblematiken quantitativ im Vordergrund. Auch Pathologisches Glücksspiel (PG) als nicht stoffgebundene Sucht ist ein häufiger Grund für das Aufsuchen von Suchtberatungsstellen.

ABBILDUNG 01

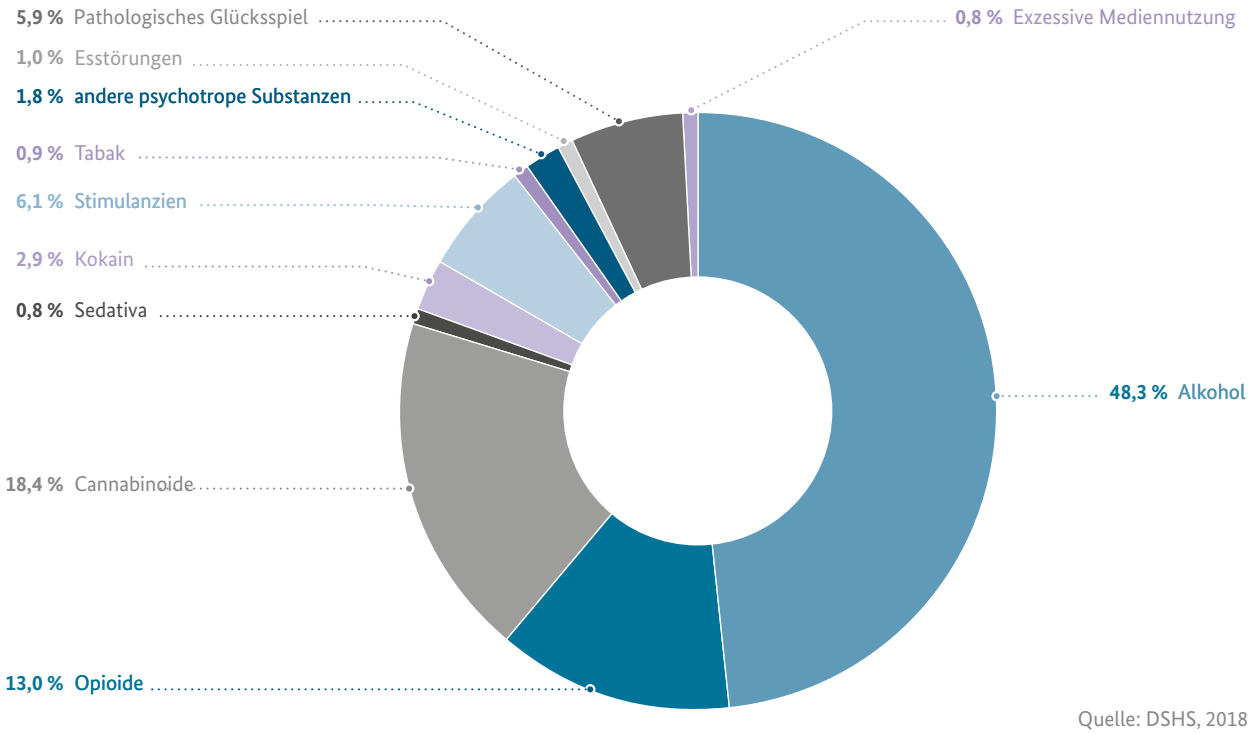
Erstbetreuungen bzw. -behandlungen in ambulanten Einrichtungen 2017



Quelle: DSHS, 2018

ABBILDUNG 02

Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung 2017



Quelle: DSHS, 2018

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 vergangenen Jahren erfolgte Flexibilisierung der Angebotsstruktur ist es auch möglich geworden, ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote zu kombinieren, um Patientinnen und Patienten noch bedarfsorientierter zu behandeln.

Tabelle 02 zeigt, wie viele Menschen 2017 in deutschen Krankenhäusern vollstationär aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen behandelt wurden.

TABELLE 02

Behandlungsfälle im Krankenhaus aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen 2017

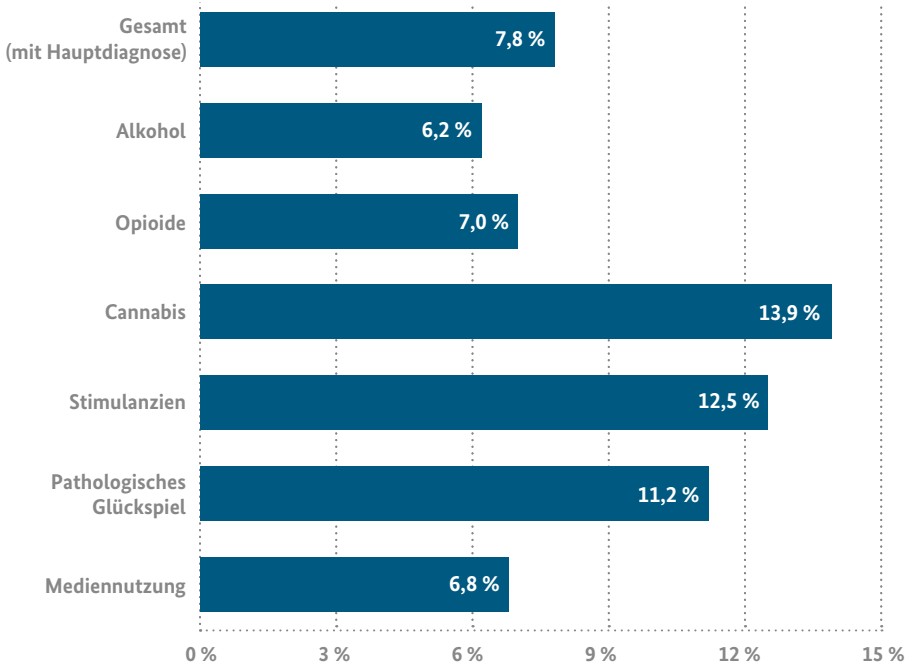
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Behandlungsfälle
insgesamt	422.052
durch Alkohol	314.211
durch andere Substanzen	107.841
davon	
Opioide	32.888
Cannabinoide	18.710
Multipler Substanzgebrauch	31.827

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2019

Rehabilitation

ABBILDUNG 03

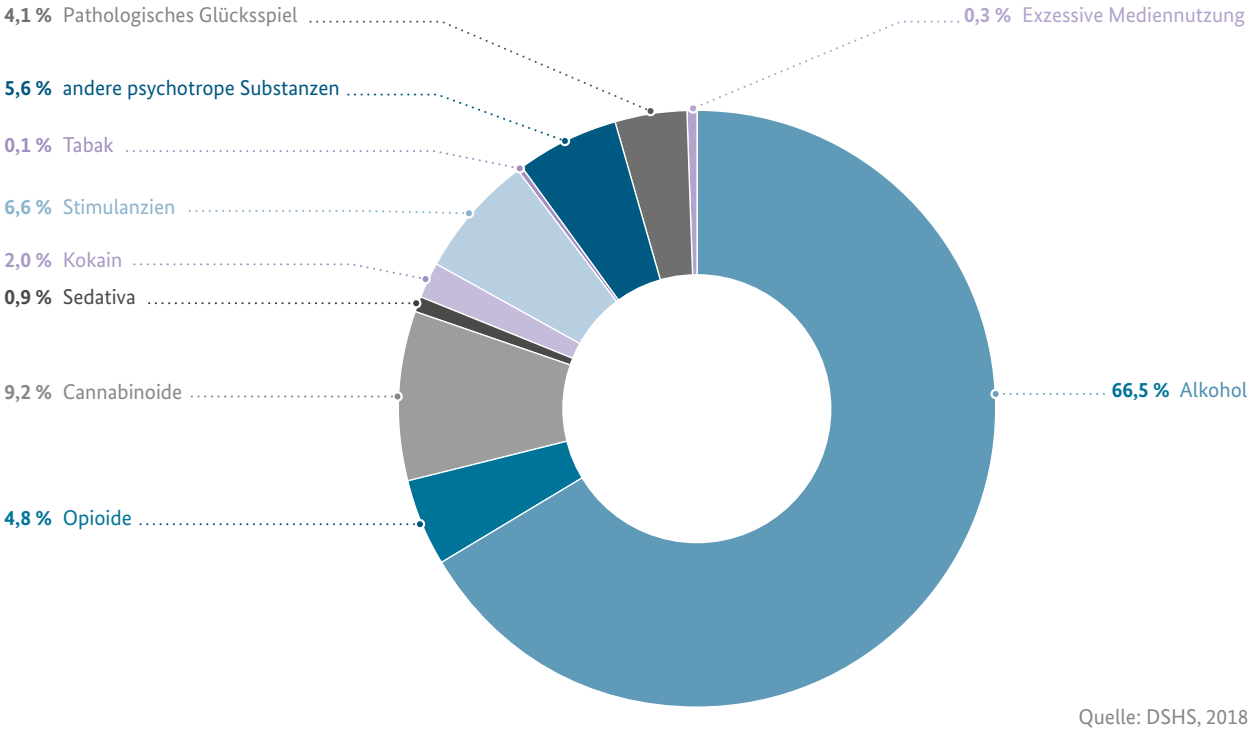
Erstbetreuungen bzw. -behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017



Quelle: DSHS, 2018

ABBILDUNG 04

Hauptdiagnosen in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017



Quelle: DSHS, 2018

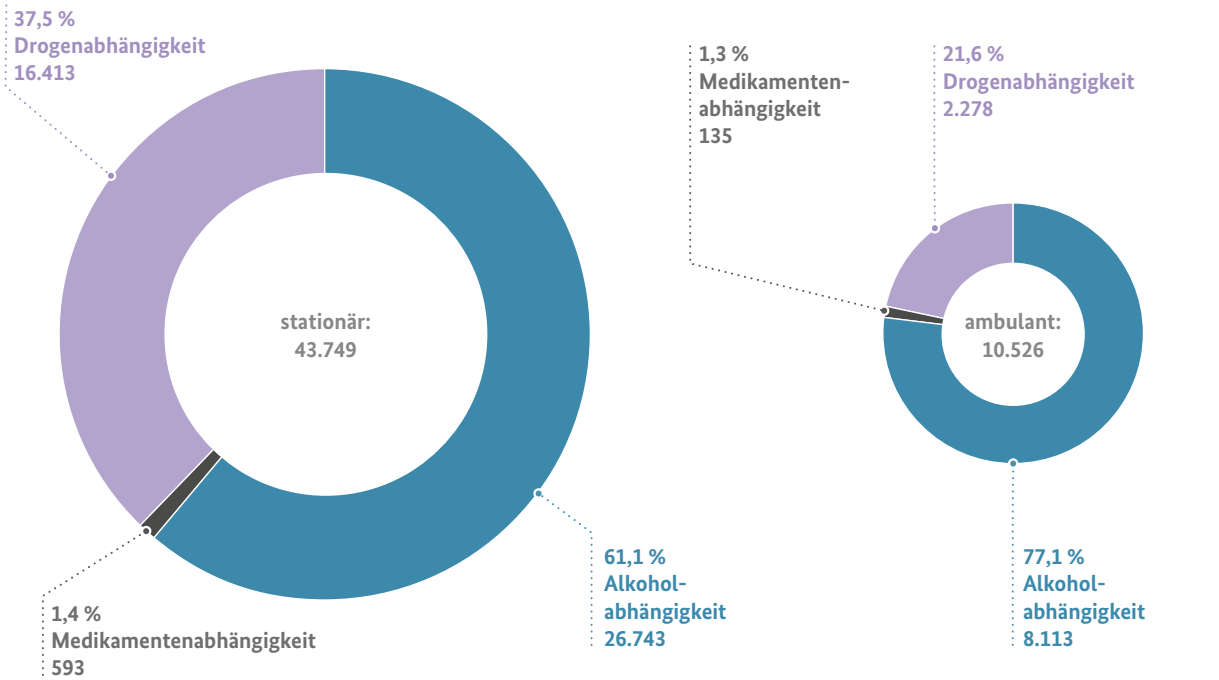
Suchtrehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung

Abbildung 05 stellt die Anzahl der bewilligten Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2018 aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Suchtmittelarten im stationären und ambulanten Setting dar.

Rund 80 Prozent der Bewilligungen erfolgten für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Im stationären Setting entfielen 61,1 Prozent auf die Abhängigkeit von Alkohol und 37,5 Prozent 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 77,1 Prozent auf eine Alkoholabhängigkeit und 21,6 Prozent auf eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im ambulanten beziehungsweise ganztägig ambulanten Setting Menschen 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.

ABBILDUNG 05

Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen durch die Deutsche Rentenversicherung 2018



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik 2018

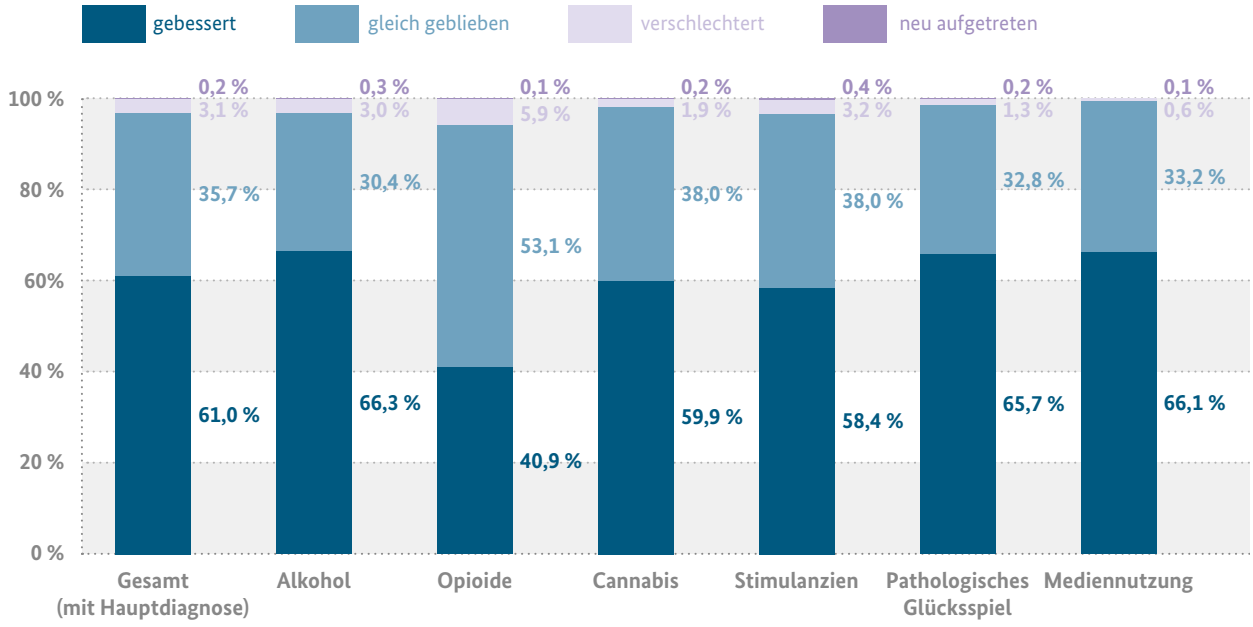
Qualitätssicherung und Behandlungserfolg

Die Qualität der Suchtbehandlung wird in Deutschland unter anderem durch die Erarbeitung und Anwendung wissenschaftlicher Leitlinien der Behandlung gesichert. Neben substanzspezifischen Behandlungsleitlinien (etwa für die Behandlung von methamphetaminbezogenen Störungen) wurden in den vergangenen Jahren auch die Leitlinien zur opioidgestützten Behandlung sowie zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation verabschiedet (BÄK 2017, BMG 2017, Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al. 2016, Müller-Simon, B. & Weissinger, V. 2015). Neben den wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente.

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung werden unter anderem regelmäßig Befragungen zur Zufriedenheit des Rehabilitanden mit der Rehabilitation und zum subjektiven Behandlungserfolg durchgeführt. Die jüngste Auswertung der Rentenversicherung (Befragungszeitraum Oktober 2016 bis September 2017) zeigt, dass mit 78 Prozent eine große Mehrheit die stationäre Suchtrehabilitation als gut oder sehr gut beurteilte. Drei Viertel der Rehabilitanden bewerteten die Reha insgesamt als erfolgreich. 72 Prozent sahen ihre Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag als verbessert an.

ABBILDUNG 06

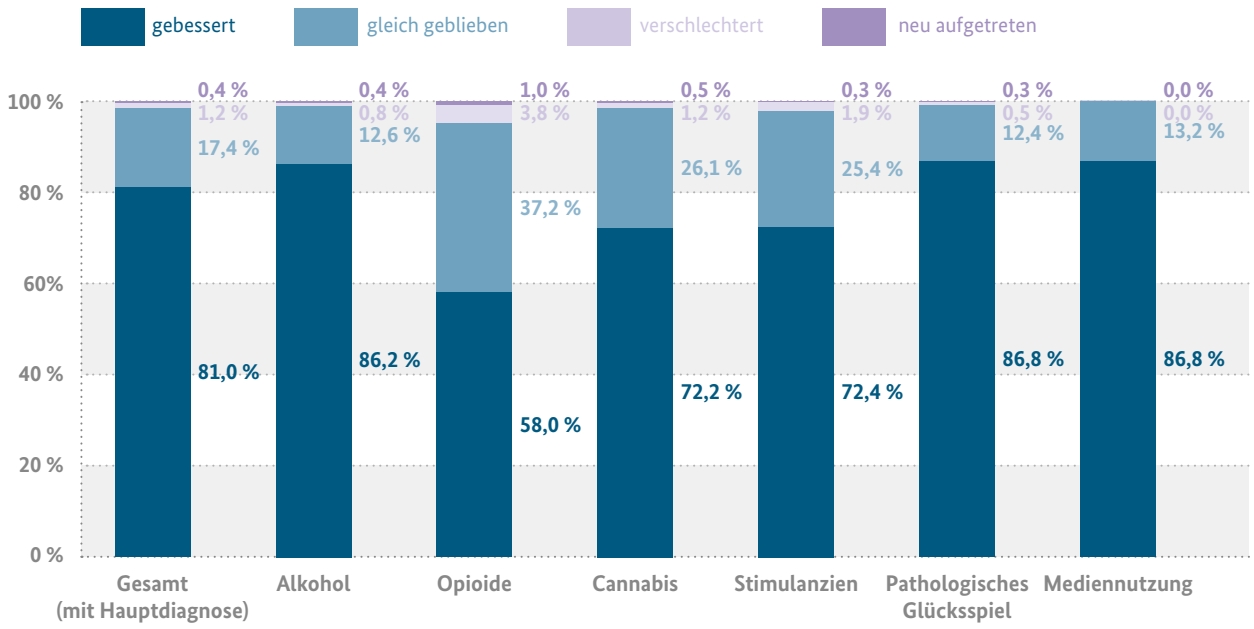
Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende in ambulanten Einrichtungen 2017



Der/die Berater/in oder Therapeut/in schätzt am Ende der Betreuung oder Behandlung die Situation der Behandelten in Bezug auf die anfangs als belastend/problematisch eingeschätzten Bereiche ein.

Quelle: DSHS, 2018

ABBILDUNG 07
Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Behandlungsende in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017



Quelle: DSHS, 2018

Selbsthilfe

In Deutschland gibt es rund 8.700 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen (Jahrbuch Sucht 2019). 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.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung unterstützen durch finanzielle Zuwendungen die regionale Suchtselbsthilfe, den Fachverband Sucht e. V. (FVS) sowie die Geschäftsstelle der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und damit die Arbeit der Nachsorgereferentinnen und -referenten von Suchtverbänden, die innerhalb der DHS organisiert sind. Die Zuwendungsmittel für die regionale Suchtselbsthilfe kommen den regionalen Landesstellen für Suchtfragen, Suchtberatungsstellen sowie den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Die Träger der Deutschen Rentenversicherung stellten dafür 2018 rund 4,3 Millionen Euro zur Verfügung.

Die Krankenkassenverbände förderten Selbsthilfeverbände und Organisationen für Angehörige auf Bundesebene allein im Jahr 2018 mit 1,8 Millionen Euro (vdek, 2019). Rund zehn Prozent der auf der Bundesebene insgesamt verausgabten Fördermittel entfielen demnach auf den Bereich der Suchtselbsthilfe. Hinzu kommen weitere finanzielle Zuwendungen von den Krankenkassen an die örtlichen Selbsthilfegruppen und an ihre Landesverbände in den Bundesländern.

Das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungstärkungsgesetz (TSVG) enthält neben anderen Regelungen auch eine Neuerung bei der Selbsthilfeförderung.

Die finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen soll künftig in größerem Ausmaß gemeinschaftlich durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Der Anteil der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung von Selbsthilfegruppen wurde deutlich erhöht.

Die Umstellung wird am 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Erhebung zur Arbeit der Selbsthilfegruppen und -verbände

Die fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (Blaues Kreuz in Deutschland e. V., Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e. V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e. V., Guttempler in Deutschland e. V. und Kreuzbund e. V.) haben im Dezember 2018 eine Statistik für das Jahr 2017 veröffentlicht. Die Erhebung enthält wichtige Angaben zur Arbeit in den Sucht-Selbsthilfegruppen und deren Leistungen sowie zu Entwicklungen und neuen Tendenzen.

2017 wurden mit den 4.110 Gruppenangeboten der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände fast 70.000 Personen erreicht. Davon besuchten rund 30.000 Frauen und 40.000 Männer die Gruppen. Die Zahl der Angehörigen, die eine Gruppe besuchten, ging innerhalb von 20 Jahren von ca. 30 auf 19 Prozent zurück. Hierbei sehen die fünf Verbände Handlungsbedarf. Auffällig ist die stärkere Annahme der Angebote durch Konsumenten illegaler Drogen. Die Selbsthilfe erreichte knapp 3.200 Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen - im Vergleich zu 830 im Jahr 2010. Dies darf als Indiz für die erfolgreiche suchtstoffübergreifende Arbeit der Verbände gewertet werden.

Fast die Hälfte der Gruppenteilnehmenden in den fünf Verbänden ist zwischen 41 und 60 Jahre alt. In dieser Altersgruppe finden die meisten neuen Gruppenteilnehmenden in die Selbsthilfe. Der hohe Anteil der über 60-Jährigen ist mit der außerordentlichen Haltequote und mit rückfallprophylaktischen Gründen verknüpft. Aus der Erhebung ergab sich, dass gut jeder fünfte Suchtkranke durch die Selbsthilfegruppe abstinent geworden ist und kein Angebot der beruflichen Suchthilfe nutzen musste.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Sucht-Selbsthilfe eine wertvolle Arbeit leistet. Sie trägt dazu bei, dass Suchtkranke abstinent bleiben und Behandlungserfolge aus der beruflichen Suchthilfe gesichert werden. Auf diese Art und Weise blieben 87 Prozent der Suchtkranken ohne Rückfall. Ermutigend ist, dass mehr als drei Viertel der rückfällig gewordenen Personen wieder zu einem stabilen abstinenten Leben zurückfinden konnten.

In den Sucht-Selbsthilfeverbänden haben sich mittlerweile rund 11.000 Menschen zu Gruppenleitenden, ehrenamtlich Mitarbeitenden in der Suchtkrankenhilfe (Grundausbildung) bzw. Mitarbeitenden in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe ausbilden lassen, die sich nun in der Selbsthilfe engagieren.

Die vollständige Erhebung ist abrufbar unter:

www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Selbsthilfe/Erhebung_der_5_SSHV_2017.pdf

Teilhabe

Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018

Am 1. Juli 2018 sind gemeinsam von der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden beschlossene Empfehlungen in Kraft getreten, die arbeitsuchende abhängigkeitskranke Menschen beim Zugang in eine medizinische Rehabilitation und der anschließenden beruflichen (Wieder-)Eingliederung unterstützen sollen. Die Empfehlungen beschreiben die Verwaltungsabläufe für eine gut abgestimmte Zusammenarbeit und Koordinierung der Beratungs- und Dienstleistungsangebote der beteiligten Leistungsträger vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation. Neu ist unter bestimmten Voraussetzungen der Zugang ohne den sonst üblichen Sozialbericht. Die Empfehlungen sehen eine entsprechende Möglichkeit einer „Direktvermittlung“ vor, das heißt, nach Begutachtung durch einen Gutachterdienst der Bundesagentur für Arbeit oder eines kommunalen Trägers kann für den Antritt der Suchtrehabilitation auf die Einschaltung einer Suchtberatungsstelle verzichtet werden. Damit soll für diese Personengruppe die Entwicklung von frühzeitigen Zugängen in die Suchtrehabilitation unterstützt werden.

Ferner geht es um Kontakte der Rehabilitanden mit der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter während und nach der Rehabilitation zur Entwicklung einer nahtlos ansetzenden Eingliederungsstrategie in den Arbeitsmarkt. Die bereits bestehenden BORA-Empfehlungen (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) erfahren hiermit eine Stärkung und Weiterentwicklung. Für diese Verfahren ist eine enge Kooperation zwischen Jobcentern, Agenturen für Arbeit, Rentenversicherungsträgern, Suchtberatungsstellen und den Rehabilitationseinrichtungen erforderlich. Im Moment wird daran gearbeitet, die Empfehlungen auf Landesebene umzusetzen.

www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeitsuchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.pdf

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 2016 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

Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement

Im Rahmen der Qualifizierung von Integrationsfachkräften der Bundesagentur für Arbeit zu zertifizierten Fallmanagerinnen/Fallmanagern nach den Richtlinien der „Deutschen Gesellschaft für Care- und Case Management“ (DGCC) wird neben einem Modul zum Thema „Gesundheitsorientierung im beschäftigungsorientierten Fallmanagement“ auch ein spezielles Modul zum Thema „Handlungsfeld Sucht“ (Wahlmodul) angeboten. Inhalte dieses Moduls sind unter anderem die Grundlagen von Abhängigkeitserkrankungen und deren Auswirkungen, Sensibilisierung für das Erkennen von Abhängigkeit, Vorstellung von Ansprachekonzepten in der Beratungssituation sowie die Vermittlung von Impulsen für die Praxis - beispielsweise für die Netzwerkarbeit mit lokalen Partnern (Drogen- und Suchtberatung).

Gesundheitsorientierung in Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen

Mit dem Modul „Gesundheitsorientierung“ steht den Jobcentern ein flexibel einsetzbarer Baustein zur Ausgestaltung von Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen zur Verfügung. Träger von Arbeitsmarktdienstleistungen können entsprechende Angebote professionell entwickeln. Das Modul beinhaltet die Säulen Stressbewältigung, Bewegung, gesunde Ernährung, Umgang mit eigenem Konsumverhalten sowie Selbstmanagement. Der Umfang richtet sich nach den mit der Maßnahme verfolgten Zielen. Das Modul darf jedoch nicht überwiegender Inhalt der Maßnahmen sein.

GASTBEITRAG

Digitalisierung als Herausforderung für das Suchthilfesystem

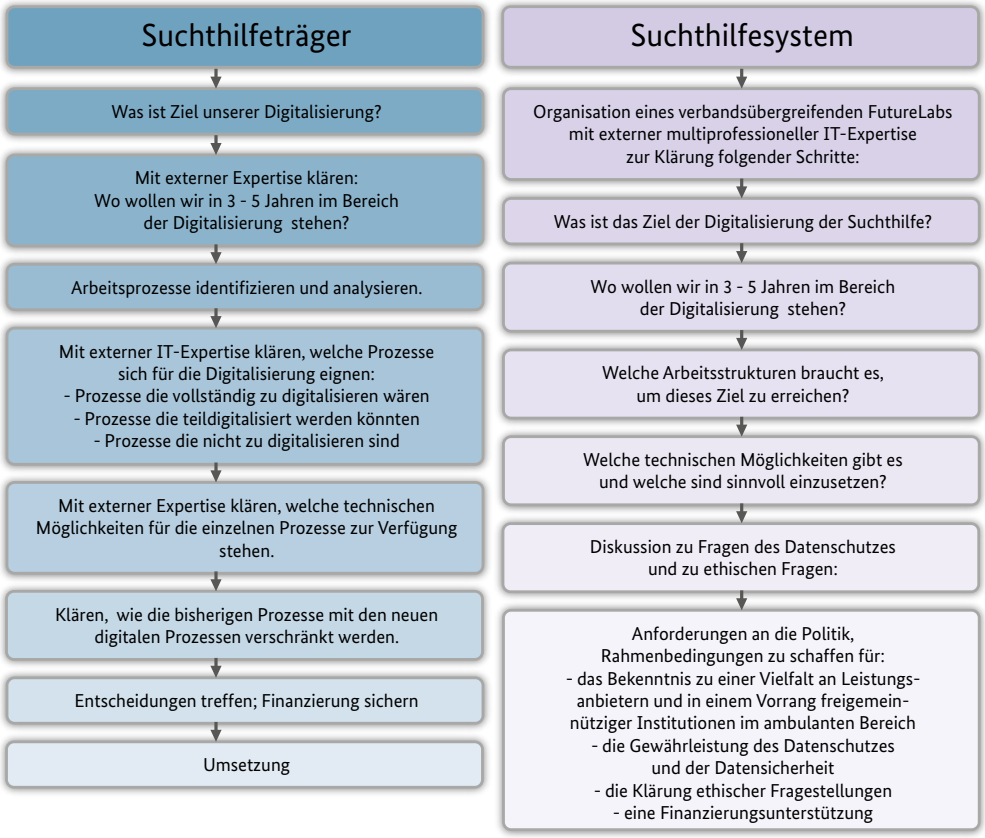
Wolfgang Schmidt-Rosengarten,
Leiter des Referats Prävention und Suchthilfe
im Ministerium für Soziales und Integration Hessen

Das Thema digitale Transformation ist in der Suchthilfe angekommen. Träger engagieren sich, Verbände agieren. Das sind positive erste Schritte. Das Arbeitsfeld muss sich allerdings in aller Breite und Tiefe den aktuellen Entwicklungen weiter öffnen. Wenn sich eine Organisation ernsthaft damit beschäftigt, digitalisierte Prozesse in die Arbeit zu integrieren, reicht es bei der Umsetzung nicht aus, nur die verfügbaren neuen Technologien für neue Produkte einzusetzen. Vielmehr hat Digitalisierung weitreichende Konsequenzen für die Organisationsstruktur, das Arbeitskonzept, die Arbeitsprozesse, die Qualifikation des Personals, die Arbeitszeiten und die Führungskompetenzen. Letztlich ist die Digitalisierung eine strategisch-strukturelle Aufgabe. Um ein gutes Gesamtergebnis zu erzielen und die richtigen Entscheidungen zu treffen, braucht es ein Gesamtkonzept – eine Digitalisierungsstrategie sowohl für den einzelnen Suchthilfeträger als auch für das Suchthilfesystem als Ganzes. Der Prozess der digitalen Transformation erfordert enorme Ressourcen, sodass träger- und verbandsübergreifendes Handeln unumgänglich erscheint, will man die Digitalisierung mitgestalten und nicht nur Zuschauer sein. Dazu müssen sowohl Träger als auch das System Suchthilfe Strategien entwickeln, wie sie den digitalen Wandel bewältigen wollen. Im Rahmen einer Strategieentwicklung sollten bestimmte Fragestellungen geklärt und daraus folgende Arbeitsschritte abgeleitet werden (siehe Abbildung 08). Dabei ist die Einbeziehung externer Expertise (Wissenschaft, Start-ups, Organisationsentwicklung) sinnvoll. Angesichts der anstehenden Herausforderungen ist es unabdingbar, dass die Verbände beim digitalen Wandel eine koordinierende und strukturierende Funktion einnehmen. Ebenso gefordert ist die Unterstützung der Politik. Nur so können mit den entwickelten Instrumenten die Ziele erreicht werden, die vorher definiert wurden.

Diese Ziele, die sowohl einer Verbesserung der Versorgung als auch der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems dienen, können sein:

- dem Fachkräftemangel begegnen: technische Assistenzsysteme können vorhandene Mitarbeitende von Routineaufgaben entlasten
- den demografischen Wandel gestalten: mit Teleangeboten kann Immobilität begegnet werden (auch in strukturschwachen ländlichen Regionen)
- eine bessere Klientenzentrierung und -versorgung erreichen: technische Assistenzsysteme ermöglichen eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem und erschließen damit neue Zielgruppen
- die Attraktivität der Angebote für Klienten erhalten und erhöhen: geänderte Dienstleistungsansprüche der Klientel und bestimmte Zielgruppen erfordern eine adäquate internetbasierte Kommunikation

ABBILDUNG 08
Prozess Digitalisierung



Quelle: Wolfgang Schmidt-Rosengarten

2.1.3 Schadensreduzierung

Drogenkonsum kann zu unmittelbaren Todesfällen führen, etwa durch Überdosierungen, aber auch eine Vielzahl anderer gesundheitlicher Auswirkungen haben. Dazu gehören HIV- und Hepatitisinfektionen. Hinzu kommt eine Vielzahl an sozialen und psychischen Problemen. Sie alle stehen einer erfolgreichen Behandlung der Suchterkrankung entgegen. Deshalb stellen Maßnahmen zur Schadensminderung eine der vier Säulen der Nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik dar. In den vergangenen Jahren sind diese Maßnahmen in Deutschland weiter in den Fokus gerückt. 2016 hat die Bundesregierung die Strategie „BIS 2030“ verabschiedet, 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 beziehungsweise 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 Maßnahmen mit Bezug zu Infektionskrankheiten (Testung, Vergabe von Konsumutensilien, Behandlung) eingeteilt werden. Zudem existieren Maßnahmen, die beide Zwecke erfüllen (Drogenkonsumräume), sowie Angebote für besondere Zielgruppen.

Schadensreduzierung 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 null und neun Prozent, die Prävalenz für eine akute, potenziell infektiöse Hepatitis C zwischen 23 und 54 Prozent.

Die Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2017 wird auf 2.600 geschätzt (RKI 2018). Davon haben sich etwa 260 Personen (10,0 Prozent) beim intravenösen Drogenkonsum infiziert. Die Modellierungsergebnisse für das Übertragungsrisiko bei intravenösem Drogenkonsum zeigen nach vielen Jahren rückläufiger Neuinfektionszahlen zuletzt einen erneuten Anstieg der HIV-Neuinfektionen. Die Gründe dafür sind wahrscheinlich vielfältig. Ein vermehrter Gebrauch neuer psychoaktiver Stoffe, der zum Teil mit hohen Injektionsfrequenzen verbunden ist, könnte eine Rolle spielen (RKI 2018). Für das Jahr 2017 wurden insgesamt 4.798 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C an das RKI übermittelt. Bei 1.129 (24 Prozent) Erstdiagnosen wurden auswertbare Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Intravenöser Drogengebrauch wurde in 879 Fällen als wahrscheinlicher Übertragungsweg angegeben, 879 Erstdiagnosen (78 Prozent) übermittelt.

Gerade bei intravenös konsumierenden Drogengebrauchern kommt damit der Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten besondere Bedeutung 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. 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 vergangenen Jahren weiterentwickelt und um andere 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 2019). Schadensminderung ist auch in Haftanstalten relevant. Allerdings existiert zurzeit nur in einem von 180 deutschen Gefängnissen ein Spritzenautomat (Statistisches Bundesamt 2018). Es bleibt daher eine wesentliche Aufgabe, Safer-Use-Angebote in Haft auszuweiten. Um die Länder für eine Ausweitung dieses Ansatzes zu werben, hat die Deutsche AIDS-Hilfe ein Handbuch für die Einführung und Umsetzung von Spritzentauschprogrammen in Haft des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) übersetzen lassen:

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionskrankheiten

Eine frühe Testung ist ein wesentlicher Schritt, um sowohl den Erkrankten frühzeitig zu helfen als auch die weitere Verbreitung der Krankheit einzudämmen. Es liegen keine deutschlandweiten Daten zu Testmöglichkeiten für Drogenkonsumierende in niedrigschwelligen Einrichtungen vor. Die Angebote variieren stark und sind häufig von den finanziellen Bedingungen abhängig.

Die BZgA führt in Kooperation mit der DAH und dem RKI derzeit in vier Bundesländern das Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ zur Verbesserung der Testung und Versorgung durch. Hierbei handelt es sich um ein Beratungs- und Testangebot, das einen niedrigschwelligen Zugang zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV für Drogengebrauchende ermöglicht.

Weiterlesen

Mehr Informationen zum Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ finden Sie in Kapitel 4, „Projekte, Studien, Initiativen“.

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. 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.

Eine Studie (Christensen et al. 2018) hat die Wirksamkeit der HCV-Behandlung zwischen Patienten in Opioidsubstitution und Personen, die nicht in Substitution waren, verglichen; unter diesen waren Personen mit aktuellem und/oder früherem Drogenkonsum sowie Personen ohne Drogenkonsum. Die Untersuchung zeigte, dass die Behandlungserfolge bei allen Gruppen mit einer Erfolgsquote von mindestens 85 Prozent vergleichbar hoch sind.

Obwohl Drogenkonsumierende in Deutschland die größte Gruppe der Hepatitis-C-Infizierten darstellen, wurden sie bislang in sehr viel geringerem Umfang behandelt als andere Infizierte (Gölz 2014). Ob sich diese Haltung verändert hat und wie viele Drogenkonsumierende von der Einführung der neuen Medikamente profitieren konnten, ist noch nicht belegt.

Notfalltrainings und Einsatz von Naloxon

Opioidvergiftungen sind seit vielen Jahren die häufigste Ursache für drogenbedingte Todesfälle in Deutschland. Von den 1.276 Todesfällen im Jahr 2018 war etwa die Hälfte durch Überdosierungen von Opioiden (mit)verursacht.

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 also Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freunde und Familie. Derzeit wird die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell umgesetzt. Jedoch wurden in den vergangenen Jahren einige neue Programme für Naloxon-Schulungen von Laien eingeführt und bestehende Projekte weiterentwickelt. Aktuell gibt es Naloxon-Projekte in Berlin und Saarbrücken sowie in mehreren Städten in NRW und Bayern. 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 wird – bei Bereitschaft der Teilnehmenden und sofern eine Verschreibung durch einen Arzt erfolgt – das Naloxon ausgegeben.

Ein Leitfaden zur Durchführung von Drogennotfalltrainings und Naloxon-Vergabe an Laien steht online zur Verfügung:

www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf

Drogenkonsumräume

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erlaubt unter bestimmten Voraussetzungen den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Nach § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Bundesländer per Verordnungen die Voraussetzungen zur Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen definieren.

Drogenkonsumräume dienen der Infektionsprophylaxe. Außerdem steht medizinische Hilfe zur Verfügung, wodurch eine Notfallversorgung gewährleistet ist. Zudem werden ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige angeboten. 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.

In Deutschland gibt es derzeit 22 Drogenkonsumräume sowie zwei Drogenkonsummobile in sechs Bundesländern (Deutsche AIDS-Hilfe 2019).

Drogenkonsumräume in Deutschland

• Hamburg	4
• Niedersachsen	1
• Nordrhein-Westfalen	10
• Hessen	4
• Saarland	1
• Berlin	2
• Berliner Drogenkonsummobile	2

Im März 2019 hat die baden-württembergische Landesregierung die notwendige Verordnung für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen im Land beschlossen. Der erste Drogenkonsumraum soll noch 2019 in Karlsruhe eröffnet werden.

Weitere zielgruppenspezifische Angebote

Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Mit dem im März 2019 durch den Bundestag beschlossenen Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde die Präexpositionsprophylaxe in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Der Anspruch auf Arzneimittel und ärztliche Beratung zur Vorbeugung einer HIV-Infektion gilt für Menschen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird die Wirkung der PrEP bis Ende 2020 evaluieren.

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 weitgehend. 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 können weitere Stoffe unterstellt werden. Da die Unterstellung eines Stoffes unter das BtMG eine genaue chemische Beschreibung erfordert, lässt sich die Verbotsregelung des BtMG durch kleinste chemische Veränderungen umgehen. Mit dem im November 2016 in Kraft getretenen Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) werden erstmals in Deutschland nicht nur Einzelstoffe, sondern umfassendere Stoffgruppen erfasst. Das aktuelle NpSG deckt fünf Stoffgruppen ab (synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone und seit 2019 auch Benzodiazepine, von N-(2-Aminocyclohexyl) amid abgeleitete Verbindungen und Tryptamine). Um neu auftretenden Stoffen Rechnung zu tragen, besteht die Möglichkeit, das NpSG um weitere Stoffgruppen zu ergänzen.

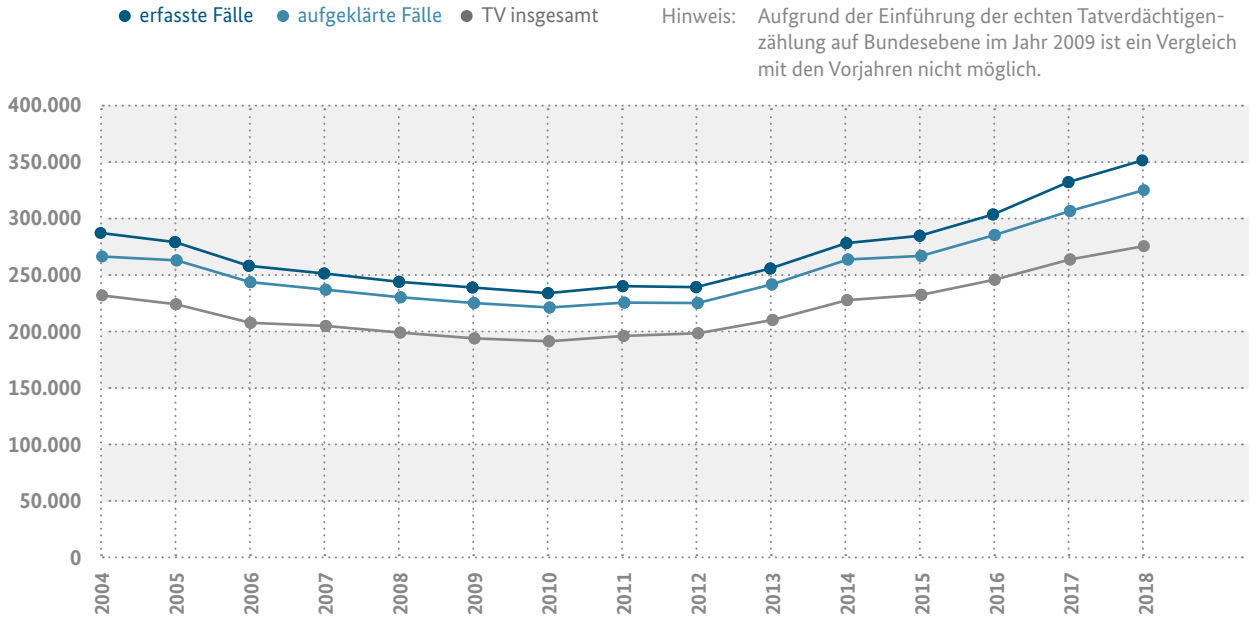
Bekämpfung von Drogenkriminalität in Deutschland

Drogenhandel stellt eine der wichtigsten Einnahmequellen der internationalen Organisierten Kriminalität dar. Alle Phänomene der Organisierten Kriminalität, insbesondere die sogenannte Rockerkriminalität, Clankriminalität und ethnisch-mafiöse Gruppierungen, weisen starke Bezüge zum Drogenhandel 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 Staatsanwaltschaften und der Polizei der Bundesländer sowie 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.

Die durch das BKA regelmäßig veröffentlichten Zahlen der Entwicklungen und Trends der Drogenkriminalität in Deutschland basieren auf Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS), des Informationssystems der Polizei (INPOL-Personendatei) und des polizeilichen Informationsaustauschs:

Die Zahl der in der PKS erfassten Ermittlungsverfahren im Bereich der Rauschgiftkriminalität ist seit 2010 signifikant gestiegen. 2018 wurden bundesweit 352.320 Fälle von Rauschgiftkriminalität registriert. Dies bedeutet einen Anstieg von sechs Prozent gegenüber dem Vorjahr. Wichtig ist: Hierbei handelt es sich um die Zahl der nach Legalitätsprinzip bei jedem betäubungsmittelrechtlich relevanten Tatverdacht eingeleiteten polizeilichen Ermittlungen.

ABBILDUNG 09
Entwicklung „Rauschgiftkriminalität“



Der Schlüssel „Rauschgiftkriminalität“ fasst mehrere Straftaten/-gruppen zusammen. Eine Aufstellung zum Inhalt aller Summenschlüssel findet sich im Dokument „Übersicht Summenschlüssel PKS 2018“.
Im Berichtsjahr 2018 wurden 352.320 Fälle von „Rauschgiftkriminalität“ registriert. Ihr Anteil an der Gesamtkriminalität beträgt 6,3 % / 6,5 %.

Quelle: polizeiliche Kriminalstatistik Bundeskriminalamt, Jahrbuch 2018 Band 4 S. 153, 66. Ausgabe V 1.0

Den Schwerpunkt bilden allgemeine Verstöße nach § 29 BtMG (274.787 Fälle), gefolgt von Fällen des Handels- und Schmuggels illegaler Drogen nach § 29 BtMG (51.829 Fälle). 13.739 Verfahren wurden wegen des unerlaubten Handels, der Herstellung, der Abgabe und des Besitzes von Betäubungsmitteln in nicht geringen Mengen nach § 29 a Abs. 1 Nr. 2 BtMG geführt. Differenziert nach Suchtstoffen bilden Cannabisdelikte mit 218.660 Fällen den Schwerpunkt vor Amphetamin-, Metamphetamin- und Kokaindelikten.

87,4 Prozent der Tatverdächtigen bei Rauschgiftdelikten waren Männer. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichen unter den Tatverdächtigen lag bei 13,4 Prozent. Weitere 17,7 Prozent waren Jugendliche.

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

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. Die GÜS nimmt Verdachtsmeldungen entgegen und wertet relevante Informationen aus, reichert sie an, bewertet sie und leitet sie ggf. an die zuständigen Stellen im In- und Ausland weiter.

2.2 Suchtstoffe, Suchtformen, Regulierung

2.2.1 Tabak

Substanz und Wirkung

Der Hauptwirkstoff der Tabakpflanze ist das Nikotin: Wird es im Rauch einer klassischen Zigarette eingeatmet, gelangt es binnen Sekunden ins Gehirn, wo es sowohl anregende als auch beruhigende Effekte hat. Darüber hinaus enthält Tabakrauch etwa 5.300 Substanzen, von denen über 90 nachgewiesenermaßen Krebs erzeugen oder die im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen. Häufig werden dem Tabak auch noch Zusatzstoffe beigemengt, um den Geschmack, das Abbrennen oder die Feuchtigkeit des Tabaks zu beeinflussen.

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 hierbei die Konzentration von Schadstoffen wie Kohlenmonoxid oder Benzol besonders hoch.

Das Einatmen von Kohlenmonoxid kann auch der Zigarettenfilter nicht verhindern. 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. Infolge dessen und um die Wechselwirkung mit anderen Substanzen auszugleichen, steigen Blutdruck und Pulsfrequenz an. Gleichzeitig sinkt die allgemeine Leistungsfähigkeit, und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt.

Konsum und Prävalenzen

Der Anteil der Menschen, die in Deutschland rauchen, beträgt bei Männern 27 Prozent, bei Frauen 21 Prozent (GEDA-Studie 2014/2015). 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 Abbildung 10). Einen Überblick darüber, 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 Einfluss haben auch rauchende Freundinnen und Freunde (siehe Abbildung 11 und 12).

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	2018	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 %	23,3 %	23,8 %
weiblich	7,4 %	6,1 %	24,4 %	20,2 %	20,8 %
männlich	7,0 %	10,5 %	34,8 %	26,4 %	27,0 %
Nieraucher		79,4 %	38,7 %	51,4 %[1)]	45,5 %
Ehemalige Raucher (inkl. ausprobieren), derzeit Nichtraucher		12,3 %	31,5 %	25,4 %	30,7 %

[1)] Insgesamt höchstens 100 Zigaretten geraucht

TABELLE 04

Prävalenzen der Nutzung von E-Zigaretten bei Jugendlichen und Erwachsenen

Altersgruppe	12–17 Jahre	18–25 Jahre	16+	14+	18–64 Jahre	14+
Datenquelle	BZgA: Alkoholsurvey	BZgA: Alkoholsurvey	DKFZ	DEBRA	IFT: ESA	DEBRA
Jahr	2016	2016	2017	2017	2018	2019
E-Zigarette					+ E-Shisha, E-Pfeife, E-Zigarre	
Jemalskonsum	13,0 %	26,1 %	11,2 %	9,8 %	14,2 %	9,5 %
Konsum in den letzten 30 Tagen	4,2 %	7,0 %			4,0 %	
Tägl./wöchentl. Konsum			2,4 %			
Aktueller Konsum				1,9 %		1,7 %

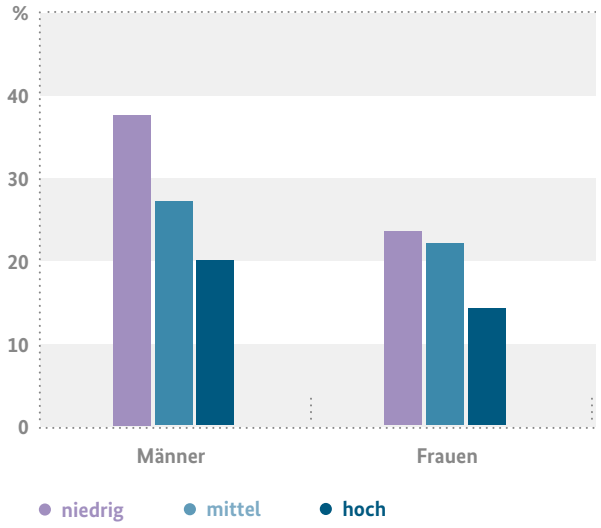
TABELLE 05

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

	Jugendliche	Jugendliche	Junge Erwachsene	Erwachsene
Alter	10–18 Jahre	12–17 Jahre	18–25 Jahre	18–64 Jahre
Datenquelle	DAK	BZgA: Alkoholsurvey	BZgA: Alkoholsurvey	IFT: ESA
Jahr	2017	2016	2016	2018
Wasserpfeife				
jemals probiert	22 %	26,2 %	66,9 %	29,3 %
Konsum in den letzten 30 Tagen	6 %	10,6 %	18,9 %	4,2 %
E-Shisha				Keine ESA Schätzung möglich
jemals probiert		15,4 %	14,4 %	
Konsum in den letzten 30 Tagen		3,6 %	3,0 %	

ABBILDUNG 10

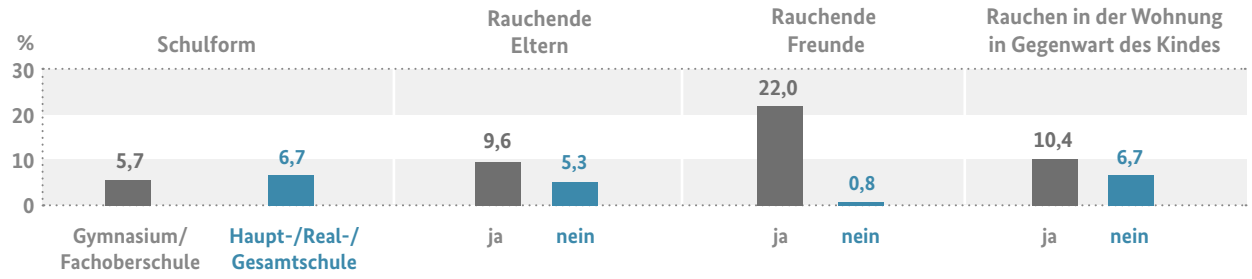
Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Sozialstatus



Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

ABBILDUNG 11

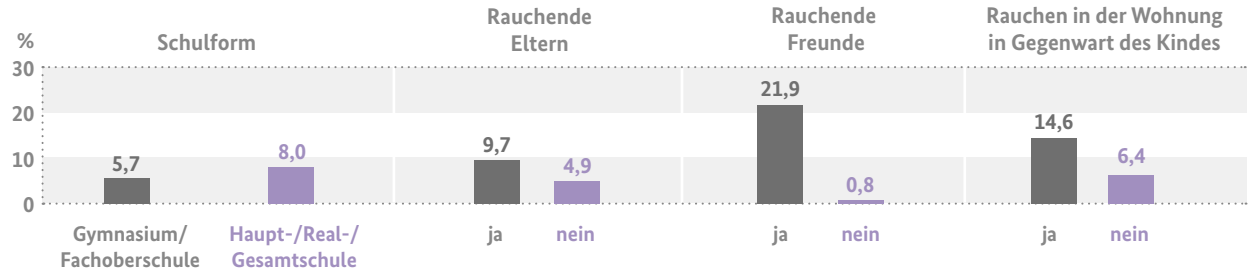
Aktuelles Rauchen bei elf- bis 17-jährigen **Jungen** nach Faktoren der sozialen Umgebung



Quelle: KiGGS 2 (2014–2017), RKI

ABBILDUNG 12

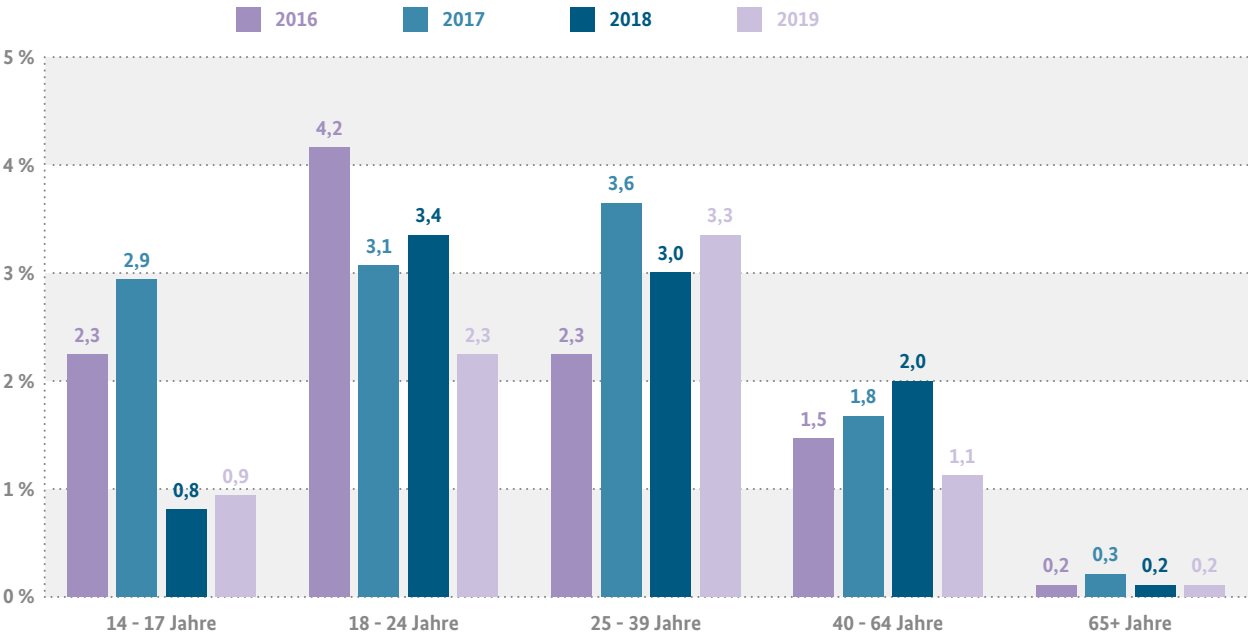
Aktuelles Rauchen bei elf- bis 17-jährigen **Mädchen** nach Faktoren der sozialen Umgebung



Quelle: KiGGS 2 (2014–2017), RKI

ABBILDUNG 13

Prävalenz aktuellen E-Zigarettenkonsums je Altersgruppe und Erhebungsjahr

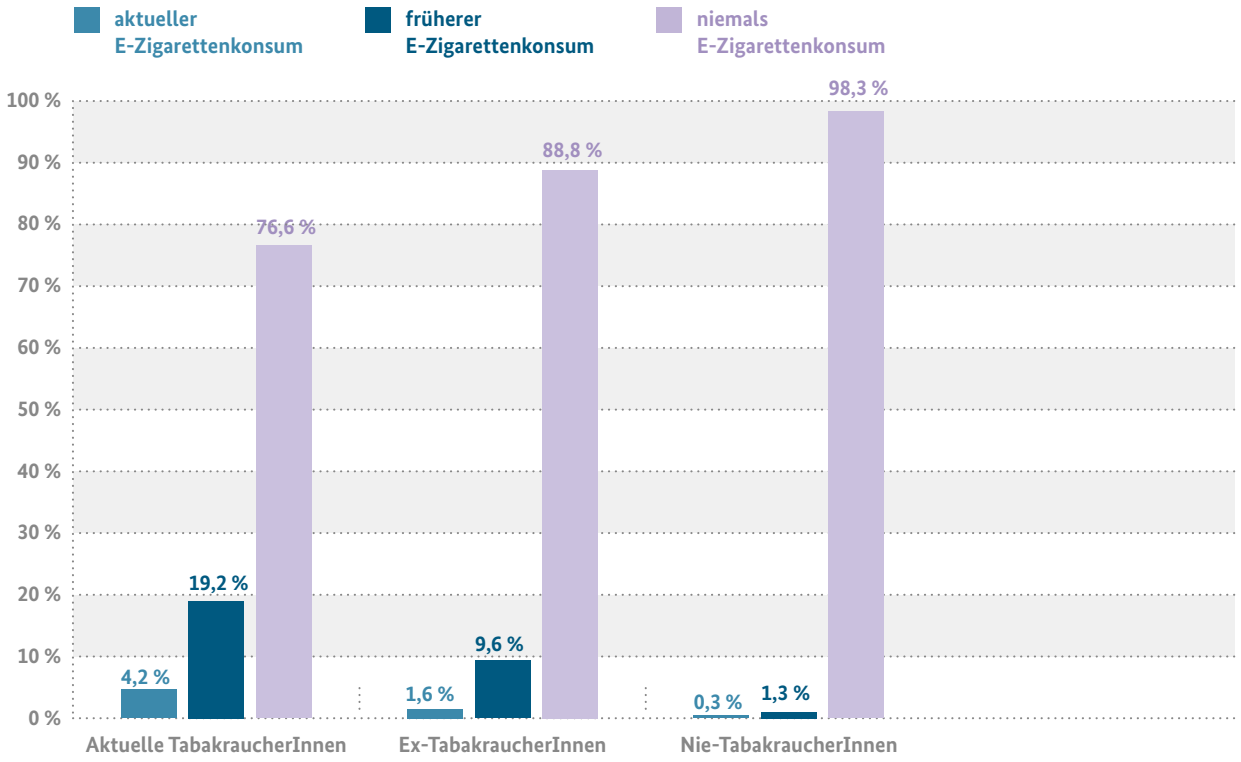


Aggregierte, gewichtete Daten.
Anzahl der Interviews: N_{2016}= 6.169, N_{2017}= 12,245, N_{2018}= 12.200, N_{2019}= 4.098

Quelle: Debra Studie

ABBILDUNG 14

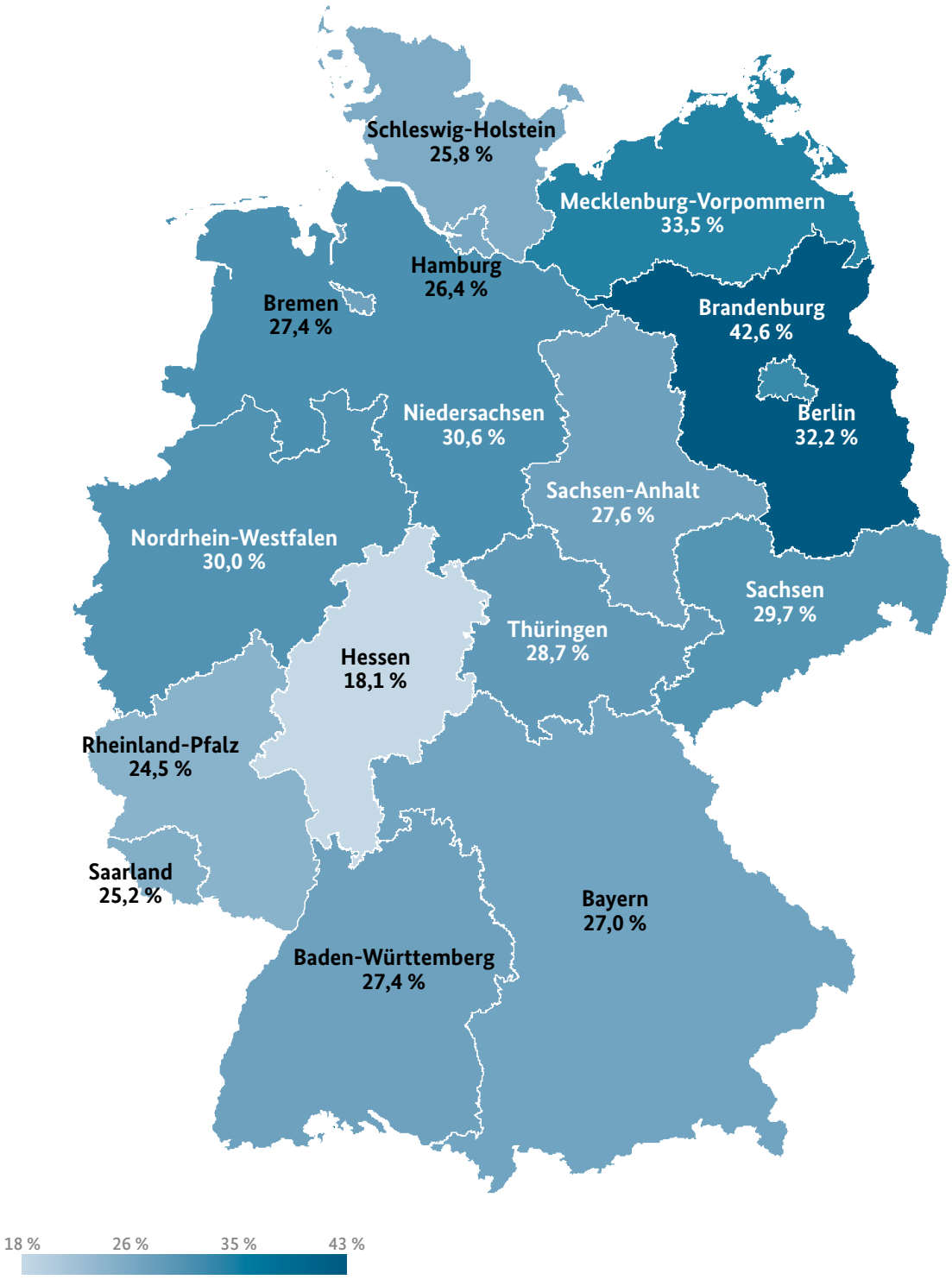
Ein-Jahres-Prävalenz des E-Zigarettenkonsums je Rauchstatus



Aggregierte, gewichtete Daten von sechs Wellen über zwölf Monate:
April/Mai 2018 - Februar/März 2019 (N=12.250 Interviews)

Quelle: Debra Studie

ABBILDUNG 15
Gewichtete Ein-Jahres-Prävalenz aktueller Tabakraucher nach Bundesländern



Größe N=12.273, Ein-Jahres-Prävalenz für ganz Deutschland = 28,3 Prozent

Trends

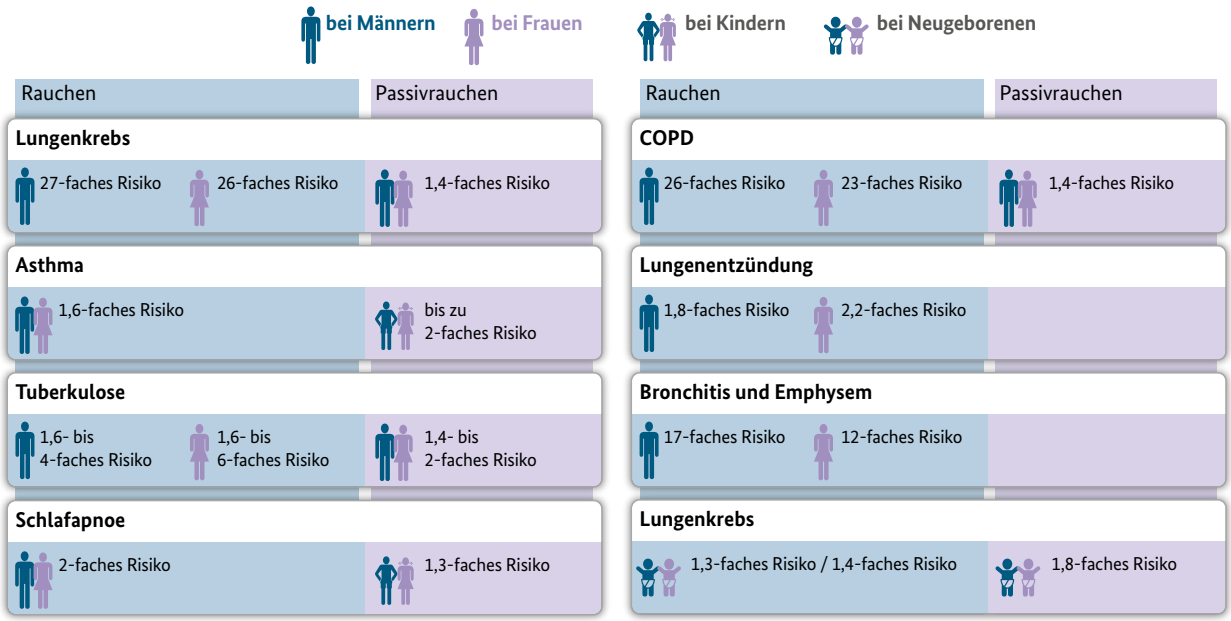
- Die 30-Tage-Prävalenz bei Erwachsenen ist seit 1997 kontinuierlich von 36,8 Prozent auf 25,8 Prozent in 2015 gesunken (vgl. ESA).
- Der Anteil rauchender Jugendlicher hat sich in den vergangenen zehn bis 15 Jahren um zwei Drittel verringert.
- Die 30-Tage-Prävalenz bei Erwachsenen ist seit 2003 kontinuierlich gesunken und liegt derzeit im Durchschnitt bei ca. 28 Prozent (DHS Jahrbuch Sucht 2019).
- Der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, hat sich in den letzten zehn bis 15 Jahren halbiert.

Gesundheitliche Folgen des Rauchens

Die Gesundheitsschäden durch Rauchen sind erheblich. Im Schnitt verlieren Raucherinnen und Raucher zehn Jahre ihres Lebens. Schätzungen zufolge sterben in Deutschland jährlich 121.000 Menschen an den Folgen des Tabakrauchens. 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 beinahe jedes Organ ist betroffen. Allerdings treten die durch das Rauchen verursachten Gesundheitsschäden in der Regel erst nach Jahren, viele erst nach Jahrzehnten auf. Am stärksten ist die Belastung für die Atemwege und das Herz-Kreislauf-System. Rauchen verursacht mindestens 13 Krebsarten. 90 Prozent aller Lungenkrebsfälle werden durch das Rauchen hervorgerufen. Zudem ist das Rauchen die bedeutendste Ursache für die Entwicklung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

ABBILDUNG 16

Erhöhung des Risikos, verschiedene Atemwegserkrankungen zu erleiden (durch Rauchen und Passivrauchen)



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2019

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 werden 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 somit 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.

Passivrauchen

Passivrauchen hat dieselben gesundheitlichen Konsequenzen 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).

Nach Daten des Robert-Koch-Instituts (GEDA 2014/2015-EHIS) sind 11,3 Prozent der nichtrauchenden Erwachsenen einer regelmäßigen Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen ausgesetzt, insbesondere junge Erwachsene. Darin eingeschlossen sind 3,4 Prozent der Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die täglich mindestens eine Stunde, sowie 7,9 Prozent, 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 Prozent). Die höchste Exposition zeigt 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 Prozent); bei nichtrauchenden Männern vor allem bei der Arbeit (56,1 Prozent). Personen aus der oberen Bildungsgruppe sind weitaus seltener regelmäßig mit Passivrauch konfrontiert als diejenigen der mittleren und unteren Bildungsgruppe.

Sogenannter Thirdhand-Smoke

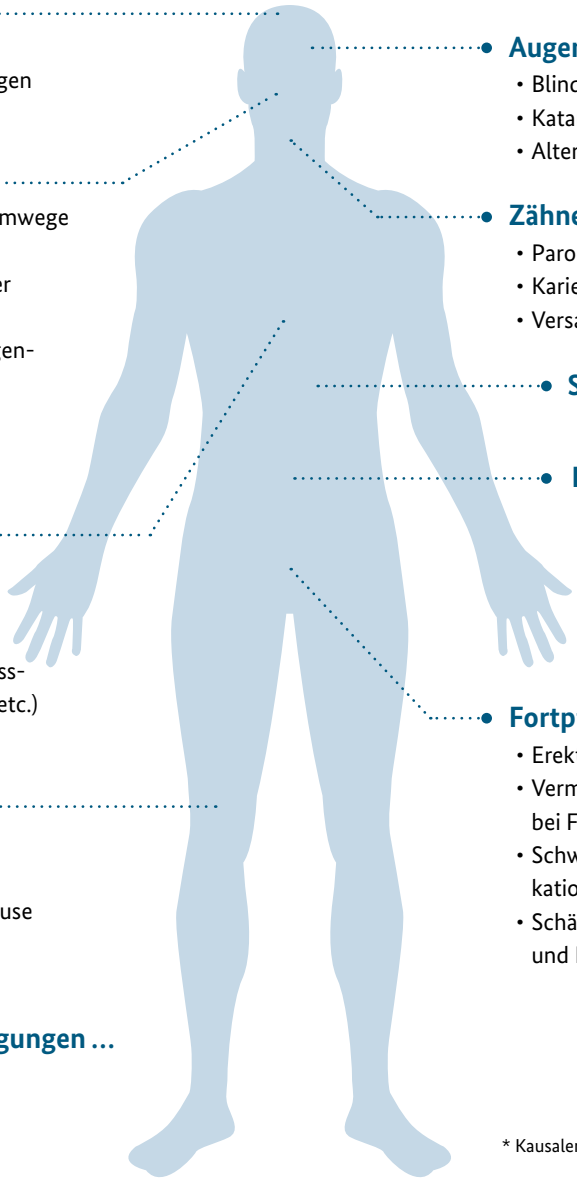
Selbst nach dem Löschen der Zigarette und dem Lüften des Raums bleiben Reste des Tabakrauchs im Raum: der sogenannte Thirdhand-Smoke. So bezeichnet man den kalten Rauch, der sich auch nach dem Konsum weniger Zigaretten auf Möbeln, Wänden, Vorhängen, Teppichen und Tapeten über Wochen hinweg ablagert. Insbesondere das Nikotin lässt sich schlecht entfernen, da sich 80 bis 90 Prozent aus Tabakrauch an Oberflächen festsetzen. Aus dem abgelagerten kalten Rauch werden permanent Partikel und flüchtige Substanzen in die Raumluft abgegeben, die mit anderen Substanzen aus der Umgebung reagieren und neue, zum Teil krebserregende Substanzen bilden. Rückstände aus dem kalten Rauch können vom Menschen über die Haut, den Mund und die Lunge aufgenommen werden. Kinder, die beim Spielen mit Gegenständen oder dem Boden in Kontakt kommen und viele Dinge in den Mund nehmen, sind besonders gefährdet. Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von kaltem Rauch wurden bisher kaum untersucht. Allerdings haben Zellversuche ergeben, dass kalter Rauch die Funktion von Zellen beeinträchtigen und die Erbsubstanz schädigen kann.

Auch bei E-Zigaretten und Shishas sind Ablagerungen von Partikeln aus dem Aerosol auf Oberflächen in Räumen nicht ausgeschlossen. Die Belastung ist umso höher, je mehr E-Zigaretten oder Shishas im Raum verwendet werden. Das haben Studien inzwischen nachgewiesen (DKFZ, E-Zigaretten 2018).

ABBILDUNG 17
Folgen des Rauchens

FOLGEN DES RAUCHENS

ERKRANKUNGEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN INFOLGE DES RAUCHENS BEI MÄNNERN UND FRAUEN



Gehirn
- Abhängigkeit
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)

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

Herz-Kreislauf-System
- Koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt)
- Atherosklerose
- Periphere arterielle Verschlusserkrankungen (Raucherbein etc.)

Knochen und Gelenke
- Rheumatische Arthritis
- Verminderte Knochenstärke bei Frauen nach der Menopause
- Hüftfrakturen

Allgemeine Beeinträchtigungen ...
- der Immunfunktion
- der allgemeinen Gesundheit
- von Operationserfolgen

Augen
- Blindheit
- Katarakte (grauer Star)
- Altersbedingte Makuladegeneration

Zähne und Zahnhalteapparat
- Parodontose
- Karies*
- Versagen von Zahnimplantaten*

Stoffwechsel
- Typ-2-Diabetes

Magen und Darm
- Chronische entzündliche Darmerkrankungen*
- Magengeschwüre
- Aneurysmen der Bauchaorta

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

* Kausaler Zusammenhang wahrscheinlich.

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

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

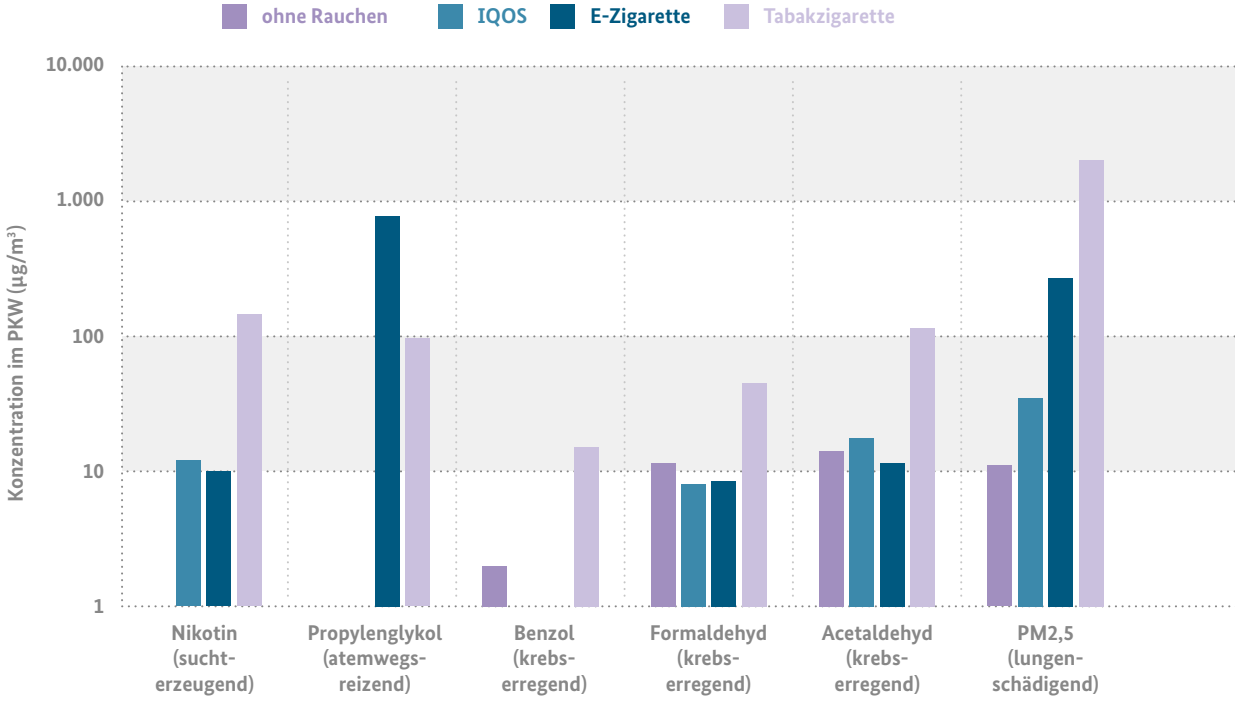
Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum 2015, Tabakatlas Deutschland 2015

Passivrauchbelastung im Auto:

Das Rauchen von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Tabakerhitzern führt zu einer Schadstoffbelastung der Luft in Pkw-Innenräumen, wie 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 jedoch hohe Mengen feiner Flüssigkeitspartikel (PM2,5) frei. Diese Partikel können tief in die Lunge eindringen und ihre Funktion beeinträchtigen. Bei Verwendung des Tabakerhitzers hingegen waren 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, zum Beispiel den Lüftungsbedingungen.

ABBILDUNG 18

Konzentration gesundheitlich problematischer Luftschadstoffe im PKW



Exemplarisch gezeigt ist die Konzentration gesundheitlich problematischer Luftschadstoffe in einem der 7 untersuchten PKW während des Konsums verschiedener Rauchmittel und im Vergleich zu Belastungssituation ohne Rauchaktivität. Das Fenster auf der Beifahrerseite des PKW war 2 cm geöffnet.

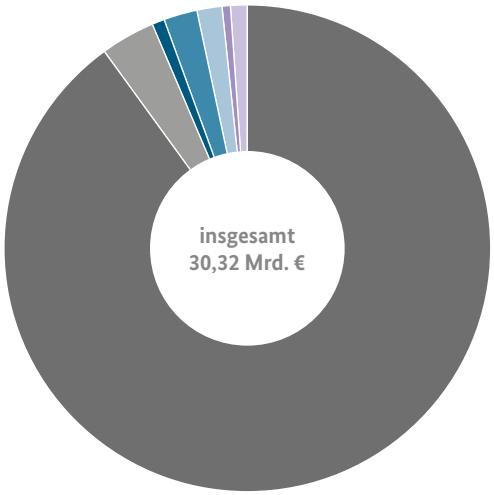
Wirtschaftliche Folgen des Rauchens[1]

Die Rauchprävalenz der DEBRA-Wellen im Jahr 2018 (gewichtete Daten von Januar bis Juni/Juli; N = 8.149) liegt bei 28,3 Prozent; die GEDA09-Rauchprävalenz lag im Vergleich dazu bei 29,9 Prozent. Waren damit auf Basis der GEDA09-Daten ca. 20,38 Mio. Deutsche mindestens Gelegenheits-, wenn nicht sogar regelmäßiger Raucher, so sind dies nach den Debra-Daten im Jahr 2018 ca. 20,53 Mio. Personen in Deutschland; der leichte Anstieg ist dabei vor allem durch den Bevölkerungszuwachs von 81,8 Mio. in 2009 auf 82,8 in 2017 zu erklären. Die Anzahl an Rauchern bleibt auch unter Einbezug weiterer DEBRA-Wellen aus dem Jahr 2017 stabil. Damit resultiert die bereits festgestellte nahezu gleichgebliebene Rauchprävalenz auch in entsprechend gleichhoher Anzahl an Rauchern.

Die direkten Kosten sind damit gegenüber der Schätzung von 2008-2012 um 19,3 Prozent angestiegen, wobei alleine durch die veränderte Altersstruktur der Raucher die direkten Kosten um 9,5 Prozent angestiegen sind. Damit sind bezogen auf die Gesamtausgaben im Gesundheitssektor ca. 14,6 Prozent der Kosten durch das Tabakrauchen verursacht.

Bei den indirekten Kosten zeigt sich ein ähnliches Bild. Diese liegen bei 66,92 Mrd. € im Jahr 2018. Auch hier sind die Kosten gegenüber der früheren Schätzung um insgesamt 27 Prozent angestiegen, wobei durch die veränderte Raucherstruktur in der Bevölkerung die Kosten lediglich um vier Prozent gestiegen sind und sich der Restanstieg durch die Lohnentwicklung erklären lässt. Insgesamt ergeben sich damit ökonomische Kosten des Rauchens in Höhe von 97,24 Mrd. € pro Jahr in Deutschland. Die intangiblen Kosten haben sich von 92,21 Mrd. € auf 98,71 Mrd. € pro Jahr und damit um sieben Prozent erhöht.

ABBILDUNG 19
Direkte Kosten des Rauchens in Mio. €

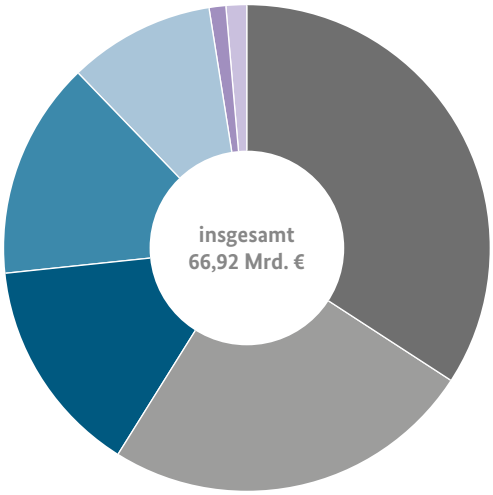


Krankheitskosten Raucher	27.315,88 Mio. €
Krankheitskosten Ehegatte/Partner passiv	1.095,06 Mio. €
Krankheitskosten Kinder passiv	239,05 Mio. €
Pflegekosten	692,79 Mio. €
Rehabilitationsmaßnamen	543,61 Mio. €
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (pauschal)	151,57 Mio. €
Unfälle	281,01 Mio. €

Berechnungen: Effertz, die Kosten des Rauchens im Jahre 2018

[1] Effertz, die Kosten des Rauchens im Jahre 2018

ABBILDUNG 20
Indirekte Kosten des Rauchens in Mio. €



Ressourcenverlust durch Mortalität	22.925,67 Mio. €
Langfristige Arbeitslosigkeit	16.563,96 Mio. €
Arbeitsunfähigkeit	9.716,88 Mio. €
Kurzfristige Arbeitslosigkeit	9.583,56 Mio. €
Erwerbsminderung	6.541,17 Mio. €
Pflege	803,24 Mio. €
Reha	785,18 Mio. €

Berechnungen: Effertz, die Kosten des Rauchens im Jahre 2018

Bekämpfung des Tabakschmuggels

Die Zollverwaltung weist die vom Zollfahndungsdienst erhobenen Mengen an sichergestellten Zigaretten in den jeweiligen Jahresstatistiken aus. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 62 Millionen Zigaretten in Deutschland sichergestellt; das sind 15 Millionen weniger als 2017.

www.zoll.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikation/Broschuere_Bestandteile/Die-Zollverwaltung/jahresstatistik_2018_gesamt.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Sichergestellte Zigaretten (in Mio. Stück)		
2016	**2017**	**2018**
121	77	62

Quelle: Zoll.de, 2019

Bei den sichergestellten Zigaretten handelt es sich zu einem erheblichen Teil um gefälschte Produkte.

Bei der Weiterentwicklung der tabakrechtlichen Vorschriften liegt der Schwerpunkt derzeit auf der Einführung eines EU-weit einheitlichen Rückverfolgbarkeitssystems.

Die Schaffung eines Rückverfolgbarkeitssystems für Tabakerzeugnisse ist in Artikel 8 des WHO-Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen für alle Kategorien von Tabakerzeugnissen verpflichtend vorgesehen. Das mit den Artikeln 15 und 16 der Tabakproduktrichtlinie 2014/40/EU auf europäischer Ebene eingeführte Rückverfolgbarkeitssystem soll einen Beitrag zur Bekämpfung des unerlaubten Tabakhandels leisten und die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Tabakhandels erhöhen. Danach sind Packungen von Tabakerzeugnissen mit einem individuellen Erkennungsmerkmal und einem fälschungssicheren Sicherheitsmerkmal zu kennzeichnen. Die Regelungen 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.

Mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes sowie der Dritten Verordnung zur Änderung der Tabakerzeugnisverordnung wurde das nationale Tabakrecht an Durchführungsrechtsakte der Europäischen Kommission über technische Standards für die Errichtung und den Betrieb eines Rückverfolgbarkeitssystems für Tabakerzeugnisse angepasst.

Tabakschmuggelprotokoll

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 (Tabakschmuggelprotokoll). Das Protokoll setzt verbindliche Standards für die Vertragsstaaten und bildet einen Rahmen für die internationale Zusammenarbeit.

Ziel des Protokolls ist es, den illegalen Handel von Tabakwaren weltweit einzudämmen. Durch den unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen werden Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakgebrauchs untergraben und ein erleichterter Zugang zu günstigen Tabakerzeugnissen gefördert, der zugleich Steuerausfälle nach sich zieht. Das Protokoll zielt auf eine umfassende Überwachung der gesamten Lieferkette für Tabakerzeugnisse ab.

Deutschland hat das Tabakschmuggelprotokoll im Oktober 2017 ratifiziert. Das Protokoll trat am 25. September 2018 in Kraft, nachdem es 40 Vertragsparteien des Tabakrahmenübereinkommens ratifiziert, angenommen, genehmigt oder förmlich bestätigt haben oder ihm beigetreten sind.

Erhöhung der Tabaksteuer

Entsprechend den Vorgaben des Tabaksteuergesetzes (TabStG) stieg zum 15. Februar 2019 der Mindeststeuersatz für Zigaretten an. Die Systematik der Tabaksteuerberechnung basiert auf einer mengenbezogenen und einer wertbezogenen Komponente, flankiert mit einer Mindeststeuer. Dies 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 zugrunde, resultiert daraus ein Mindeststeuersatz von 15,784 Cent pro Zigarette für den Zeitraum 15. Februar 2019 bis 14. Februar 2020, verglichen mit 15,620 Cent pro Zigarette für den Zeitraum 15. Februar 2018 bis 14. Februar 2019.

Diskussion um Tabakwerbung und Tabakwerbebeschränkungen

Die Präsenz von Werbung in Medien und die Außenwerbung auf Plakaten hat Einfluss auf das Rauchverhalten, insbesondere bei Jugendlichen. Schon eine ältere Cochraneanalyse (Lovoto et al., 2011) fand 19 verwertbare Studien mit mehr als 29.000 Rauchern, die einen Zusammenhang des Einstiegs in den Tabakkonsum mit der Verfügbarkeit von Werbung in Verbindung feststellen konnten. Vergleichbare Forschung liegt auch für E-Zigaretten vor (s. auch Hanewinkel R, Isensee B, Sargent JD, Morgenstern M., 2011). Die Tabakrahmenkonvention verpflichtet Deutschland, die Möglichkeiten der Tabakwerbung soweit einzuschränken, wie dies verfassungsrechtlich möglich ist.

Die Bundesregierung hat 2016 einen Gesetzentwurf zur Ausweitung der bestehenden Werbebeschränkungen in den Bereichen Außenwerbung, Kinowerbung und kostenlosen Abgaben vorgelegt, der vom Bundestag jedoch bislang nicht beschlossen worden ist.

Weiterlesen

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

Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship

Gemäß Artikel 13 der Tabakrahmenkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) 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 06).

Hinweis:

Gemäß neuer AVMD-Richtlinie ist zukünftig Werbung für elektronische Zigaretten und Nachfüllbehälter auch auf Video-Sharing-Plattformen wie YouTube oder Netflix verboten.

TABELLE 06

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Werbung	**86.296**	**81.345**	**69.214**	**70.270**	**80.225**	**70.186**	**73.957**	**93.813**	**87.808**	**98.008**
Werbung in Printmedien	504	1.536	719	345	235	300	156	220	43	93
Außenwerbung	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986	69.807	72.718	91.206	87.204	95.865
Werbung im Kino	1.512	2	1.216	1.785	3.950	78	1.080	2.383	554	2.047
Werbung im Internet	188	277	1	7	4	1	4	3	8	3
Sonstige Werbung	6.005	8.494	480	0	50	0	0	1	0	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**	**141.561**
Sponsorship	**3.681**	**3.422**	**2.770**	**4.517**	**5.139**	**6.509**	**5.610**	**5.086**	**5.463**	**7.810**
Gesamte Werbeausgaben	**192.769**	**222.262**	**199.089**	**197.674**	**220.761**	**205.639**	**196.124**	**231.989**	**211.783**	**247.379**

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

Neue Tabak- und Dampfprodukte

Seit einigen Jahren kommen vermehrt Rauch- und Dampfprodukte auf den Markt, die von einer wachsenden Zahl von Konsumenten genutzt werden:

Elektronische Zigarette und E-Shisha

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 eine Flüssigkeit erhitzt, die beim Ziehen am Mundstück vernebelt, sodass sie als Aerosol inhaliert werden kann.

Ähnlich wie die E-Zigarette funktioniert auch die E-Shisha: Auch sie besteht aus einem Mundstück, einem Akku oder einer Batterie, einem elektronischen Verdampfer sowie einer Kartusche mit einem Liquid.

Basis des Liquids ist Propylenglykol, häufig auch Glycerin. Beigefügt werden verschiedene, zumeist süßliche Aromastoffe, welche die Geschmacksrichtung des Liquids bestimmen. Liquids werden mit und ohne Nikotin angeboten. Das Aerosol von E-Zigaretten besteht aus feinen und ultrafeinen Flüssigkeitspartikeln aus Propylenglykol und/oder Glycerin und Aromen. Das Aerosol kann weitere schädliche Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, reaktive Sauerstoffverbindungen und Metalle enthalten. Während die Nikotinaufnahme jener der klassischen Zigarette entsprechen kann, liegt die Konzentration der weiteren Schadstoffe im E-Zigarettenaerosol bei sachgemäßem Gebrauch 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 (zur Prävalenz, s. Tabellen zu Beginn dieses Unterkapitels).

Vor allem jüngere Menschen im Alter von 16 bis 29 Jahren probieren E-Zigaretten aus: In dieser Altersgruppe hat fast ein Fünftel bereits E-Zigaretten verwendet. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Anteil kontinuierlich ab. In der Wissenschaft wird zum Teil befürchtet, dass E-Zigaretten bei jungen Menschen doch zum vermehrten Konsum von herkömmlichen Zigaretten führen können (DKFZ, E-Zigaretten; zum Konsumverhalten in Deutschland 2014–2018).

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 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 drei Prozent der Raucherinnen und Raucher an, einen Rauchstopp mithilfe von E-Zigaretten versucht zu haben. Der Anteil der ehemaligen Raucher, die unter Einsatz von E-Zigaretten mit dem Rauchen aufgehört haben, stieg von 0,2 Prozent im Jahr 2014 auf 1,8 Prozent im Jahr 2017 an (DKFZ, 2018).

Gesundheitliche Auswirkungen

Langzeitstudien zu möglichen Gesundheitsgefahren durch E-Zigaretten gibt es noch nicht. Erste Studien weisen allerdings deutlich darauf hin, dass E-Zigarettenaerosol im Körper oxidativen Stress erhöht, entzündliche Reaktionen in der Lunge hervorruft und für Zellen giftig sein kann. Außerdem kann es die Zellvermehrung, die Zellfunktion und die Immunabwehr beeinträchtigen und das

Erbgut schädigen. Zudem wurden mehrere Einzelfälle beschrieben, in denen E-Zigarettenkonsum mit speziellen Formen von Lungenentzündungen in Verbindung gebracht wurde.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fakten_zum_Rauchen.html

All diese Wirkungen sind in der Regel im Vergleich zu den Folgen des Zigarettenkonsums weniger stark ausgeprägt. Es gibt immer mehr Studien, die davon ausgehen, dass E-Zigaretten aufgrund der deutlich geringeren Schadstoffmenge im Aerosol im Vergleich zu Rauchtabak weniger schädlich sind. Auch wenn das Ausmaß einer möglichen Gesundheitsgefährdung bislang nicht geklärt ist, sollten E -Zigaretten ebenso wie Tabakzigaretten zum vorbeugenden Gesundheitsschutz für Nichtkonsumenten nicht in Räumen verwendet werden, in denen ein Rauchverbot besteht, denn auch E-Zigaretten tragen zur Belastung von Raumluft bei.

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

Seit Dezember 2018 ist in Deutschland ein E-Zigarettenprodukt (z.B. des Herstellers JUUL Labs) auf dem Markt, das optisch einem USB-Stick nachempfunden ist. Dessen Liquid enthält zusätzlich zu der üblichen Mischung aus Nikotin, Propylenglykol, Glycerin und Aromastoffen auch Benzoesäure. Nikotin geht mit der Benzoesäure eine Verbindung ein und bildet ein Nikotinsalz, das nach Einschätzung von Experten dazu beiträgt, dass das Nikotin eine geringere Reizwirkung auf Hals und Lungen ausübt und somit tiefer eingeatmet werden kann. Nach Aussage des Herstellers führen Nikotinsalze auch dazu, dass die Aufnahme von Nikotin beschleunigt wird. Dies führt zu der Befürchtung, dass insbesondere Jugendliche, die diese Produkte nutzen, vergleichsweise schneller eine Nikotinabhängigkeit entwickeln (Ärztliche Mitt. 56-2018, S. 3).

Die Ergebnisse des vom BMG geförderten Reviews zum aktuellen Forschungsstand zu E-Zigaretten und Tabakerhitzern des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) liegen vor und sind unter www.dkfz.de abrufbar:

www.dkfz.de

Tabakerhitzer

Ein Tabakhersteller brachte im Jahr 2016 ein Tabakprodukt namens IQOS auf den deutschen Markt, bei dem eine spezielle “Minizigarette” in einem Halter elektronisch auf etwa 250 bis 300°C erhitzt wird. Die Dauer der Nutzung entspricht dem Rauchen einer Zigarette, also etwa 14 Züge oder rund sechs Minuten. Die Konsumenten inhalieren wie beim Rauchen das entstehende Aerosol, das eine Reihe derselben Schadstoffe wie der Rauch der konventionellen Zigarette enthält, darunter Kohlenmonoxid und krebserzeugende Substanzen, jedoch in geringeren Mengen (Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), 2018; Committee 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 Abhängigkeitspotenzial bergen.

Gesundheitliche Auswirkungen

Die gesundheitliche Gefährdung durch Tabakerhitzer ist schwierig abzuschätzen. 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. Unabhängige Wissenschaftler, welche die Daten von Herstellerstudien neu ausgewertet haben, kommen zu dem Ergebnis, dass Tabakerhitzer die Lunge und die Leber schädigen könnten.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fakten_zum_Rauchen.html

Da das Aerosol von Tabakerhitzern ähnliche Mengen Nikotin wie Tabakrauch enthält und der Konsument vergleichbare Nikotinmengen wie beim Rauchen aufnimmt, ist davon auszugehen, dass der Konsum von Tabakerhitzern ein ähnliches Abhängigkeitspotenzial birgt wie der Zigarettenkonsum (BfR, 2017; Haziza et al. 2016).

Wasserpfeifen

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. Daten zur Verbreitung des Konsums liegen für Jugendliche und junge Erwachsene vor.

Zum Beispiel hier:

www.dak.de/dak/bundesthemen/ein-fuenftel-der-schueler-raucht-shisha-2116276.html

Wasserpfeifentabak muss kombinierte Warnhinweise aus Bild und Text tragen (erst ab Mai 2024). Es gelten dieselben Werbebeschränkungen wie für Zigaretten. Teilweise werden beim Konsum von Wasserpfeifen 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. Krebsauslösende Substanzen wurden im Rauch von Wasserpfeifen in vielfach höheren Konzentrationen 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.

Gesundheitliche Auswirkungen

Einer Studie des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zufolge sind die Risiken des Konsums von Wasserpfeifentabak nicht geringer als die von Zigarettentabak.

Shisharauchen erhöht sehr wahrscheinlich ebenso das Risiko für eine Reihe schwerer Krankheiten (siehe Tabelle 07). So beeinträchtigt Wasserpfeifenrauchen akut die Lungenfunktion. Wegen der hohen CO-Menge im Rauch kann es zudem zu einer CO-Vergiftung kommen. Langfristig erhöht Shisharauchen das Risiko für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), sehr wahrscheinlich

auch für chronische Bronchitis und möglicherweise für ein Lungenemphysem. Wahrscheinlich besteht ein Zusammenhang zwischen Wasserpfeifenrauchen und Lungen-, Mundhöhlen-, Magen- sowie Speiseröhrenkrebs. Wasserpfeifenrauchen erhöht kurzfristig die Herzfrequenz und den Blutdruck. Die Schadstoffe des Shisharauchs beeinträchtigen die Funktionen des Herz-Kreislauf-Systems, sodass langfristig mit einem gesteigerten Risiko für Herzkreislauferkrankungen zu rechnen ist. Außerdem fördert Shisharauchen die Entstehung von Parodontitis. Eine Studie deutet darauf hin, dass zwischen Shisharauchen und dem metabolischen Syndrom (Kombination von vier Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes und Herzerkrankungen: Starkes Übergewicht mit erhöhtem Bauchfett, erhöhten Werten für Blutzucker und Blutfette sowie Bluthochdruck) ein Zusammenhang besteht.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_Wasserpfeifen.pdf

Mehrere Bundesländer wie NRW, Hamburg und Berlin planen inzwischen verschärfte gesetzliche Anforderungen an einen Shishabetrieb: So sollen Kohlenmonoxidmelder eingebaut werden, damit Gäste und Mitarbeiter keinen Schaden erleiden.

TABELLE 07

	Tabakzigaretten	Wasserpfeifen	Tabakerhitzer	E-Zigaretten
Schadstoffgehalte im Rauch, bzw. in den Emissionen	**Sehr hoch** *Counts et al., 2005* **(pro Zigarette)**	**Sehr hoch** *Shihadeh et al., 2015* **(pro Wasserpfeife)**	**Deutlich reduziert** *Schaller et al., 2016* *Mallock et al., 2018* **(pro Stick)**	**Stark reduziert** *Goniewicz et al., 2014* **(für 15 Züge)**
Formaldehyd	29 - 130 µg	36 - 630 µg	4,5 - 5,5 µg	0,20 - 5,61 µg
Acetaldehyd	930 - 1.540 µg	120 - 2.520 µg	179 - 219 µg	0,11 - 1,36 µg
1,3-Butandien	77 - 117 µg	n.d.	bis zu 0,3 µg	n.d.
Benzol	50 - 98 µg	271 µg	0,64 - 0,65 µg	n.d.
Nikotin	1,1 - 2,7 mg	0,01 - 9,29 mg (bei Verwendung von Holzkohle zur Beheizung)	1,1 - 1,32 mg	variabel (u.a. abhängig vom Gerät und vom Gehalt im Liquid)
Suchtpotential	**Sehr hoch**	**Sehr hoch**	**Sehr hoch**	**Vorhanden** (nikotinhaltige Produkte)
		Wasserpfeifen werden von Jugendlichen oft nur zu besonderen Anlässen (Feiern) genutzt und eignen sich weniger für den täglichen Gebrauch		Nikotingehalte können ähnlich hoch wie im Tabakrauch sein, aber suchtverstärkende Pyrolyseprodukte treten nicht auf
Gesundheitliche Risiken	**Sehr hoch**	**Hoch**	**Vorhanden**	**Vorhanden**
		Tägliches Rauchen einer Wasserpfeife führt zu ähnlichen Gesundheitsrisiken wie ein moderater Zigarettenkonsum. (etwa zehn Zigaretten pro Tag) BfR-Stellungnahme 034/2016	Für eine zuverlässige Bewertung, inwieweit sich geringe Schadstoffgehalte auf gesundheitliche Risiken auswirken, fehlen noch geeignete Modelle.	Gesundheitsrisiken können weitgehend minimiert werden und hängen vom Gerät, den Inhaltsstoffen der Liquids und den Betriebsbedingungen ab. Zu den Risiken einer langfristigen Nutzung besteht Klärungsbedarf.

Quelle: BfR 2019, im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

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 Glykol 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 die 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 Prozent der Männer und 14 Prozent 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 (RKI, GEDA 2014/2015-EHIS).

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

Im Mai 2019 wurden die neuen Ergebnisse der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2018“ vorgestellt (Alkoholsurvey 2019). In der Repräsentativbefragung erhebt die BZgA regelmäßig den Alkoholkonsum der zwölf- bis 25-jährigen Bevölkerung bundesweit. Für die BZgA-Repräsentativstudie wurden von April bis Juni 2018 bundesweit 7002 junge Menschen im Alter von zwölf bis 25 Jahren befragt.

Die neuen Studienergebnisse zeigen, dass aktuell 8,7 Prozent der Jugendlichen im Alter von zwölf bis 17 Jahren regelmäßig, das heißt mindestens einmal wöchentlich, Alkohol konsumieren. Das ist ein historisch niedriger Stand. In dieser Altersgruppe lag dieser Wert im Jahr 2004 noch bei 21,2 Prozent.

Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geben aktuell 33,4 Prozent an, regelmäßig Alkohol zu trinken. Dies ist ein seit dem Jahr 2014 gleichbleibender Wert. Ausgehend vom Jahr 2004 mit 43,6 Prozent ist eine langfristig rückläufige Entwicklung zu beobachten.

Der Anteil zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen, die sich im vergangenen Monat in einen Rausch getrunken haben, ist mit aktuell 13,6 Prozent seit mehreren Jahren relativ konstant. Im Jahr 2004 waren es noch 22,6 Prozent.

Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist das Rauschtrinken nach einer rückläufigen Entwicklung in den vergangenen Jahren aktuell mit 37,8 Prozent wieder verbreiteter (2016: 32,8 Prozent). Im Jahr 2004 lag dieser Wert bei 43,5 Prozent.

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 vergangenen 20 Jahren leicht zurück, während er bei Frauen weitgehend unverändert blieb.

- Immer weniger zwölf- bis 17-jährige Jugendliche haben schon einmal Alkohol getrunken. Auch der regelmäßige Alkoholkonsum ging in dieser Altersgruppe in den vergangenen 14 Jahren zurück. Zudem ist das Rauschtrinken bei Jugendlichen im Jahr 2018 geringer verbreitet als in früheren Jahren.

- Bei den jungen Männern und Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren hat sich der Alkoholkonsum unterschiedlich entwickelt. Der regelmäßige Konsum sowie der Konsum riskanter Mengen und die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens 18- bis 25-jähriger Männer sind 2018 geringer verbreitet als in den Jahren 2011 bzw. 2012. Bei den jungen Frauen zeichnen sich längerfristig keine wesentlichen Veränderungen im Alkoholkonsum ab.

- Die Zahl der Todesfälle, die ausschließlich durch Alkoholkonsum bedingt sind, ist in den vergangenen 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 einen Risikofaktor darstellt.

Hinweis:

Gemäß neuer AVMD-Richtlinie wird zukünftig Alkoholwerbung auch auf Video-Sharing-Plattformen wie YouTube oder Netflix eingeschränkt.

TABELLE 08

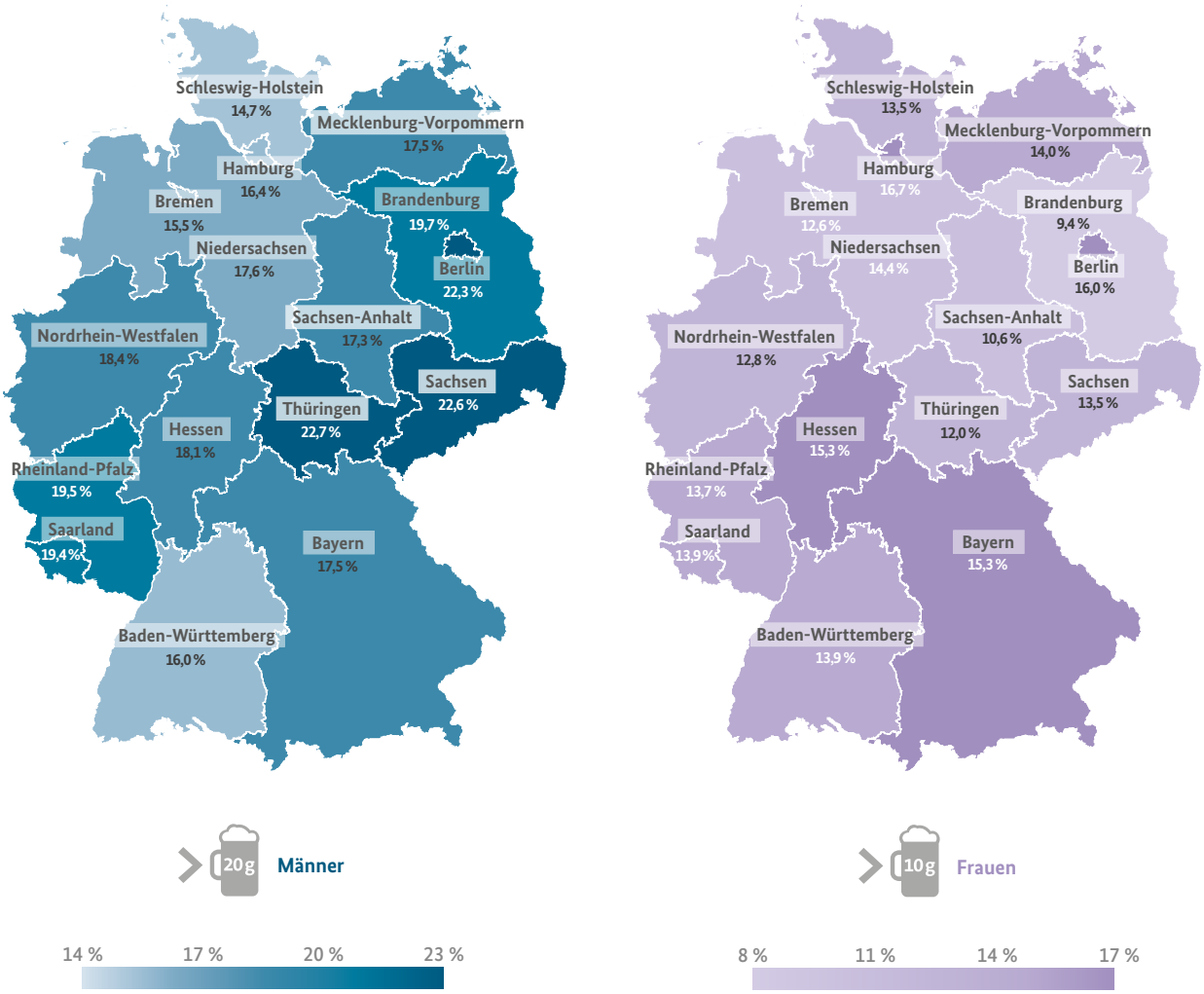
Prävalenzen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen

	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	2018	2018	2018	2014/2015	2014/2015
Jemalskonsum	51,0 %	62,9 %	95,5 %	96,4 %	92,0 %	88,1 %
Alkoholkonsum mind. ein mal pro Woche		9,8 %	34,0 %		47,7 %	49,5 %
Konsum in den letzten 30 Tagen		36,7 %	74,1 %	71,6 %		
Konsum mind. monatlich i. d. letzten zwölf Monaten					73,9 %	71,9 %
Riskanter Konsum	Reinalkohol pro Tag: Frauen: mehr als zehn Gramm Männer: mehr als 20 Gramm	Reinalkohol pro Tag Frauen: mehr als zwölf Gramm Männer: mehr als 24 Gramm			Reinalkohol pro Tag Frauen: mehr als zehn Gramm Männer: mehr als 20 Gramm	
gesamt	12,1 %	3,7 %	18,3 %	18,1 %	16,3 %	14,8 %
weiblich	13,5 %	3,0 %	15,4 %	19,7 %	14,4 %	12,2 %
männlich	10,8 %	4,3 %	20,9 %	16,7 %	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 vier bei Mädchen/Frauen mehr als fünf 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 %	14,0 %	38,9 %	34,5 %	33,4 %	27,8 %
weiblich	5,6 %	12,8 %	31,6 %	24,6 %	25,9 %	21,9 %
männlich	8,4 %	15,1 %	45,5 %	42,8 %	44,7 %	35,1 %
Alkoholabhängigkeit				3,1 %		
weiblich				1,7 %		
männlich				4,5 %		

Hinweise zu den Datenquellen und Studien finden Sie im Anhang.

ABBILDUNG 21

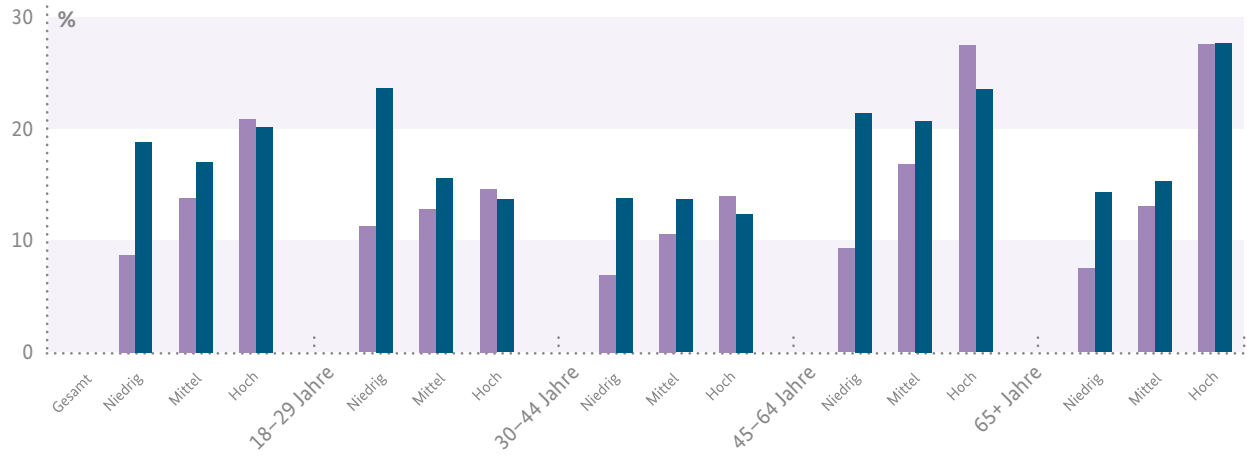
Riskanter Alkoholkonsum von Männern und Frauen nach Bundesländern (mehr als 20 g bzw. 10 g Reinalkohol pro Tag)



Quelle: GEDA 2014/2015, RKI

ABBILDUNG 22

Alkoholkonsum von Frauen und Männern stratifiziert nach Alters- und Sozialstatusgruppen

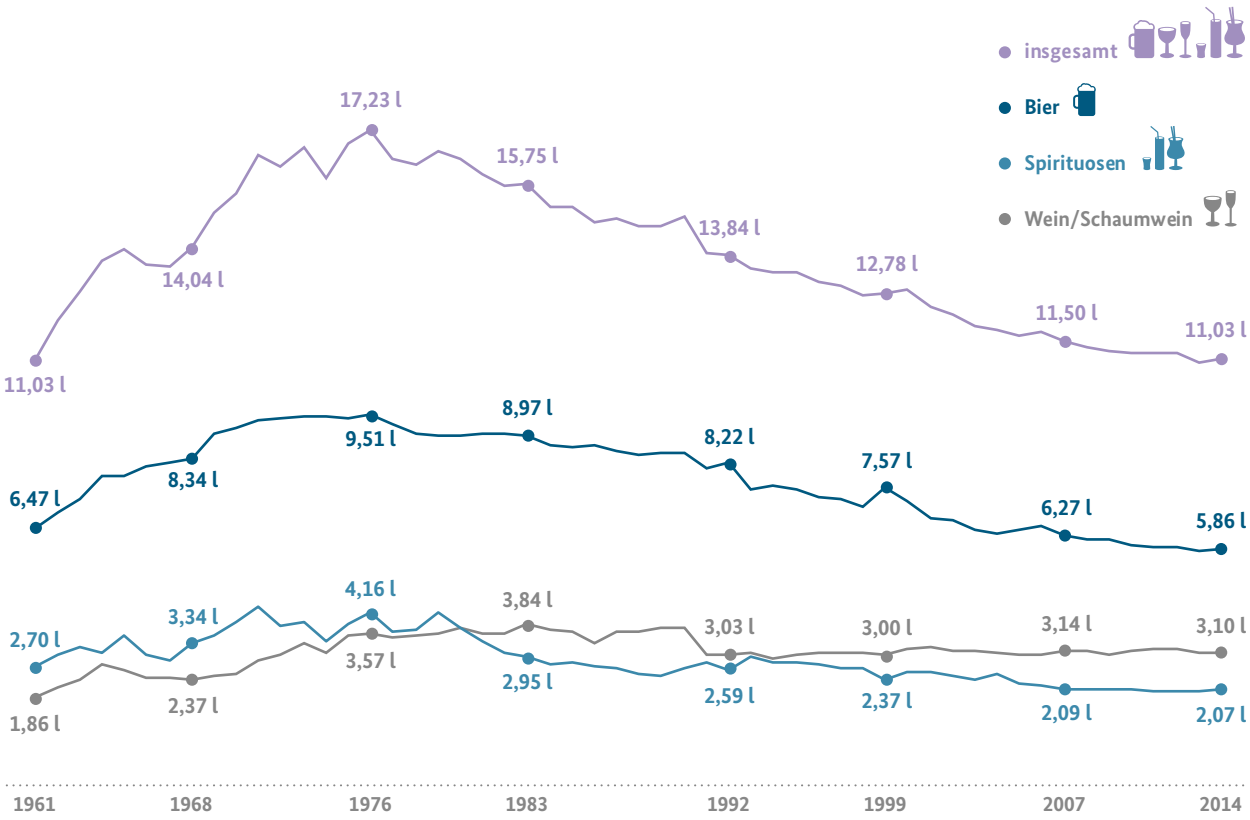


Männer Frauen

Quelle: RKI, GEDA 2014/2015-EHIS

ABBILDUNG 23

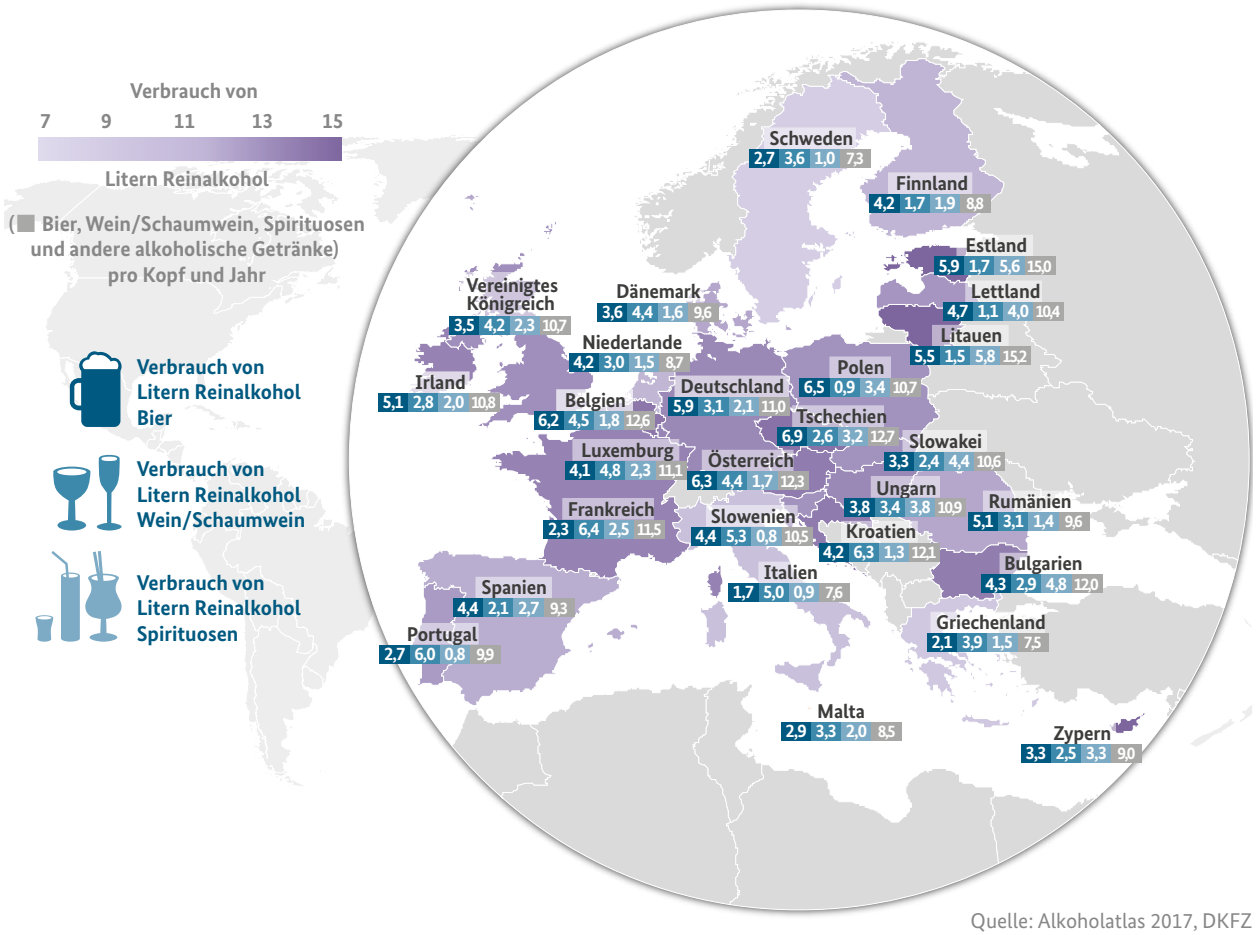
Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol in der Bevölkerung (ab 15 Jahren), 1961 bis 2014



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

ABBILDUNG 24

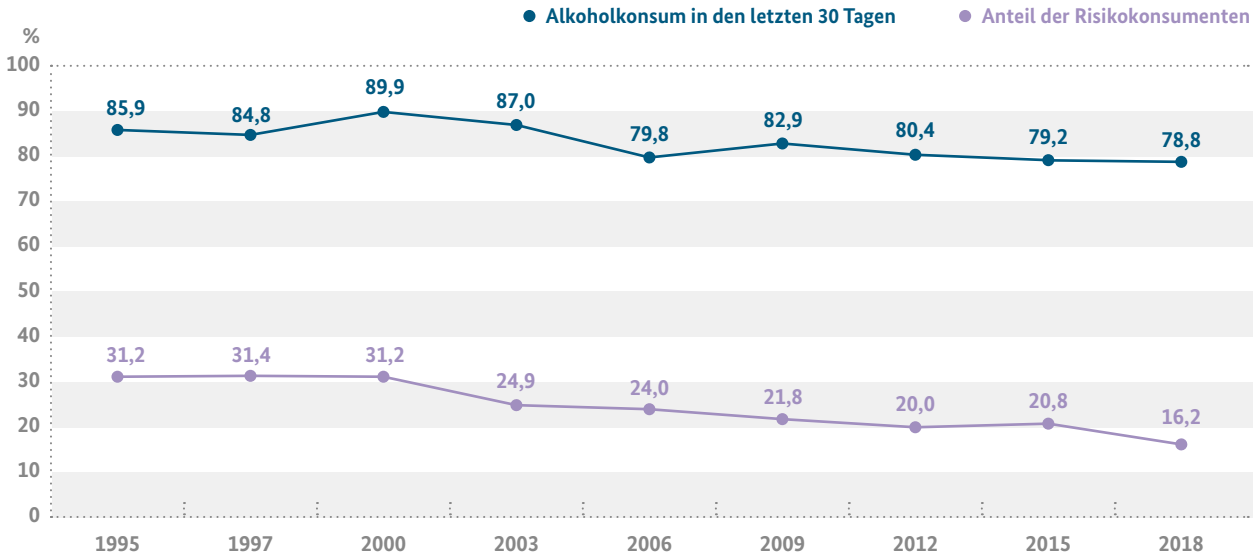
Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung (ab 15 Jahren) in der Europäischen Union



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

ABBILDUNG 25

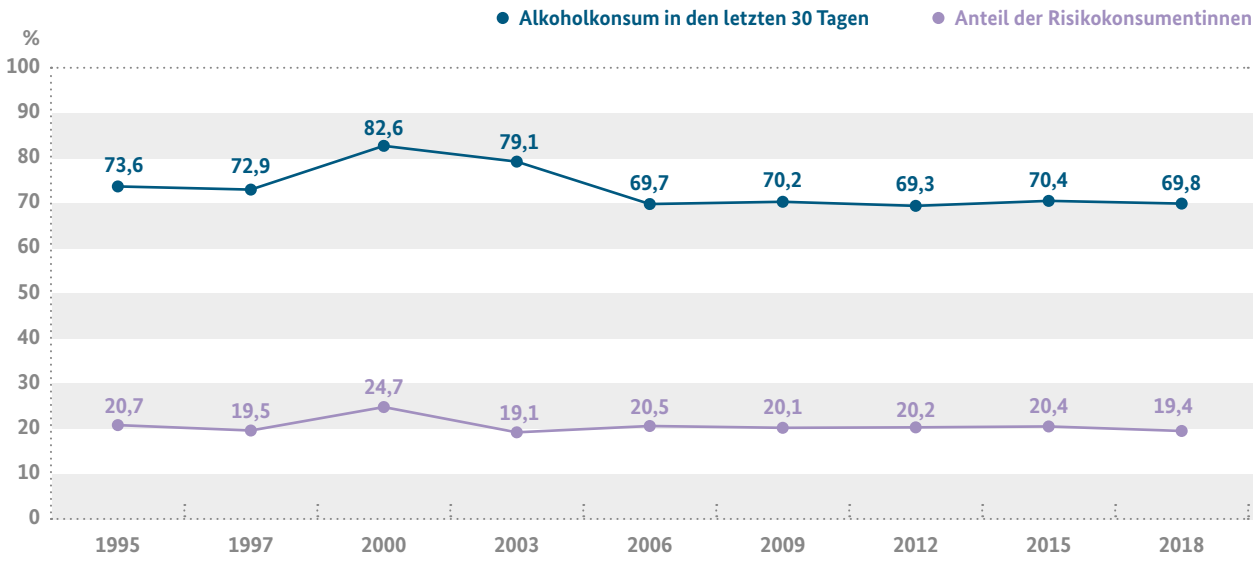
Alkoholkonsum (in den letzten 30 Tagen) bei **Männern** (18–59 Jahre)
und Anteil der Risikokonsumenten von diesen Konsumenten (mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag)



Quelle: ESA 2015, IFT

ABBILDUNG 26

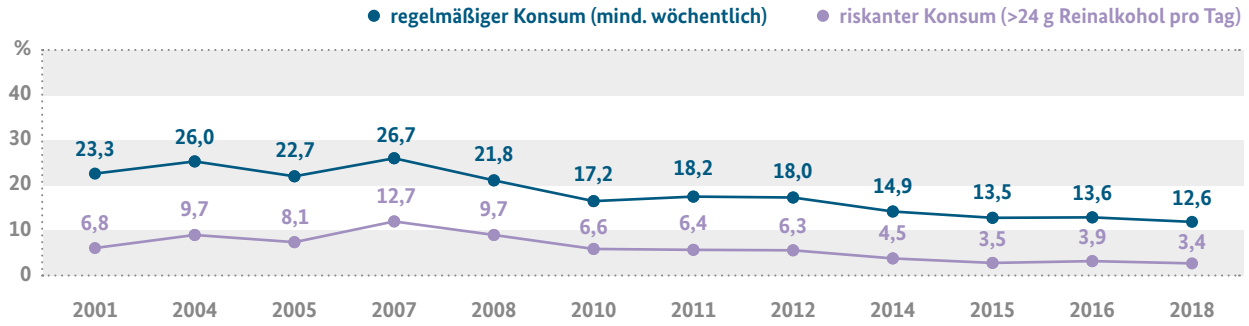
Alkoholkonsum (in den letzten 30 Tagen) bei **Frauen** (18–59 Jahre)
und Anteil der Risikokonsumentinnen von diesen Konsumentinnen (mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag)



Quelle: ESA 2015, IFT

ABBILDUNG 27

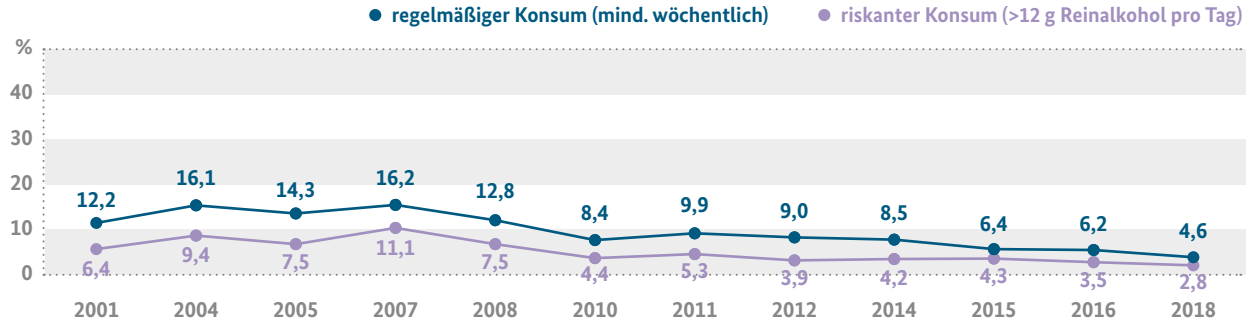
Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei **Jungen** (12–17 Jahre)



Quelle: Alkoholsurvey, BZgA

ABBILDUNG 28

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



Quelle: Alkoholsurvey, BZgA

Für die Abbildungen 27 und 28 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

Der Konsum von alkoholischen Getränken ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von akuten und chronischen Erkrankungen sowie für soziale Probleme verbunden. Einen Alkoholkonsum ganz ohne Risiken gibt es nicht. Als Empfehlungen zur Schwellendosis für den risikoarmen Konsum schlagen neuere Übersichtsarbeiten acht bis zehn Gramm Alkohol pro Tag für Frauen und 15 bis 20 Gramm Alkohol pro Tag für Männer vor.

Eine Studie zu alkoholbezogener Morbidität und Mortalität in Deutschland berichtet seit 1995 bzw. seit 2000 von einer Zunahme der Krankenhausfälle, die vollständig auf Alkohol zurückzuführen sind. 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 Abbildung 04).

Die Zahl der Todesfälle, die ausschließlich durch Alkoholkonsum bedingt ist, ist in den vergangenen 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 Abbildung 29).

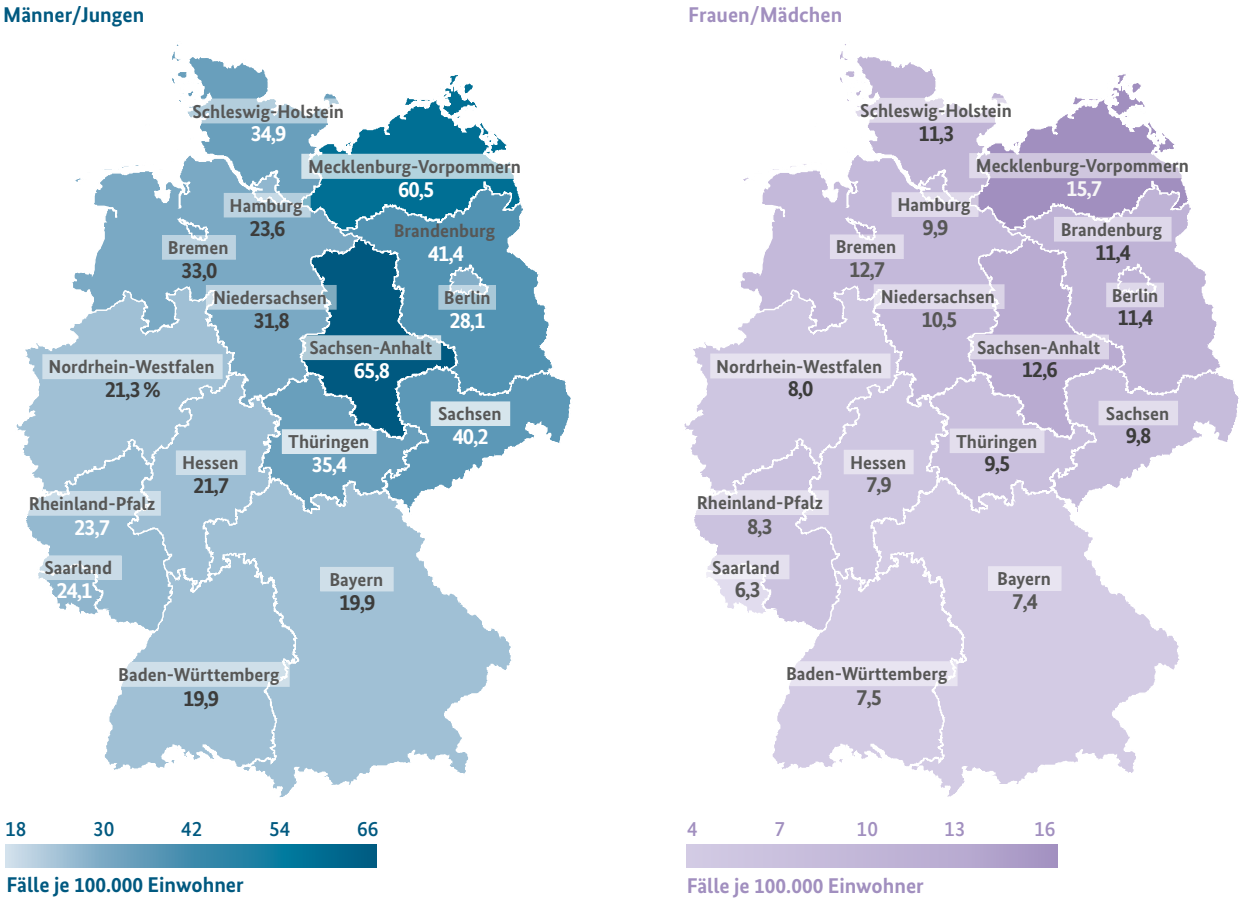
Neben Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind akute Risiken in erster Linie eine Folge höherer Trinkmengen. Ab etwa 1,0 Promille spricht man vom Rauschstadium. Das räumliche Sehen und die Orientierung verschlechtern sich, die Reaktionsfähigkeit wird erheblich gestört. Die Risikobereitschaft steigt, während gleichzeitig das Urteilsvermögen herabgesetzt wird. Dadurch kommt es im Alkoholrausch häufig durch leichtsinniges Verhalten zu Unfällen. Insbesondere im Straßenverkehr hat Alkoholkonsum oft schwerwiegende, vergleichsweise häufig auch tödliche Unfälle zur Folge. Aufgrund der enthemmenden Wirkung neigen manche Menschen unter Einfluss von Alkohol auch zu aggressivem Verhalten und Gewalt. Alkoholisierte Personen sind jedoch nicht nur Täter, sondern häufiger auch Opfer von Gewalt.

Besonders extreme Formen des Rauschtrinkens werden als „Komasaufen“ bezeichnet, womit eine mögliche Folge des exzessiven Alkoholmissbrauchs genannt ist. Ab etwa 3,0 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. 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 29

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



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

Behandlung von alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen

234.785 Männer und 87.820 Frauen wurden aufgrund der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ 2016 in Krankenhäusern behandelt (Statistisches Bundesamt 2017). Bei der stationären und ambulanten Behandlung von Suchterkrankungen ist die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit der häufigste Grund für die Inanspruchnahme. 2017 wurden 95.746 Behandlungsfälle in ambulanten und stationären Einrichtungen gezählt (74.780 Menschen wurden ambulant und 20.966 stationär behandelt). Dabei sind alkoholabhängige Menschen im Mittel die ältesten (47 Jahre) unter den behandelten Suchtkranken. Insgesamt wurden mehr Männer als Frauen behandelt (29 Prozent Frauen, 71 Prozent Männer) (DSHS, 2018).

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat im Jahr 2018 insgesamt 34.856 Entwöhnungsbehandlungen (einschließlich ambulanter Rehabilitation, ohne Nachsorge) für alkoholabhängige Versicherte bewilligt. Damit entfielen 64,22 Prozent aller Entwöhnungsbehandlungen auf die Indikation Alkoholabhängigkeit.

WHO-Statusreport Alkohol und Gesundheit 2018

Im September 2018 wurde der Statusreport Alkohol und Gesundheit 2018 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht. Demnach sterben jedes Jahr rund drei Millionen Menschen weltweit durch Alkoholkonsum – das sind mehr als durch Aids, Gewalt und Verkehrsunfälle zusammen. Am stärksten betroffen sind Männer – sie machen drei Viertel der alkoholbedingten Todesfälle aus.

Die WHO bringt rund 200 Krankheiten mit Alkoholkonsum in Verbindung, darunter Leberzirrhose und einige Krebsarten. In dem 500-seitigen Bericht heißt es zudem, Alkoholkonsum mache Menschen anfälliger für Krankheiten wie Tuberkulose, HIV und Lungenentzündungen.

Die drei Millionen durch Alkohol verursachten Todesfälle, die 2016 registriert wurden, entsprechen 5,3 Prozent aller Todesfälle des Jahres. Im selben Zeitraum wurden 2,5 Prozent der weltweiten Todesfälle durch Verkehrsunfälle verursacht, 1,8 Prozent durch Aids und 0,8 Prozent durch Gewalt. Insgesamt gebe es „positive Tendenzen“, denn die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle sei in den vergangenen Jahren zurückgegangen, bemerkte die WHO. So wurden 2012 noch 3,3 Millionen Todesfälle auf Alkohol zurückgeführt.

Laut WHO trinken 2,3 Milliarden Menschen weltweit Alkohol – in Amerika, Europa und im Westpazifik sind es mehr als die Hälfte der Einwohner. Europa weist die höchste Zahl der Alkoholkonsumenten auf, jedoch sank die Zahl im Vergleich zu 2010 um mehr als zehn Prozent. In drei Vierteln der europäischen Länder ging der Alkoholkonsum zurück, insbesondere in Russland, Moldau und Weißrussland.

Mit Blick auf den weltweiten Alkoholkonsum rechnet die WHO mit einem Anstieg in den kommenden zehn Jahren, insbesondere in Südostasien, im Westpazifik und auf dem amerikanischen Kontinent. Damit einhergehen werde vermutlich auch ein Anstieg der alkoholbedingte Krankheiten und Todesfälle, warnte die WHO.

Alkohol in der Arbeitswelt

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 liegt erstmalig auf dem Thema Sucht und Abhängigkeit. Untersucht wurden Alkoholabhängigkeit, Nikotinsucht sowie die Abhängigkeit von Computerspielen und die Abhängigkeit von sozialen Medien. Dazu wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie die ambulanten und stationären Versorgungsdaten aller erwerbstätigen DAK-Versicherten ausgewertet und zudem 5.614 abhängig Beschäftigte befragt.

89 Prozent der Befragten gaben an, entweder keinen Alkohol zu trinken oder risikoarm zu konsumieren.

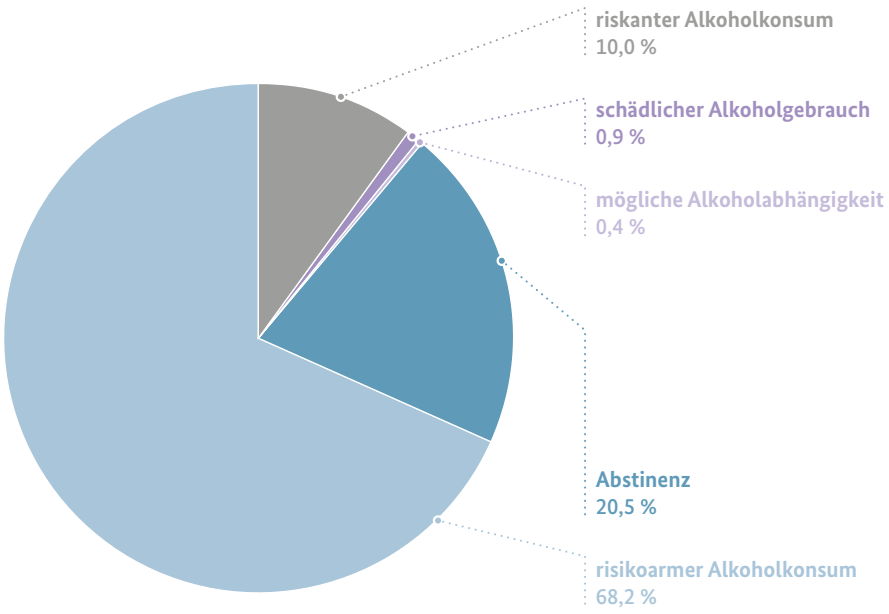
Zehn Prozent trinken in riskanter Weise Alkohol, sodass ein Risiko für körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden besteht. Ein Prozent der befragten Beschäftigten konsumieren in einer bereits schädlichen Weise. Bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass solche Folgeschäden bereits eingetreten sind oder sich derzeit einstellen. Eine mögliche Alkoholabhängigkeit wurde bei 0,4 Prozent der Befragten festgestellt. Das entspricht in etwa jedem zweihundertsten Beschäftigten. Diese Zahlen erscheinen recht gering vor dem Hintergrund, dass wissenschaftliche Studien von einer weitaus größeren Verbreitung von Alkoholabhängigkeit berichten. Jedoch muss bei der Einordnung dieses Wertes unter anderem beachtet werden, dass es sich bei einer Population von Erwerbstätigen immer um eine besonders gesunde Gruppe im Vergleich zu Populationen aus der Allgemeinbevölkerung handelt.

Die Daten der DAK ergaben, dass zwei Prozent der Erwerbstätigen wegen Alkohol zu spät zur Arbeit kamen oder früher Schluss machten. Ein Prozent konsumiert mehrmals pro Monat Alkohol am Arbeitsplatz. Unter den Beschäftigten, die wenigstens eine Krankmeldung in den vergangenen zwölf Monaten hatten, geben nur 0,3 Prozent an, dass Alkoholkonsum bei einer Krankmeldung eine Rolle gespielt hat. Je problematischer jedoch das Alkoholkonsummuster, umso wahrscheinlicher werden Folgen dieser Art für die Arbeit.

Fast die Hälfte der Beschäftigten mit schädlichem/abhängigem Gebrauch war in den vergangenen drei Monaten wegen Alkoholkonsum unkonzentriert oder abgelenkt gewesen. 27 Prozent dieser Gruppe sind in den vergangenen drei Monaten zu spät zur Arbeit gekommen oder haben früher Schluss gemacht. Für sieben Prozent der Beschäftigten mit schädlichem/abhängigem Gebrauch, die wenigstens eine Krankmeldung in den vergangenen zwölf Monaten hatten, spielte Alkoholkonsum eine Rolle für eine Krankmeldung.

ABBILDUNG 30

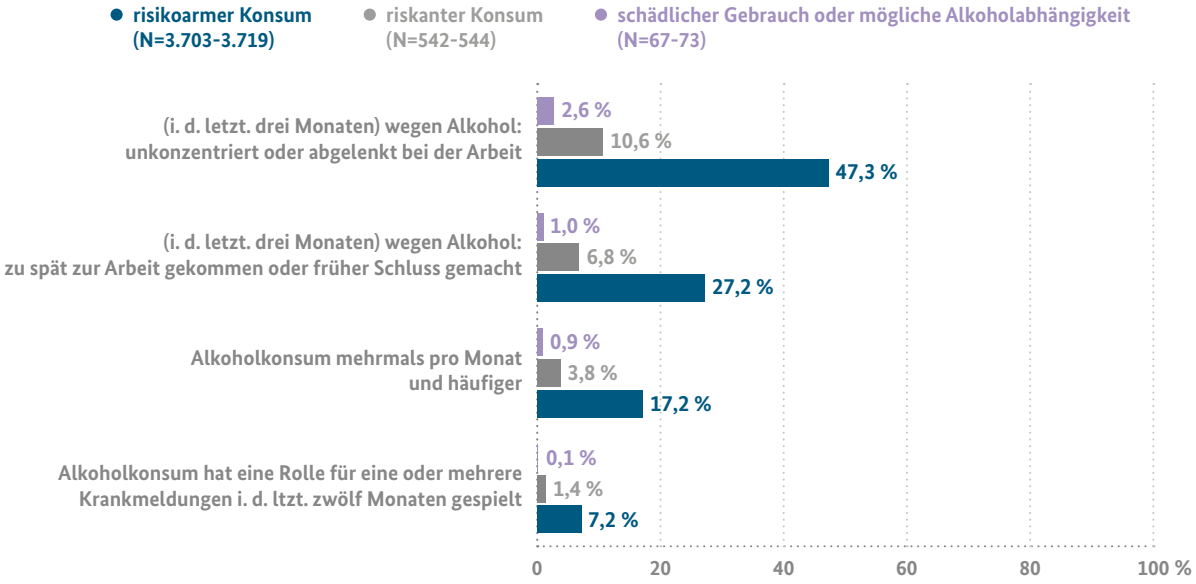
Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2019 / Forsa-Befragung. Basis: alle Beschäftigten. N=5.614

ABBILDUNG 31

Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT



Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2019 / Forsa-Befragung. Basis: alle Beschäftigten, die Alkohol konsumieren

Volkswirtschaftliche Kosten des schädlichen Alkoholkonsums[1]

Die volkswirtschaftlichen Kosten schädlichen Alkoholkonsums in Deutschland sind von 39,3 Mrd. Euro im Jahr 2008 auf 57,04 Mrd. Euro für 2018 angestiegen. Diese gegenwärtigen Kosten in Höhe von 57,04 Mrd. Euro lassen sich in 16,59 Mrd. Euro direkte Kosten und 40,44 Mrd. Euro indirekte Kosten unterteilen.

Diese deutlichen Kostensteigerungen gegenüber 2008 lassen sich auf zwei Hauptursachen zurückführen: Zunächst waren im Gesundheitswesen Preissteigerungen von knapp neun Prozent und Lohnsteigerungen von 22 Prozent gegenüber 2008 zu verzeichnen. Weiterhin ist der Konsum alkoholischer Getränke in Deutschland in der für diese Stellungnahme herangezogenen Datenbasis des Robert Koch-Instituts (GEDA 2014/2015) deutlich riskanter geworden. Dies gilt vor allem für das Konsumverhalten in älteren Bevölkerungsschichten. Beispielsweise ist das regelmäßige, also mindestens einmal pro Woche stattfindende Rauschtrinken in Höhe von 3,5 Prozent im Jahre 2008 auf 9,7 Prozent in der letzten verfügbaren Erhebung aus den Jahren 2014/2015 angestiegen. Auf Basis der GEDA-Daten 2008 und 2014/2015 weisen damit deutlich mehr Personen ein schädliches Trinkmuster auf: Wurden für 2008 noch 3,2 Mio. Personen identifiziert, die einen AUDIT-C-Wert in Höhe von sieben oder höher aufweisen, hat sich deren Anzahl im Erhebungszeitraum 2014/2015 auf 3,9 Mio. Personen erhöht. Da das Kriterium des AUDIT-C-Wertes zur Bestimmung schädlichen Alkoholkonsums nicht immer präzise zuordnet, wurde hierbei für die Berechnungen ein eher hoher Wert von sieben angesetzt, um Fehlklassifikationen auszuschließen. In der Literatur wird ein schädlicher Alkoholkonsum bereits mit deutlich niedrigeren AUDIT-C-Werten in Verbindung gebracht. Die hierbei genannten Kosten schädlichen Alkoholkonsums stellen damit eine Untergrenze dar.

[1] Effertz, Anstieg der Kosten schädlichen Alkoholkonsums, 2019

Nachfolgende Abbildungen zeigen die unterschiedlichen Aufteilungen der direkten und indirekten Kosten schädlichen Alkoholkonsums pro Jahr. Die externen Kosten für die Familien, deren Angehörige schädlichen Alkohol konsumieren, in Form von Krankheitskosten, Produktivitätsausfällen sowie Schmerz und Leid sind hierbei nicht berücksichtigt. Damit sind die tatsächlichen volkswirtschaftlichen Kosten nochmals höher.

Link zum Bericht:

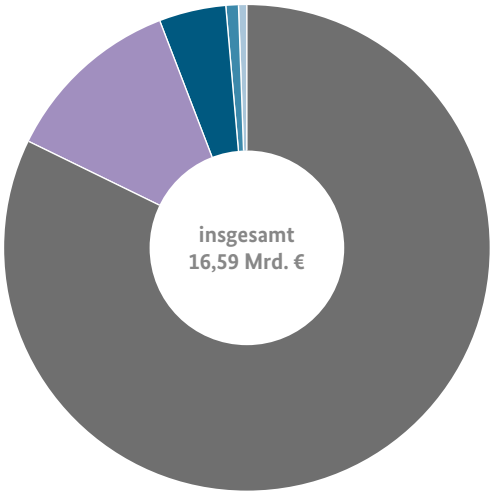
www.bwl.uni-hamburg.de/irdw/personen/effertz.html

Weiterlesen

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

ABBILDUNG 32

Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum

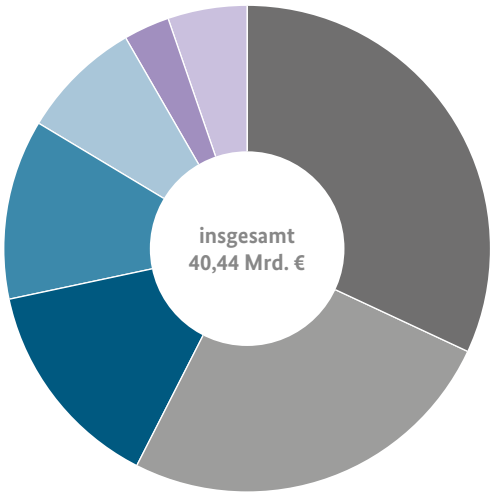


Krankheitskosten aktiver Konsument	13.675,73 Mio. €
Pflegekosten	1.971,11 Mio. €
Rehabilitationsmaßnahmen	746,60 Mio. €
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (pauschal)	110,35 Mio. €
Unfälle	89,30 Mio. €

Berechnungen: Effertz, Anstieg der Kosten schädlichen Alkoholkonsums, 2019

ABBILDUNG 33

Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum



Ressourcenverlust durch Mortalität	12.945,91 Mio. €
Langzeitarbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld II)	10.343,16 Mio. €
Arbeitsunfähigkeit	5.803,54 Mio. €
Kurzfristige Arbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld I)	4.782,40 Mio. €
Erwerbsminderung durch Frühverrentung	3.269,60 Mio. €
Zeit der Rehabilitationsmaßnamen	1.182,06 Mio. €
Produktivitätsverluste durch Pflegebedürftigkeit	2.115,48 Mio. €

Berechnungen: Effertz, Anstieg der Kosten schädlichen Alkoholkonsums, 2019

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. Er soll die Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen den Mitgliedstaaten sowie die Entwicklung gemeinsamer Strategien der Staaten untereinander und mit der Europäischen Union 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 seitens des Europäischen Parlaments, keine neue Alkoholstrategie auf europäischer Ebene ab.

Eine wichtige Rolle spielte auf europäischer Ebene zuletzt 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 2018 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. Die deutschen Brauer haben Anfang 2019 damit begonnen, die Flaschenkennzeichnung auf freiwilliger Basis umzusetzen. Die EU-Kommission prüft derzeit den Selbstregulierungsvorschlag der Branche. 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.

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

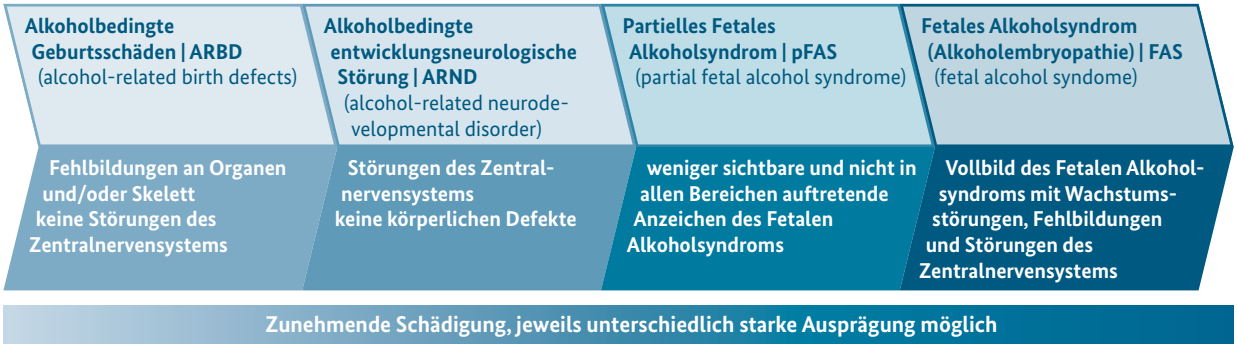
Der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft kann erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes und negative Folgen für seine weitere Entwicklung haben. Es lässt sich keine valide Feststellung über eine unbedenkliche Alkoholmenge in der Schwangerschaft treffen. In der Konsequenz sollte auf Alkohol 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 Frauen, die älter sind, einen höherem Sozialstatus haben, keinen Migrationshintergrund, alleinstehend sind und 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. 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.

Schätzung der Prävalenz des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)

Das Ausmaß der Belastung Dritter durch von Alkohol verursachter Morbidität wurde für Deutschland im Jahr 2014 für FAS und FASD bei Neugeborenen anhand eines metaanalytischen Ansatzes geschätzt. Er kombiniert Daten zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und die Risikoverhältnisse zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und FAS/FASD.

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). Auf Basis einer anderen Methodik wurden 2014 für FAS und FASD bis zu 16.000 Kinder pro Jahr ermittelt (Kraus, 2019). Es besteht ein erhebliches Gesundheitsrisiko für Neugeborene aufgrund des Alkoholkonsums werdender Mütter. Verglichen mit früheren Schätzungen sind die aktuellen Belastungszahlen durch FAS und FASD deutlich höher. Die Ergebnisse weisen auf einen hohen Bedarf für effektive Prävention hin. Grundsätzlich ist weitere Forschung notwendig, um mit

ABBILDUNG 34
Abstufungen von Fetalen Alkoholspektrumstörungen



Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

ABBILDUNG 35
Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) in den verschiedenen Lebensphasen

Quelle: Alkoholatlas 2017, DKFZ

umfassenden Schätzungen die Belastung Dritter durch Alkoholkonsum sichtbar machen zu können.

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.

Förderungen durch die Bundesregierung

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

Das Fetale Alkoholsyndrom ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Behinderungen relativ unbekannt, auch bei Ämtern und Behörden. Mit der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Entwicklung einer S3-Leitlinie, die 2016 vorgestellt wurde, soll die Diagnostik verbessert werden. 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 (NAP 2.0) aufgenommen. Um die Situation der Kinder und Erwachsenen mit FAS/FASD zu verbessern, sollen verschiedene Projekte mit dem Ziel einer umfassenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an einer zielgerichteten medizinischen Versorgung durchgeführt werden.

Deutsches FASD KOMPETENZZENTRUM Bayern

Das „Deutsche FASD KOMPETENZZENTRUM Bayern“ wird seit Herbst 2018 aufgebaut und vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Ziel des dreijährigen Pilotprojekts in München ist es, die Prävention zu verbessern. Zudem sollen die Versorgung und die Betreuung der betroffenen Kinder und ihrer Familien gestärkt werden.

Im Bereich FASD bestehen sowohl Lücken in der frühen, korrekten Diagnosestellung (die beginnend durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) in ganz Deutschland geschlossen werden) als auch in der Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit FASD und ihrer Bezugspersonen. Häufig mangelt es zudem an Verständnis für die Erkrankung, für die Beeinträchtigung spezifischer kindlicher Entwicklung und für die Hilfebedürftigkeit bei Betreuungspersonen und Fachkräften.

Hinsichtlich der Förderung der Kinder und Jugendlichen mit FASD ist es wichtig zu realisieren, dass sie komplexe Defizite in verschiedenen Funktionen des zentralen Nervensystems haben. Sie weisen dabei kein schematisch „einfaches“, das heißt einheitliches, neuropsychologisches Profil auf. Eine singuläre, spezifische Therapie, die diagnosebezogen für alle Patienten des gesamten Spektrums alkoholinduzierter Störungen geeignet wäre, existiert daher nicht. Aber auch strukturierte, symptomorientierte, individuell adaptierbare Therapiemodule für Kinder und Jugendliche mit FASD sind bislang nicht vorhanden, obwohl funktionelle Behandlungsstrategien für die Betroffenen hinsichtlich des Langzeitoutcomes durchaus effektiv sind.

Langfristig sollen die Erkenntnisse aus München auch auf andere Bundesländer übertragen werden.

Europäische FASD Konferenz 2018

Im September 2018 fand die Europäische FASD Konferenz zum ersten Mal in Deutschland statt. Sie wurde von FASD Deutschland e. V. (www.fasd-deutschland.de) und der European FASD Alliance (www.eufasd.org) organisiert und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell unterstützt.

Die EUFASD Konferenz versammelt Menschen mit FASD, deren biologische Familien sowie Pflege- und Adoptivfamilien und Professionelle aus allen Berufsfeldern, die mit FASD zu tun haben, zum Beispiel Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Wissenschaftler, Psychologen, Pädagogen, Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Organisationen und Stiftungen, Politiker und Rechtsanwälte. Durch gegenseitigen Wissenstransfer und gemeinsames Lernen trägt diese Konferenz dazu bei, das Verständnis über das Störungsbild FASD in Deutschland, Europa und weltweit zu verbessern.

Die europäische FASD Konferenz in Berlin hat viele Themen im Bereich FASD abgedeckt, zum Beispiel Prävention, Prävalenz, Diagnose, neuropsychologische Profile, Differenzialdiagnosen, sekundäre Störungen, Epigenetik, Biomarker, Bildgebung, Verhaltensmanagement, Edukation, Intervention, Versorgung inklusive medikamentöser Behandlung, Unterstützung der Familien und juristische Fragen.

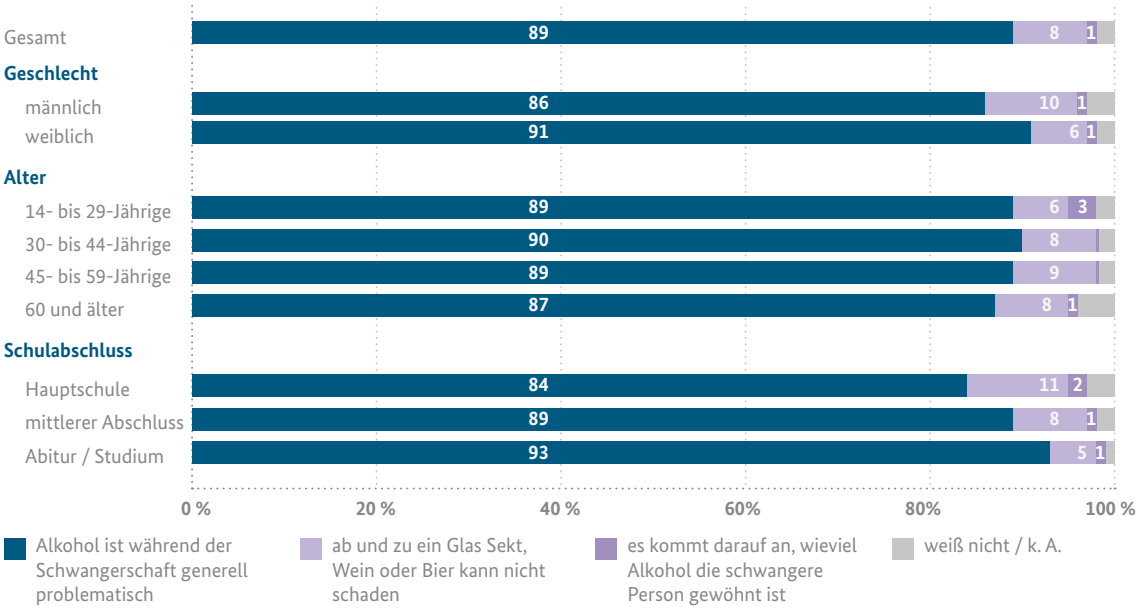
Ein wichtiger Teil der EUFASD Conference ist der Kurzvortragsblock „What's Happening in My Country?", in dem die Tätigkeiten, Probleme und Bemühungen der Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem sowie auf politischer Ebene verschiedener Länder vorgestellt werden. Wie bei den Vorgängerkonferenzen in Barcelona, Rom und London wurde auch bei der FASD Konferenz in Berlin deutlich, dass FASD in allen Ländern Europas ein wichtiges, aber weiterhin stark unterschätztes Störungsbild ist und dass der Bedarf an adäquater Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit FASD und ihren Bezugspersonen weiterhin nicht gedeckt ist.

Auch die Patienten selbst kamen in Berlin zu Wort. Ein Erwachsener mit FASD aus den Niederlanden und eine leibliche Mutter mit einem Kind mit FASD aus Israel hielten einen Vortrag. Ein deutscher Film gab Einblicke in das Leben von Erwachsenen mit FASD. Derartige lebens- und alltagsnahe sowie persönliche Darstellungen sind für Professionelle sehr beeindruckend und bleiben durch die Emotionalität der Schilderungen im Gedächtnis. Das ist oft die Basis für weiteres Engagement seitens der Fachleute für Menschen mit FASD. Die nächste EUFASD Konferenz wird 2020 in Arendal, Norwegen, stattfinden.

ABBILDUNG 36

Umfrage Alkoholkonsum in der Schwangerschaft – Bedenkliche Alkoholmenge

Wie viel Alkohol ist Ihrer Meinung nach in der Schwangerschaft unbedenklich?



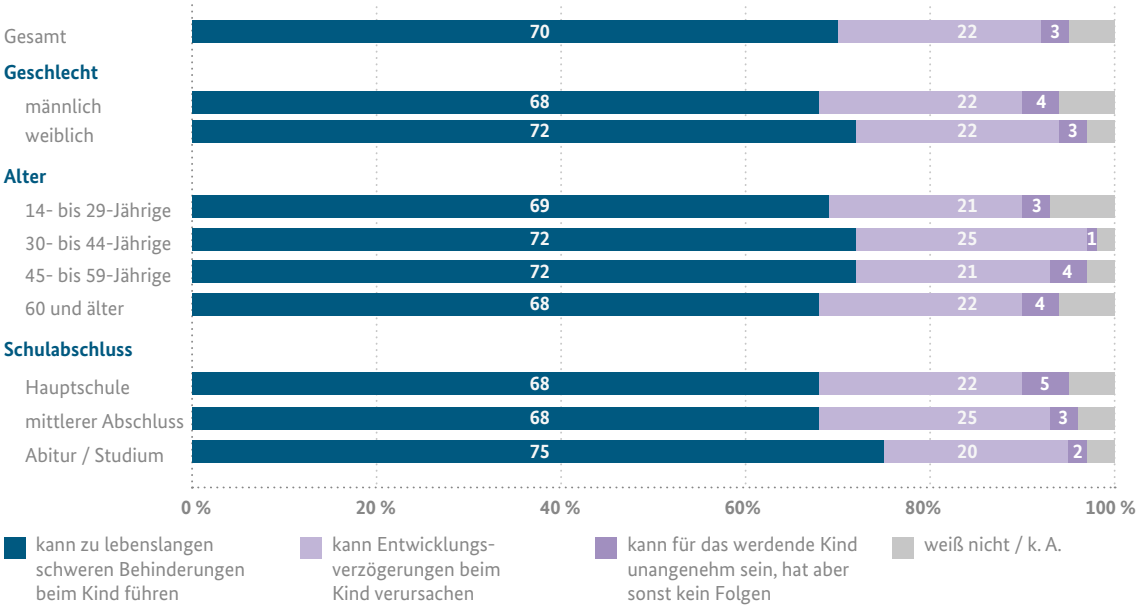
Basis: 2.204 Befragte

Quelle: Forsa, 2017

ABBILDUNG 37

Einschätzungen der Auswirkung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Wie kann sich Alkoholkonsum in der Schwangerschaft schlimmstenfalls auf das werdende Kind auswirken?



Basis: 2.204 Befragte

Quelle: Forsa, 2017

2.2.3 Medikamente

Substanz und Wirkung

Vier bis fünf Prozent 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-Substanzen

- (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 hoch wirksame 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 tagsüber auftretende Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen oder die mit erhöhter Sturzgefahr verbundene Muskelschwäche. Problematisch ist, dass insbesondere nach längerem Gebrauch unerwartete Wirkungen wie Ruhelosigkeit, Erregung und Depressionen auftreten können, die den eigentlichen Symptomen ähneln, gegen die Benzodiazepine eingesetzt werden. 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.

Bei 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 hierbei 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 Opioidanalgetika 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 Opioidanalgetika über ein besonders hohes Abhängigkeitsrisiko. Abgesehen von einigen schwach wirksamen Opioiden unterliegen fast alle Opioidanalgetika 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 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	2018	2008–2011	2018
	mind. wöchentliche Einnahme	Gebrauch in den letzten sieben Tagen	Gebrauch in den letzten 30 Tagen
psychoaktive Arzneimittel [1)]		21,4 %	
Schmerzmittel	19,3 %		50,4 %
opioidhaltige Schmerzmittel		4,1 %	
Antidepressiva	3,9 %	7,9 %	4,2 %
Schlaf-/Beruhigungsmittel	2,4 %	3,3 %	4,5 %
Benzodiazepine		2,5 %	
Antidementiva		4,2 %	
Neuroleptika	1,0 %		1,1 %
Antiepileptika		2,3 %	
Anregungsmittel	0,7 %		0,9 %
Appetitzügler	0,1 %		0,2 %
Anabolika	0,2 %		0,2 %
	letzte zwölf Monate		letzte zwölf Monate
Abhängigkeit (Schmerzmittel), letzte zwölf Monate	2,5 %		3,2 %
weiblich	3,1 %		3,6 %
männlich	1,9 %		2,8 %
Abhängigkeit (Hypnotika/Sedativa), letzte zwölf Monate	0,6 %		0,7 %
weiblich	0,5 %		0,6 %
männlich	0,6 %		0,9 %
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

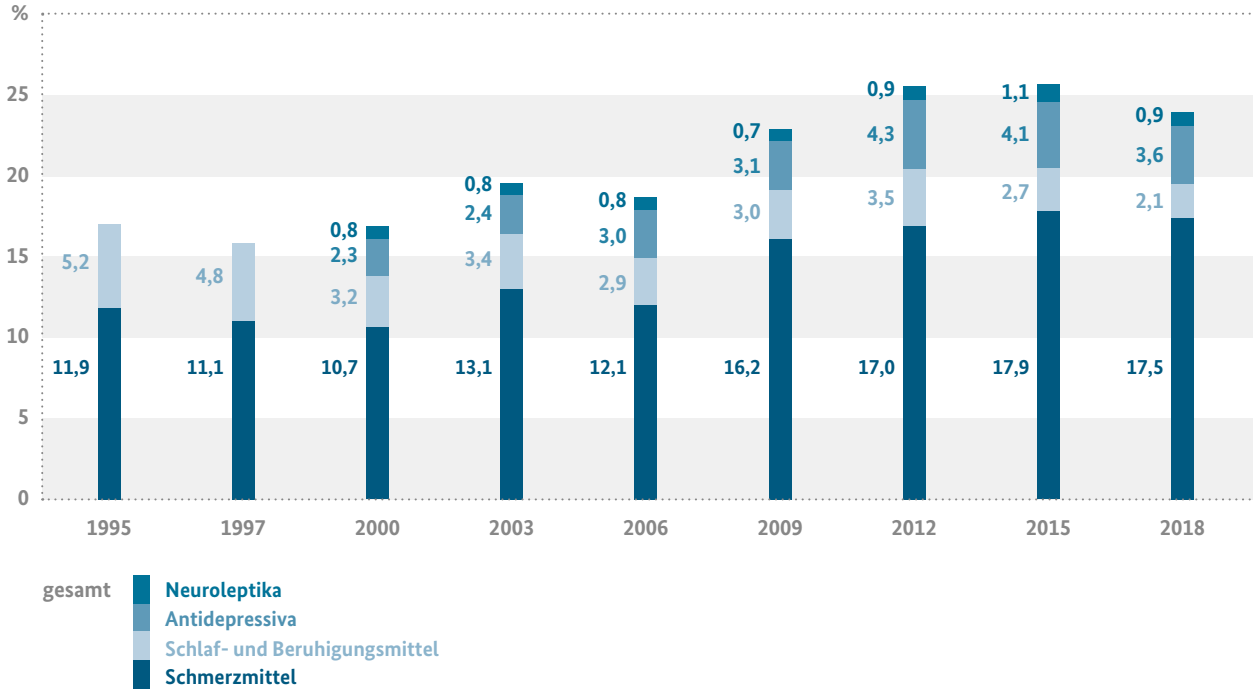
Trends

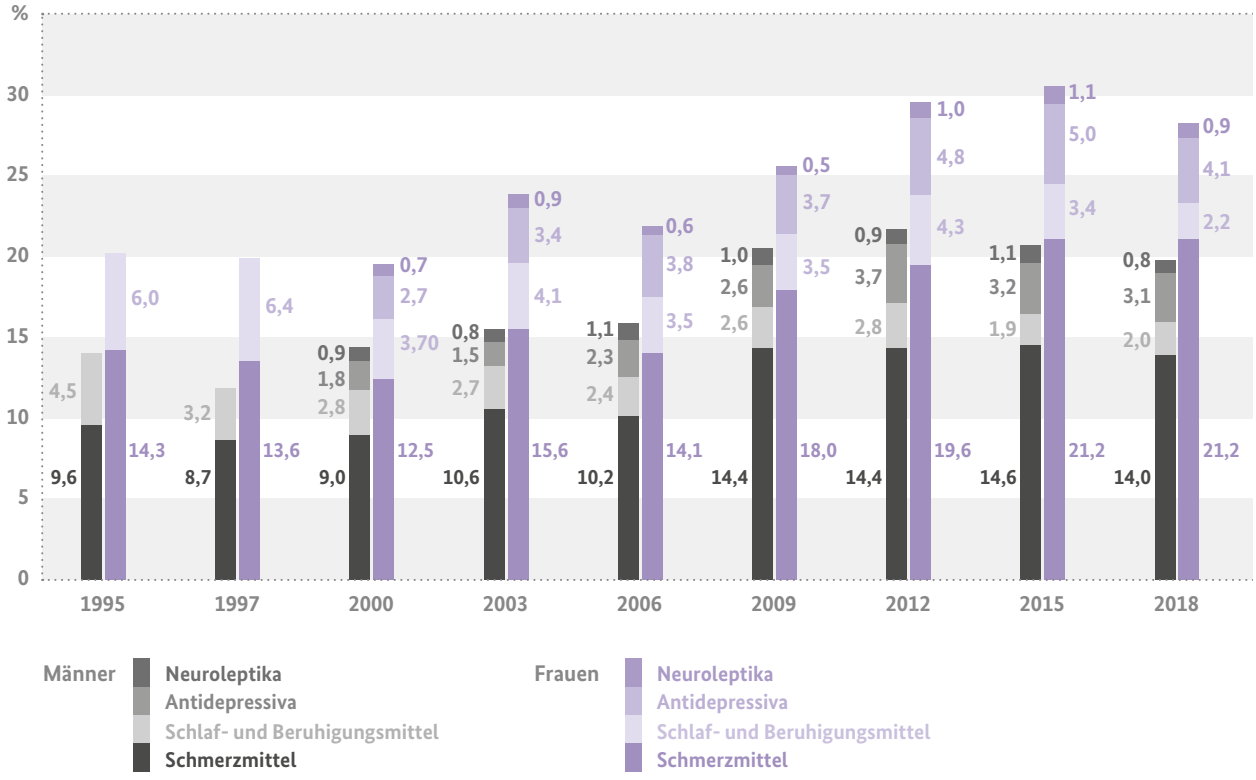
- Der klinisch relevante Medikamentengebrauch ist seit dem Jahr 2000 bei Frauen und Männern angestiegen.
- Der Arzneimittelgebrauch insgesamt sowie der klinisch relevante Konsum liegen bei Frauen weiterhin höher als bei Männern.
- Der Gesamtgebrauch psychoaktiver Arzneimittel bei 60- bis 79-Jährigen veränderte sich in einem Beobachtungszeitraum von zehn Jahren (1997–1999 und 2008–2011) nicht signifikant, zeigte aber in den Untergruppen signifikante Änderungen.
- In der jüngsten Altersgruppe von 18 bis 20 Jahren zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede vor allem durch höhere Prävalenzen bei Frauen als bei Männern für eine Abhängigkeit, sowohl bei Analgetika als auch bei Hypnotika/Sedativa.
- Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz für eine Abhängigkeit für beide Arzneimittelgruppen bei Männern an und sinkt bei Frauen.

Statt des klinisch relevanten Medikamentengebrauchs wurde 2018 wieder die Abhängigkeit von Schmerzmitteln sowie Hypnotika/Sedativa erhoben.

ABBILDUNG 38

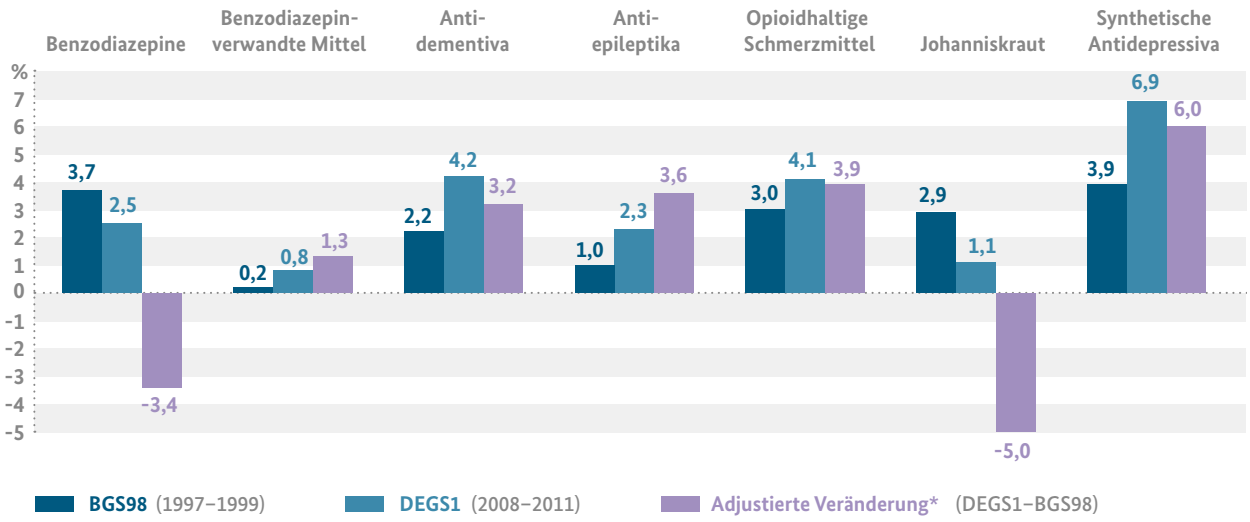
Mindestens wöchentliche Einnahme von Medikamenten bei 18- bis 59-Jährigen





Quelle: ESA 2018, IFT

ABBILDUNG 39
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

Betrachtet man die Medikamenteneinnahme bei älteren Menschen näher, zeigt sich: Der Anteil von Personen, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnahmen (Polypharmazie), stieg an. Die Kombination von psychoaktiven Arzneimitteln mit täglichem Alkoholkonsum und Psychopharmakagebrauch 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 zugrunde liegen. Die Abnahme der Benzodiazepinanwendungsprävalenz und die Verschiebung in Richtung Z-Substanzen könnten die wachsende Sorge bezüglich der Nebenwirkungen von Benzodiazepinen und eine vermehrte Anwendung der Leitlinien widerspiegeln (RKI, 2018).

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 Suchtpotenzial (Havemann-Reinecke et al., 1998). Ebenso wie der Psychopharmakagebrauch ist auch Polypharmazie (gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente) bei Frauen und Männern über 60 Jahre weitverbreitet. 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.

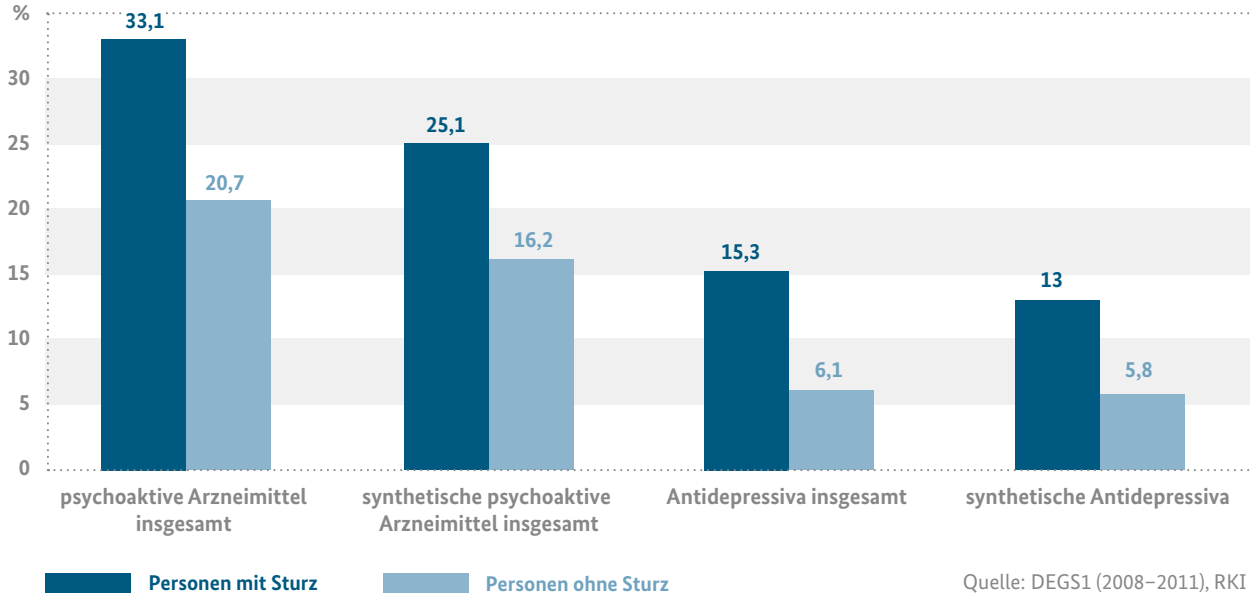
Vor allem der Gebrauch von Psychopharmaka durch ältere Menschen sollte kontinuierlich beobachtet und in regelmäßigen Abständen sorgfältig überprüft werden. Dies ist nicht nur angezeigt, weil einige Psychopharmaka (z. B. Neuroleptika) ein enges therapeutisches Fenster haben, sondern auch, weil Psychopharmaka wie Benzodiazepine und Opioide ein hohes Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial 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 Prozent der Älteren (Frauen 24,8 Prozent, Männer 18,3 Prozent) mindestens eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) erhalten. In dieser Studie wurde die höchste PIM-Prävalenz mit 6,5 Prozent 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 Psychopharmakagebrauch 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 Prozent mindestens ein Sturzereignis im vergangenen Jahr. Von den Gestürzten gaben 40,3 Prozent wiederholte Stürze an. Die Sturzprävalenz war höher bei Frauen, allein Lebenden, 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 Prozent vs. 20,7 Prozent). Dieser Zusammenhang traf für psychoaktive

ABBILDUNG 40

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



Quelle: DEGS1 (2008–2011), RKI

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 Psychopharmakagebrauchs zu einer Verminderung von Stürzen führt (Hill et al., 2012).

Entwicklung einer S3-Therapieleitlinie

Aktueller Stand

Aufgrund der Verbreitung und der medizinischen Bedeutung des Medikamentenmissbrauchs wird seit Mai 2018 (Auftaktsitzung in Berlin) eine S3-Leitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen entwickelt (Leitung Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke, Prof Dr. Anil Batra). Die federführenden Fachgesellschaften sind hierbei die DGPPN und die DG Suchtforschung und Suchttherapie e.V.

Die Umsetzung erfolgt in Kooperation mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung, (ÄZQ, Katrin Krüger und Corinna Schaefer). 42 Fachgesellschaften und zusätzlich drei Fachexperten einschließlich Patientenvertretern beteiligen sich an der Erstellung der S3-Therapieleitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen, die bei der AWMF angemeldet ist. Es haben sich zwölf verschiedene Arbeitsgruppen mit folgenden Themen gebildet: Begriffsbestimmungen, Benzodiazepine, Opioide, Cannabinoide als Medizin, Gabapentinoide, nichtopioide Analgetika Stimulanzien, Mischformen, Kinder von Abhängigen, Prävention, Komorbiditäten und Versorgungskoordination.

Für alle Arbeitsgruppen wurden Literaturrecherchen durchgeführt, eine Vielzahl von Studien wurde gesichtet und bewertet. Einige größere Arbeitsgruppen haben die klinischen Fragestellungen in einem Delphi–Verfahren ermittelt. Derzeit diskutieren die Arbeitsgruppen mögliche daraus resultierende Empfehlungen. Im Januar 2019 gab es eine erste Konsensuskonferenz, bei der die Themenkomplexe nichtopioide Analgetika und Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit diskutiert und Empfehlungen konsentiert wurden.

Im weiteren Zeitplan ist im September 2019 eine zweitägige Konsensuskonferenz angesetzt, bei der ein Großteil der ausstehenden Themen (Opioide, Gabapentinoide, Stimulanzien, Cannabinoide, Komorbidität, Prävention und Versorgungsstrukturen sowie die medikamentöse Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit) verabschiedet werden sollen. Gegen Ende des Jahres wird voraussichtlich eine letzte Konsensuskonferenz stattfinden. Daran soll sich eine öffentliche Konsultation anschließen. Die Leitlinie soll Anfang 2020 veröffentlicht werden.

Medizinalcannabis

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften können Cannabisarzneimittel (getrocknete Blüten und Extrakte) im Einzelfall als Therapiealternative bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden. Die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelte Cannabisagentur hat im Mai 2019 das Vergabeverfahren für den Anbau und die Lieferung von Medizinalcannabis in Deutschland erfolgreich abgeschlossen. Vergeben wurden 13 Lose mit insgesamt 10.400 kg Cannabis, verteilt auf vier Jahre mit jeweils 2.600 kg. Das BfArM erwartet die erste Ernte für das vierte Quartal 2020. Die Versorgung mit Medizinalcannabisblüten in kontrollierter Qualität erfolgt bis dahin weiterhin durch Importe. Derzeit wird Medizinalcannabis aus den Niederlanden und Kanada importiert.

Eine erste Auswertung der Daten, die Ärztinnen und Ärzte aufgrund des Gesetzes an das BfArM melden müssen, hat gezeigt, dass vor allem Schmerzpatienten im Alter von 50 bis 59 Jahren mit Medizinalcannabis behandelt werden. 69 Prozent der Patientinnen und Patienten wurden wegen des Symptoms Schmerzen und elf Prozent wegen einer

Spastik behandelt. In acht Prozent der Fälle wurde Medizinalcannabis aufgrund einer Anorexie/ ungewollten Gewichtsabnahme verordnet. Bei 22 Prozent der Patientinnen und Patienten bestand eine Tumorerkrankung. In den meisten Fällen wurde das Cannabisarzneimittel Dronabinol (63 Prozent) verordnet. In zwölf Prozent der Fälle erfolgte die Behandlung mit dem Cannabismundspray Sativex®, in 23 Prozent der Fälle wurde die Behandlung mit Cannabisblüten durchgeführt. Es werden auch die Nebenwirkungen der Behandlung mit Medizinalcannabis erfasst. Als häufigste Nebenwirkungen werden Müdigkeit (15 Prozent), Schwindel (elf Prozent) und Übelkeit (sieben Prozent) genannt. Zudem kann es auch zu Schläfrigkeit (sieben Prozent), Aufmerksamkeitsstörungen (sechs Prozent) und Gleichgewichtsstörungen (vier Prozent) kommen.

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 infolge 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, zum Beispiel einer spürbaren Schmerzlinderung (subjektiv um bis zu 30 Prozent 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 infolge 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 für ein zur Behandlung der MS-bedingten Spastizität zugelassenes Arzneimittel basieren dabei ausweislich der entsprechenden Fachinformation auf doppelblind und systematisch erhobenen Einschätzungen der Patienten anhand einer numerischen Rating-Skala zu ihrer Spastizität, der Häufigkeit von Spasmen pro Tag sowie der Verringerung von spastisch bedingten Schlafstörungen.

Schwache Studienlage

Psychische Störungen

Erst in jüngster Zeit wurden die Effekte von Cannabis und Cannabinoiden auf psychische Erkrankungen in Studien untersucht, 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 Hauptwirkstoff 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: Der Einsatz von Cannabismedikamenten wurde 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 kardiale Krisen, Suizidalität oder psychotische Symptome wurden in Einzelfällen, aber nicht systematisch beobachtet. Cannabidiol hingegen scheint besser verträglich zu sein. Bisher wurden keine Nebenwirkungen gefunden. Allerdings muss auch darauf hingewiesen werden, dass zur Verträglichkeit und Sicherheit von Cannabidiol, vor allem in einer längerfristigen Anwendung, derzeit keine Studien vorliegen.

Im April 2019 haben zehn wissenschaftliche Fachgesellschaften einen Appell für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Medizinalcannabis und cannabisbasierten Arzneimitteln veröffentlicht.

https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/news-presse/pressemeldungen/pressemeldung-einzelansicht?tx_news_pi1[news]=318

2.2.4 Illegale Drogen

Konsum und Prävalenzen

Illegale Drogen wie Cannabis, Heroin, Kokain, oder Amphetamine stellen für die Gesundheit der Menschen eine erhebliche Gefahr dar. Sie beeinträchtigen darüber hinaus auch das Leben der Angehörigen von Drogenkonsumierenden schwerwiegend.

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 2018		IFT: ESA 2019
Cannabis			
Jemalskonsum	10,0 %	42,5 %	28,2 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	8,0 %	23,0 %	7,1 %
regelmäßiger Konsum (mind. zehn mal in den letzten zwölf Monaten)	1,6 %	6,9 %	nicht erhoben
weiblich	0,7 %	3,5 %	k. A.
männlich	2,3 %	10,0 %	k. A.
Abhängigkeit	k. A.	k. A.	0,6 %
Heroin			+ andere Opioide
Jemalskonsum	0,1 %	0,5 %	1,7 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,0 %	0,4 %
NPS			
Jemalskonsum	0,1 %	2,2 %	2,6 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,3 %	0,9 %
Crystal Meth			
Jemalskonsum	0,0 %	0,6 %	0,8 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,4 %	0,2 %
Kokain			+Crack
Jemalskonsum	0,5 %	2,9 %	4,1 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,3 %	1,2 %	1,1 %
Ecstasy			
Jemalskonsum	0,6 %	4,0 %	3,9 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,5 %	2,2 %	1,1 %

Angaben von 0,0 Prozent bedeuten nicht notwendigerweise, dass es keine Konsumenten gibt. Die Anzahl liegt aber so niedrig, dass diese statistisch nicht ins Gewicht fällt.

Drogenbedingte Todesfälle

In Deutschland werden die Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) zur bundesweiten Berichterstattung drogeninduzierter Todesfälle herangezogen. Die einzelnen Bundesländer dokumentieren und erfassen die der Polizei bekannt gewordenen todesursächlichen Vergiftungen und Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide sowie Unfälle, die im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen. Diese Daten werden einmal jährlich im Rahmen einer Abfrage an das BKA weitergeleitet. Dort werden sie zu einer Gesamtübersicht zusammengeführt. Die in den vergangenen Jahren beobachteten Veränderungen auf dem Drogenmarkt (das Auftreten neuer psychoaktiver Stoffe, zunehmender Mischkonsum) haben es erforderlich gemacht, die Datenerhebung weiterzuentwickeln. 2018 verstarben in Deutschland 1.276 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Gegenüber 2017 (1.272 Personen) ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle nahezu gleich geblieben (siehe Tabelle 11). Informationen bezüglich der Altersstruktur der Verstorbenen wurden 2018 aufgrund einer Umstellung des Erfassungssystems nicht erhoben.

Analyse drogeninduzierter Todesfälle

Um mehr über die illegalen Drogen zuzuordnenden Todesfälle in Erfahrung zu bringen und die Aussagefähigkeit der vorhandenen Daten zu überprüfen, wurden auf Initiative der Drogenbeauftragten sowohl alters- und geschlechtsspezifische Auffälligkeiten für die Jahre 2015 und 2016 als auch die zeitlichen Veränderungen bestimmter Charakteristika der drogenbezogenen Todesfälle in den Jahren 2012 bis 2016 analysiert (Kraus et al., 2018). Berücksichtigt wurden die festgestellten Substanzen (auf der Grundlage toxikologischer Gutachten), der zusätzliche Substanzkonsum und die Auffindesituation, das heißt 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 nichtopioidhaltige 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. Bei ihnen waren die Anteile polyvalenter Vergiftungen deutlich höher als der Anteil monovalenter Vergiftungen. Die substanzspezifischen Überdosierungen entwickelten sich im Zeitverlauf unterschiedlich. Beispielsweise nahm der Anteil von Überdosierungen durch Heroin/Morphin, opioidhaltige und nichtopioidhaltige 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 neun und 13 Prozent. Das Durchschnittsalter der weiblichen Verstorbenen unterschied sich mit 38,0 Jahren kaum vom durchschnittlichen Sterbealter der männlichen Drogentoten (38,6 Jahre). Bei etwa zehn Prozent der Todesfälle mit Überdosierung lagen Kenntnisse über eine bestehende Substitution vor. Bei sieben bis 15 Prozent gab es Hinweise auf die Anwesenheit Dritter, bei etwa 20 Prozent wurden Rettungsversuche unternommen und bei etwa sechs Prozent lagen Kenntnisse bezüglich einer reduzierten Toleranz vor (aufgrund der Beendigung einer Drogentherapie oder Entlassung aus dem Gefängnis).

Hinweise auf komorbide Erkrankungen lagen bei elf bis 13 Prozent der Drogentodesfälle vor. Hepatitiserkrankungen (vornehmlich Hepatitis C) waren dabei am häufigsten vertreten. Sie machten durchschnittlich ein Viertel der Erkrankungen aus.

TABELLE 11

Rauschgifttote nach Todesursachen 2017/2018 (Länderabfrage)

Ursache	2017	2018	Veränderung
Monovalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate	264	260	-2 %
davon Heroin/Morphin	165	175	5 %
davon Opiat-Substitutionsmittel	32	50	56 %
davon Methadon (u. a. Polamidon)	30	44	43 %
davon Buprenorphin (u. a. Subutex)	2	4	100 %
davon Sonstige (Dihydro-Codein, Diamorphin u. a.)	0	2	+/-
Opiat-/Opioidbasierte Arzneimittel	43	30	-30 %
davon Fentanyl	42	25	-40 %
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	24	5	-79,2 %
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate**	443	369	-16 %
davon Heroin/Morphin i. V. m. anderen Stoffen*	244	230	-5 %
davon Opiat-Substitutionsmittel i. V. m. anderen Stoffen	186	155	-17 %
davon Methadon (u. a. Polamidon) i.V. m. anderen Stoffen	147	133	-10 %
davon Buprenorphin (u. a. Subutex) i. V. m. anderen Stoffen	22	7	-68 %
davon Sonstige i. V. m. anderen Stoffen	33	17	-48 %
Opiat-/Opioidbasierte Arzneimittel i. V. m. anderen Stoffen	84	54	-36 %
davon Fentanyl	68	28	-59 %
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i. V. m. anderen Stoffen	23	1	-95,7 %
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate	93	120	28 %
davon Kokain/Crack	41	41	0 %
davon Amphetamin/Methamphetamin	30	49	63 %
davon Amphetamin	23	37	48 %
davon Methamphetamin	7	12	71 %
davon Amphetaminderivate	4	13	7 %
davon Neue psychoaktive Stoffe (NPS)	9	7	-22 %
davon Sonstige (m. A. v. psychoaktiven Medikamenten)	9	10	0 %
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate**	141	109	-22 %
davon Kokain/Crack i. V. m. anderen Stoffen	46	52	13 %
davon Amphetamin/Methamphetamin i. V. m. anderen Stoffen	80	51	-35 %
davon Amphetamin i. V. m. anderen Stoffen	68	44	-35 %
davon Methamphetamin i. V. m. anderen Stoffen	21	9	-52 %
davon Amphetaminderivate i. V. m. anderen Stoffen	16	14	-13 %
davon Neue psychoaktive Stoffe (NPS) i. V. m. anderen Stoffen	19	12	-37 %
davon Psychoaktive Medikamente i. V. m. anderen Stoffen	24	21	-13 %
davon Sonstige i. V. m. anderen Stoffen	22	7	-68 %
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i. V. m. Alkohol)	19	32	68 %
Nicht spezifizierte/unbekannte Vergiftungen	46	55	20 %
Suizide	85	72	-15 %
davon Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	26	23	-12 %
davon Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	59	49	-17 %
Langzeitschädigungen	178	230	29 %
davon Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	34	38	12 %
Unfälle	20	28	40 %
Sonstige Fälle	9	24	167 %
Gesamtzahl der Todesfälle**	1.272	1.276	
(Obduktionen)	(751)	(655)	0,3 %
(Toxikologische Gutachten)	(644)	(568)	

* 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

Cannabis

Substanz und Wirkung

Die Cannabispflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse. Die stärkste psychotrope Wirkung entfaltet das Cannabinoid Tetrahydrocannabinol – kurz THC. Die Substanz bindet an Cannabinoid-Rezeptoren, die sich im ganzen Körper befinden und besonders zahlreich im Gehirn vorkommen. Sie sind Teil des zum Nervensystem gehörenden Endocannabinoidsystems. Wird Cannabis geraucht, setzt die Wirkung meist innerhalb weniger Minuten 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 wesentlich langsamer aufgenommen. Die Wirkung ist dann zeitlich verzögert und setzt nach 45 bis 90 Minuten ein. Das Wirkungsspektrum von Cannabis ist vielfältig und hängt hinsichtlich seiner psychotropen Wirkungen 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.

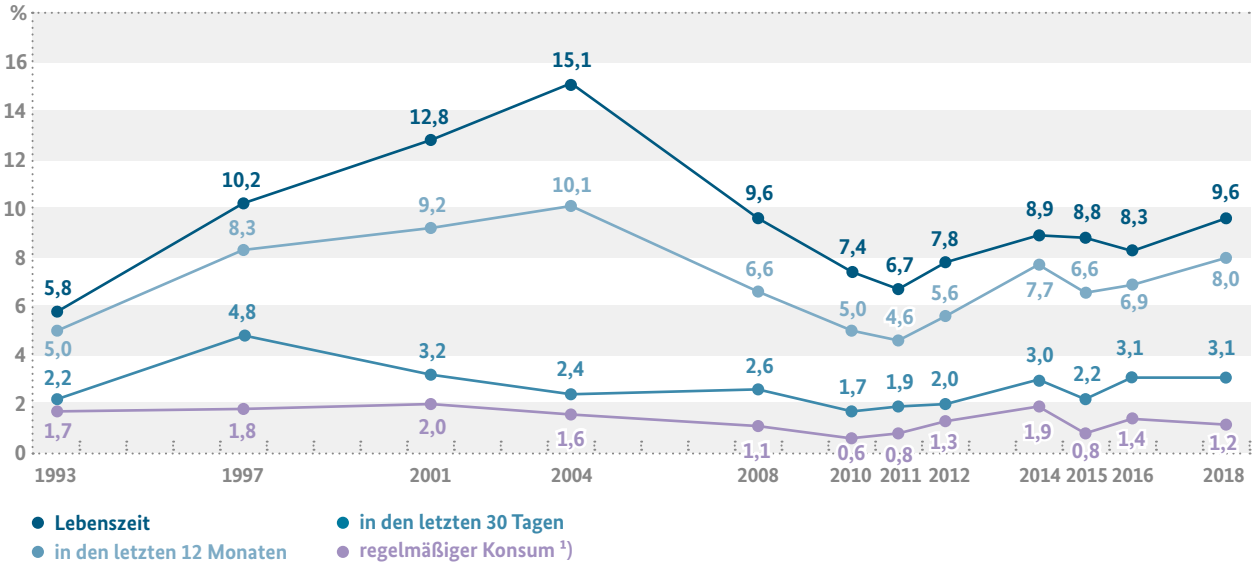
Trends

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

Für die Abbildungen 41 und 42 gilt: Die Ergebnisse der Studien der Jahre 2001 bis 2012 beruhen auf reinen Festnetztelefonstichproben ohne Bildungsgewichtung. Die Studien der Jahre 2014, 2015 und 2016 wurden im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt, d. h., sie beruhen auf einer kombinierten Auswahl aus den Auswahlrahmen der Festnetztelefon- und Mobiltelefonnummern. 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 41

Konsum von Cannabis bei Jugendlichen (12–17 Jahre)

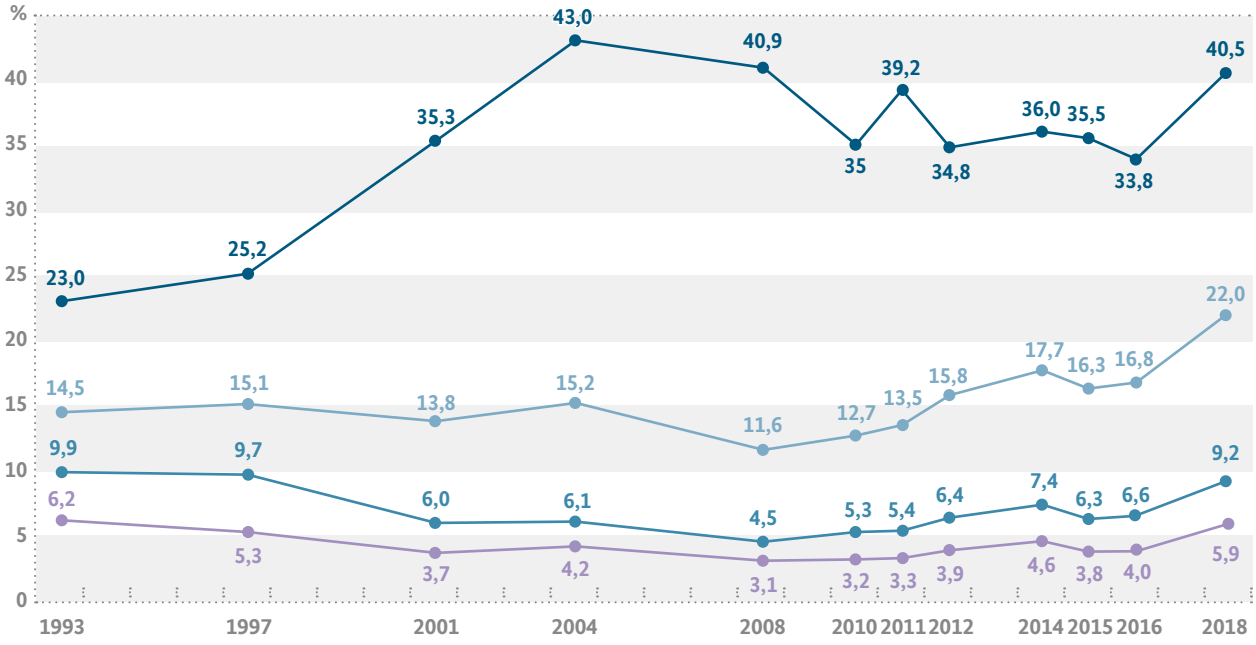


1) 1993 bis 1997: zehnmal oder häufiger in den letzten zwölf Monaten. Ab 2001: häufiger als zehnmal in den letzten zwölf Monaten

Quelle: Alkoholsurvey 2018, BZgA

ABBILDUNG 42

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



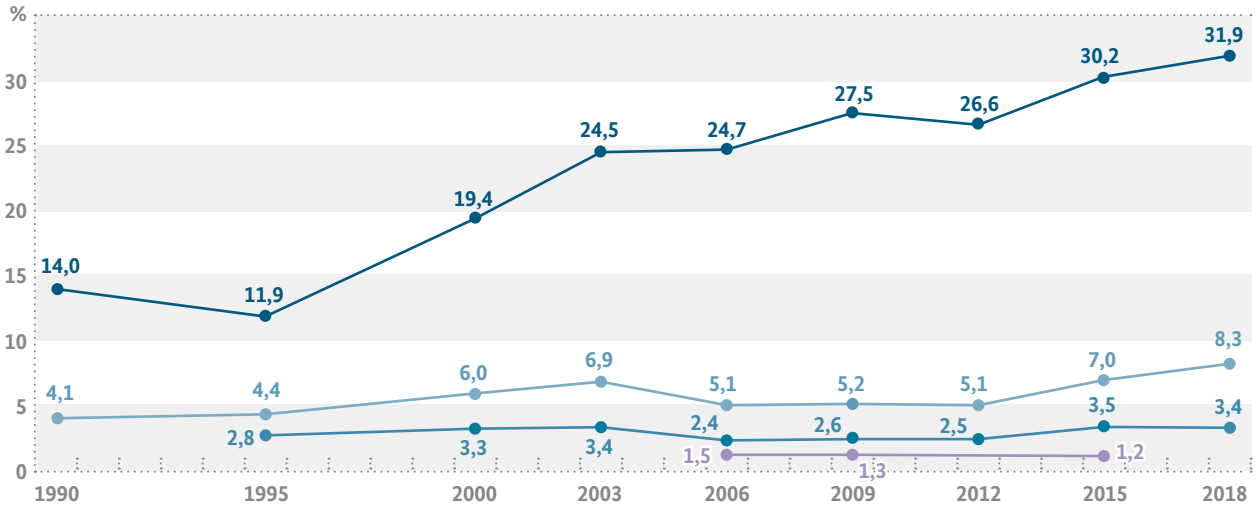
● Lebenszeit ● in den letzten 30 Tagen
● in den letzten zwölf Monaten ● regelmäßiger Konsum [1])

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

Quelle: Alkoholsurvey 2018, BZgA

ABBILDUNG 43

Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (18–59 Jahre)



● Lebenszeit ● in den letzten 30 Tagen
● in den letzten 12 Monaten ● klinisch relevanter Konsum (für 2018 nicht erhoben)

Quelle: ESA 2018, IFT

Steigender Wirkstoffgehalt bei Cannabis

In den vergangenen Jahrzehnten ist der THC-Gehalt des auf dem Drogenmarkt verfügbaren Cannabis weltweit stark angestiegen. Dies gilt auch für Deutschland. Hier lag der Medianwert des polizeilich sichergestellten Haschisch im Jahr 1996 bei 4,9 Prozent und hat sich bis 2018 mit 16,7 Prozent mehr als verdreifacht. Der Medianwert für Marihuana lag 1996 bei 4,8 Prozent. Seit 2004 wird der Medianwert für die Blütenstände getrennt vom Marihuanakraut erfasst. Der Medianwert des THC für die Blütenstände lag 2018 bei 13,1 Prozent. 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).

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 Ereignissen wie Herzinfarkt, 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.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Der neuste Forschungsstand zu gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums 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 vergangenen zehn Jahre aus internationalen Datenbanken gesichtet und ausgewertet.

Akute Effekte

Cannabis kann auf psychischer Ebene unterschiedlich wirken. Es kann Glücksgefühle auslösen, die Stimmung aufhellen oder auch entspannen und beruhigen. Unmittelbar nach dem inhalativen Cannabiskonsum kann es aber auch zu negativen Effekten kommen, beispielsweise zu Beeinträchtigungen 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 Augenbindehäute der Konsumenten gerötet erscheinen. Die akuten Effekte des Cannabiskonsums sind vorübergehend und bei ansonsten Gesunden (ohne den Konsum weiterer psychotroper Stoffe) nicht unmittelbar lebensbedrohlich. Im Gegensatz zu Opiaten und Alkohol führt eine Überdosis von Cannabis nicht zu Todesfällen durch die Droge alleine. Anders kann dies beim Gebrauch von synthetischen Cannabinoiden aussehen.

Wichtig zu wissen:

Cannabiskonsum beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit und erhöht das Verkehrsunfallrisiko. (Medizinalcannabis siehe Kapitel 2.2.3).

Chronischer Konsum

Gehirn und Kognition

Die aktuelle Forschung zeigt, dass ein regelmäßiger und häufiger sowie hoch dosierter Cannabiskonsum zu Rauschzwecken die Hirnleistung und insbesondere das Gedächtnis verschlechtern kann. Es ist mittlerweile wissenschaftlicher Konsens, dass dies insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene betrifft. Abhängig vom Alter und 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 reversibel zu sein, wobei derzeit noch unklar ist, ob und nach welcher Zeit der Abstinenz die Symptome wieder abklingen. Hierbei könnte ein frühes Einstiegsalter eine erhebliche Rolle spielen. Bildgebende Verfahren zeigen, dass sich bei Langzeitkonsumenten das Gehirn in seiner Arbeitsweise und in seinem Aufbau verändern kann. Inwieweit sich diese Auffälligkeiten wieder zurückbilden können, ist bisher unklar.

Psychische Störungen

In der Regel sind immer mehrere Risikofaktoren an der Entstehung einer psychiatrischen Störung beteiligt. Die Studienlage zeigt aber: Häufiger, hoch dosierter Cannabiskonsum weist eine messbare statistische Korrelation zum Auftreten psychiatrischer Erkrankungen auf. Noch nicht abschließend beantworten lässt sich bisher mit wissenschaftlich belastbarerer Methodik, ob der Cannabiskonsum für das Auftreten von Psychosen tatsächlich kausal ist.

Die Daten deuten allerdings darauf hin, dass die Substanz Cannabis und die Häufigkeitsraten , an einer psychiatrischen Störung zu erkranken, zusammenhängen, insbesondere dann, wenn sie über lange Zeiträume regelmäßig verwendet wird. Am deutlichsten ausgeprägt ist die Korrelation bei Psychosen: Bei gelegentlichem Konsum von Cannabis ist das Auftreten von Psychosen um das 1,4- bis 2-Fache erhöht, bei intensivem Konsum je nach Studie um das 2- bis 3,4-Fache. Cannabiskonsumierende erkranken in der Regel rund 2,7 Jahre früher an einer 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.

Mit einem unkontrollierten Cannabiskonsum gehen häufiger Erstmanifestationen manisch-depressiver Symptome einher, die in dieser Konstellation dreimal so häufig auftreten wie bei Nichtkonsumierenden. Auch die Erstdiagnose „bipolare Störung“ erhalten mehr Menschen, die Cannabis konsumieren, als diejenigen, die dies nicht tun. Im Zusammenhang mit einem wöchentlichen oder nahezu täglichen Konsum wird dafür eine um den Faktor 1,4 bzw. 2,5 höhere Häufigkeit beobachtet. Cannabiskonsum ist mit einer erhöhten Rate für Angststörungen und Depressionen assoziiert, im Kontext mit der Intensität des Konsums um den Faktor 1,3 bis 1,6 häufiger, und zwar auch bei Jugendlichen zwischen zwölf und 18 Jahren. Bei Angststörungen sieht es ähnlich aus. Studien berichten von einer um den Faktor 1,3 bzw. 1,7 höheren Rate. Allerdings zeigt sich hierbei: Das Auftreten von Angststörungen verdoppelt sich auf den Faktor 3,2 bei Jugendlichen, die schon vor dem 16. Lebensjahr mit dem Konsum beginnen, dann jahrelang regelmäßig Cannabis konsumieren und bezüglich derer Abhängigkeit vorliegt. Die Häufigkeit für Selbstmordgedanken ist bei Cannabiskonsum geringfügig erhöht. Allerdings zeigt sich dieser Befund nicht in allen Einzelstudien. Bezüglich einer erhöhten Selbstmordrate (Suizid) oder vermehrten Selbstmordgedanken zeigte sich aufgrund einer heterogenen Studienlage kein eindeutiger Zusammenhang mit Cannabiskonsum.

Abhängigkeit

Studien schätzen, dass etwa neun Prozent aller Cannabiskonsumierenden eine Abhängigkeit entwickeln. Die Rate steigt auf 17 Prozent, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz beginnt, und auf 25 bis 50 Prozent, 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 insbesondere psychische Entzugssymptome bei Absetzen der Substanz können auftreten. Besondere Risikofaktoren sind männliches Geschlecht, junges Alter bei Erstkonsum, Häufigkeit des Konsums und Co-Konsum mit Tabak.

Organische Störungen

Neben den bereits erwähnten Veränderungen des menschlichen Gehirns 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 Nichtseminome, 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 die Studienlage hierzu nicht ganz eindeutig.

Psychosoziale Folgen

Menschen, die häufig Cannabis konsumieren, brechen öfter die Schule ab, besuchen seltener eine Universität und haben seltener akademische Abschlüsse als ihre nichtkonsumierenden 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 Entwicklung liegen unzureichende Daten vor. Diese ernst zu nehmenden Hinweise sollten weiter untersucht werden.

Behandlung cannabisbezogener Störungen

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 mit Rauschkonsum stellen inzwischen bei den erstmals wegen illegalen Substanzkonsums behandelten Personen die größte Gruppe dar. Diese Entwicklung zeigt sich auch in Deutschland. 2017 wurden 28.518 Behandlungsfälle in ambulanten und 2.893 Behandlungsfälle in stationären Einrichtungen gezählt (DSHS 2018, siehe Erläuterung im Abschnitt Behandlung). Hiervon waren 84 Prozent Männer und 16 Prozent Frauen. Cannabiskonsumierende sind im Mittel die jüngsten unter den Klientinnen und Klienten mit Suchterkrankungen (ambulant: 25 Jahre, stationär: 28 Jahre). Dadurch zeigt sich hierbei 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 entstehen weitere Zusatzkosten durch Tabakkonsum, wenn beides kombiniert konsumiert wird. Schließlich zeigen die Befunde auch signifikant erhöhte immaterielle Folgen wie Erschöpfung, Depression und Schmerzen. Die direkte medizinische Behandlung von Cannabiskonsumierenden mit schädlichem Konsum wie auch deren gesunkene Produktivität verursachen hohe volkswirtschaftliche Verluste. Diese Auswirkungen verdeutlichen auch die Bedeutung und Auswirkungen des Gesundheitsschutzes in Deutschland.

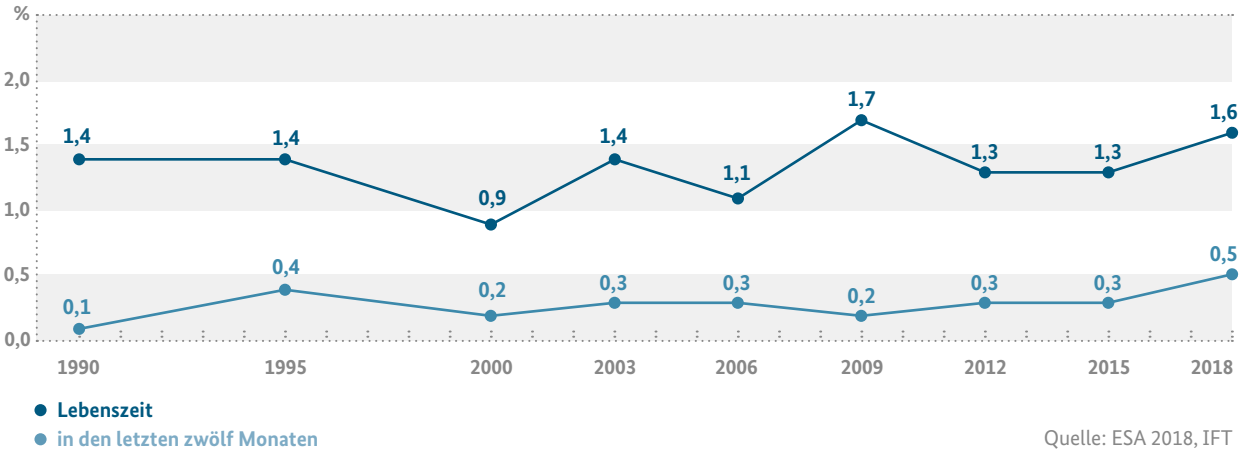
Opioide

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. Opioide binden an Rezeptoren im zentralen Nervensystem 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 neurologischen Störungen reichen. Psychische Entzugssymptome äußern sich in Unruhegefühlen, Angstzuständen und depressiven Phasen bis hin zu Selbstmordgedanken.

ABBILDUNG 44

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



Quelle: ESA 2018, IFT

Trends

- Die Konsumhäufigkeit bei Erwachsenen zeigt für die vergangenen 20 Jahre einen leicht wellenförmigen Verlauf ohne Tendenz. Die Zahl derer, die mindestens einmal in ihrem Leben Opioide konsumiert haben, war 2018 mit 1,7 Prozent auf dem höchsten Stand seit 2009.
- Bei Jugendlichen liegen die Prävalenzen so niedrig, dass statistische Aussagen zu Tendenzen beim Konsum nicht sinnvoll sind.
- Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von Heroin im Straßenhandel hat sich seit 2011 beinahe verdoppelt und lag 2018 bei 18,7 Prozent.

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) sowie 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 zugrunde liegenden Daten auf einen ähnlichen mittleren Wert. Auch wenn sich das Spektrum der Opioide in den vergangenen 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 vergangenen 20 Jahren kaum verändert hat.

Behandlung opioidbezogener Störungen

Opioide stehen an dritter Stelle der Substanzen, wegen derer sich Menschen mit Suchterkrankungen in Behandlung begeben. 2017 wurden 20.090 Behandlungsfälle in ambulanten und 1.500 Behandlungsfälle in stationären Einrichtungen gezählt (DSHS, 2018). Männer waren dabei viermal 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: 37 Jahre) und fast zwei Drittel sind erwerbslos (ambulant: 60 Prozent, stationär: 70 Prozent).

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Ein zentrales gesundheitliches Problem des intravenösen Drogenkonsums stellen Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV dar. Der wahrscheinlichste Übertragungsweg unter allen in Deutschland 2015 neu gemeldeten Infektionen, bezüglich derer ausreichend Informationen zum Infektionsweg vorliegen, war intravenöser Drogenkonsum. Konkret war er der wahrscheinlichste Übertragungsweg für fünf Prozent der gemeldeten HIV-Infektionen und 76 Prozent der Hepatitis-C-Infektionen. In der DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts (2016) wiesen 70 Prozent aller untersuchten intravenös konsumierenden Drogenkonsumierenden mindestens eine der drei Infektionen HIV, HCV oder HBV auf. Die HIV-Prävalenz lag je nach Stadt zwischen null und neun Prozent, die HCV-Prävalenz lag zwischen 23 und 54 Prozent (aktive HCV-Infektion, potenziell ansteckend), die HBV-Prävalenz betrug zwischen fünf und 33 Prozent. Koinfektionen mit zwei oder drei Krankheitserregern lagen bei einem Drittel der Infizierten vor. Darüber hinaus sind Überdosierungen ein häufiges Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden. Sie stellen, inklusive Vergiftungen in Verbindung mit anderen Substanzen, die häufigste Todesursache im Zusammenhang mit dem Konsum

illegaler Drogen dar (siehe Abschnitt „Drogenbedingte Todesfälle“).

Substitutionsbehandlung

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

Nach § 13 Absatz 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5b Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Alle Ärzte, die Substitutionsmittel für Opioidabhängige verschreiben, haben 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 verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Anwendung eines Substitutionsmittels, den Namen und die Anschrift der verschreibenden Ärztin bzw. des verschreibenden Arztes sowie gegebenenfalls auch den Namen und die Anschrift der beratend hinzugezogenen Ärztin (Konsiliarärztin) bzw. 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 gehört es, insbesondere Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten frühestmöglich zu unterbinden, die Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtmedizinische Qualifikation der Ärzte festzustellen sowie statistische Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden zu übermitteln. Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz und zur Sicherheit sowie zur Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist in den ersten Jahren der Meldepflicht kontinuierlich angestiegen; von 46.000 im Jahr 2002 auf 77.400 Substituierte im Jahr 2010. Seitdem ist die Anzahl weitgehend gleichbleibend und lag am 1. Juli 2018 bei 79.400 Substituierten.

Im Jahr 2018 wurden im Substitutionsregister rund 89.600 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass mehrfach dieselbe Patientin bzw. derselbe Patient an- und wieder abgemeldet wurde – entweder durch dieselbe Ärztin bzw. denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (zum Beispiel durch einen Wechsel der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes oder längere Klinikaufenthalte) als auch bei den Ärzten (zum Beispiel aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen.

2018 haben insgesamt 2.585 Substitutionsärzte substituierte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Dadurch wurden bundesweit im vergangenen Jahr rund 140 Doppelbehandlungen von substituierten Patienten aufgedeckt und durch die betroffenen Ärzte entsprechend beendet.

548 Ärzte, also etwa 21 Prozent der substituierenden Ärzte, nutzten 2018 die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärzte ohne suchtmedizinische Qualifikation seit dem 02.10.2017 bis zu zehn Patienten (vorher bis zu drei) gleichzeitig substituieren, wenn sie eine suchtmedizinisch qualifizierte Ärztin als Konsiliarärztin bzw. einen suchtmedizinisch qualifizierten Arzt als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärzte, welche die Konsiliarregelung nutzten, haben rund ein Prozent aller Substitutionspatienten behandelt.

Rund 14 Prozent der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

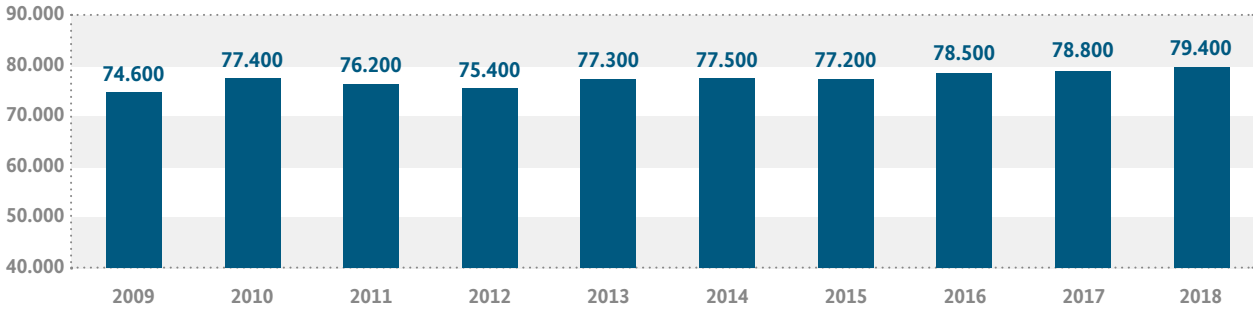
Die substituierenden Ärzte melden dem Substitutionsregister für jede Patientin bzw. jeden Patienten das Mittel mit seiner Wirkstoffbezeichnung (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin etc.).

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon mit 39,4 Prozent. Sein Anteil geht jedoch seit 16 Jahren jährlich um etwa zwei Prozent zurück. Der Anteil von Levomethadon hingegen steigt seit mehr als zehn Jahren kontinuierlich an und hat inzwischen 35,2 Prozent erreicht. Der Anteil von Buprenorphin liegt seit vier Jahren konstant bei ca. 23 Prozent.

Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (das heißt die Namen und Anschriften der substituierenden Ärzte und der gegebenenfalls eingesetzten Konsiliarärzte, die Anzahl der Substitutionspatienten sowie 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

ABBILDUNG 45

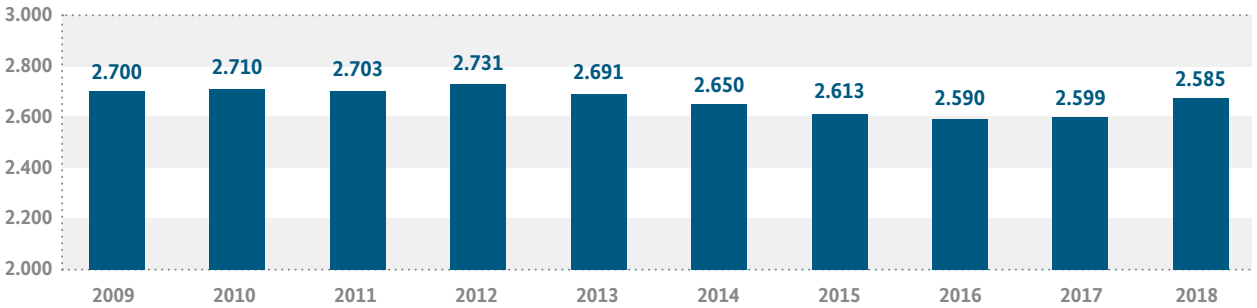
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2009 bis 2018 (jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 46

Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte in Deutschland von 2009 bis 2018



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

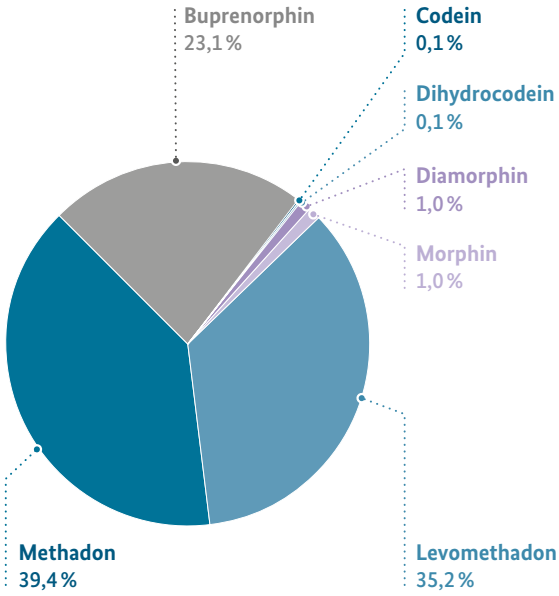
gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden. Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister.

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierender Ärztin bzw. substituierendem Arzt beträgt bundesweit 31, 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 hierbei wahrscheinlich auch Umlandeffekte eine Rolle spielen.

Die Validität (Realitätsnähe) der statistischen Auswertungen des Substitutionsregisters ergibt sich aus den Vorgaben der BtMVV und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vollständigkeit und Qualität der Meldungen der Ärzteschaft.

ABBILDUNG 48

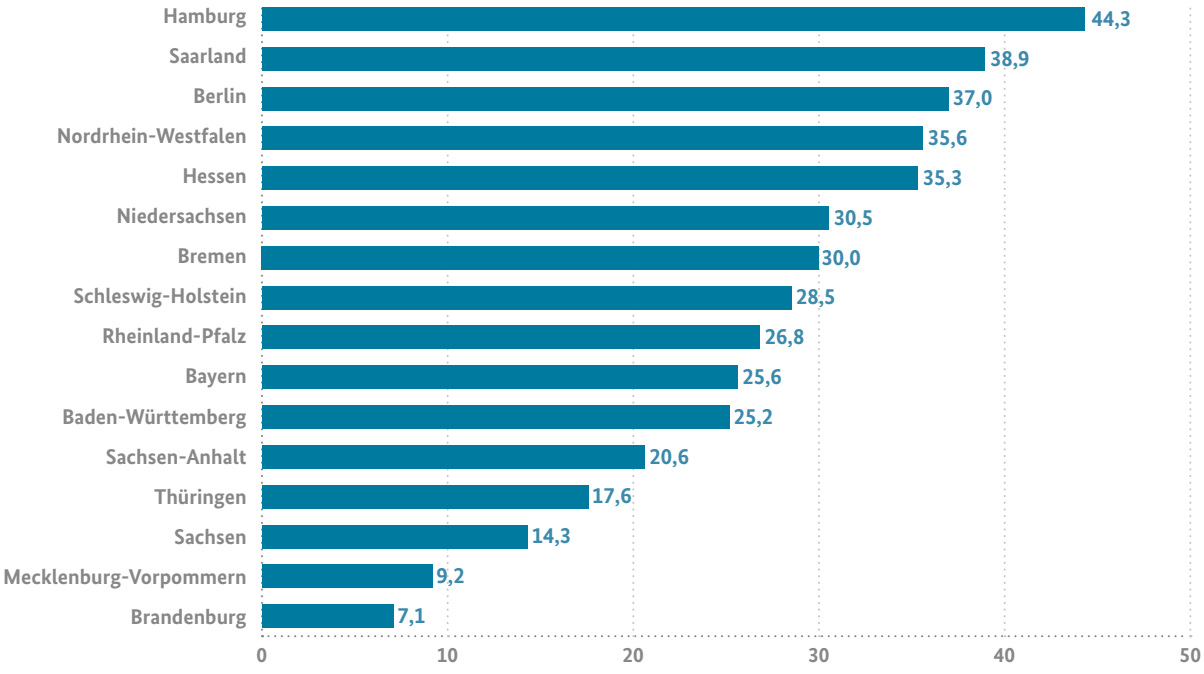
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 01.07.2018)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 47

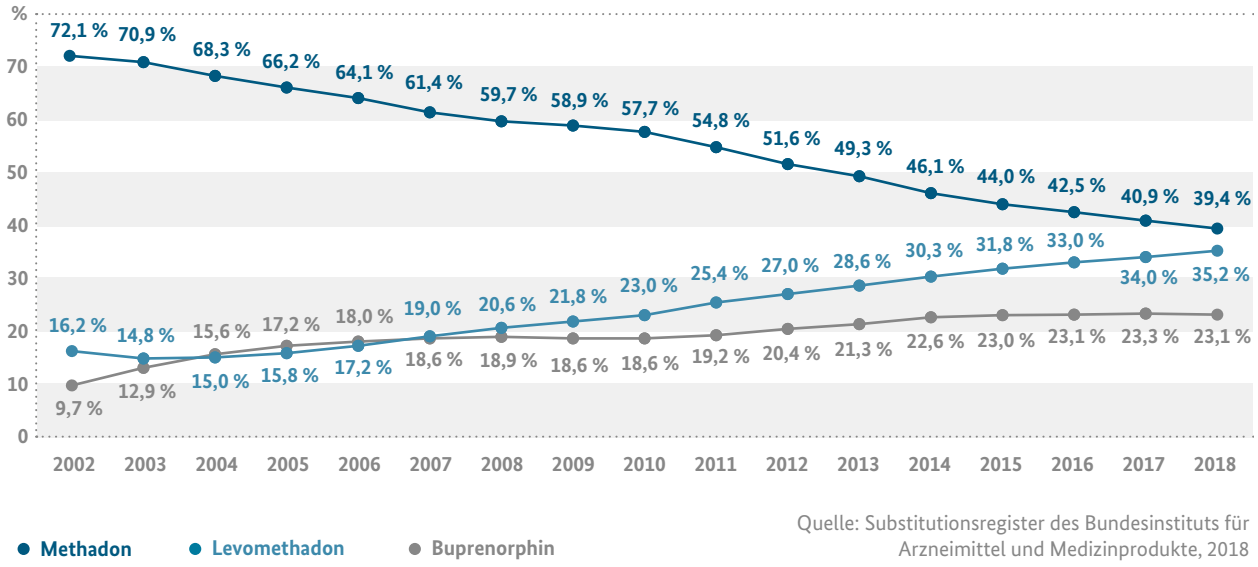
Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierender Ärztin bzw. substituierendem Arzt



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 49

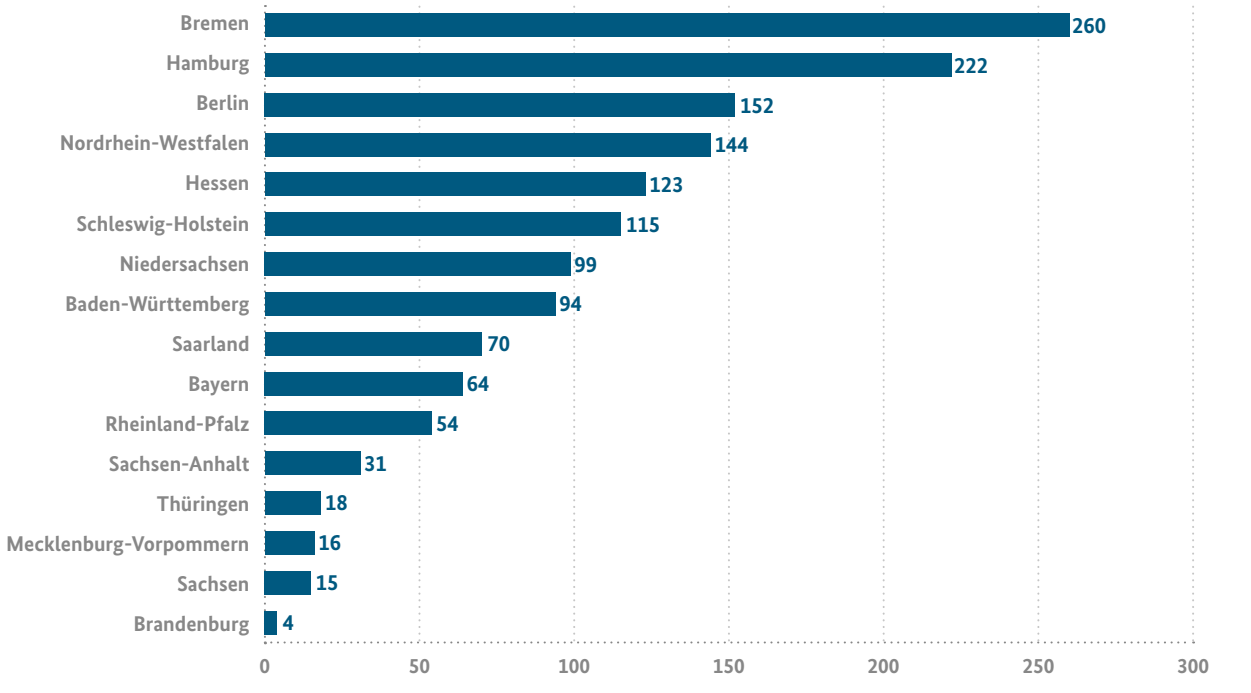
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2018



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

ABBILDUNG 50

Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.07.2018)



Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

TABELLE 12

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2018)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	28 %
4 – 50	49 %
51 – 100	16 %
über 100	7 %

Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

TABELLE 13

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern (Stichtag 01.07.2018)

Bundesland	gemeldete Patienten	substituierende Ärzte in 2018
Baden-Württemberg	10.265	407
Bayern	8.265	323
Berlin	5.442	147
Brandenburg	100	14
Bremen	1.768	59
Hamburg	4.028	91
Hessen	7.616	216
Mecklenburg-Vorpommern	257	28
Niedersachsen	7.900	259
Nordrhein-Westfalen	25.846	726
Rheinland-Pfalz	2.195	82
Saarland	701	18
Sachsen	615	43
Sachsen-Anhalt	700	34
Schleswig-Holstein	3.309	116
Thüringen	388	22

Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018

Weiterlesen

Zum Thema „Substitution in Haft“ finden Sie auf den Seiten „Im Fokus“ weitere Informationen.

Neue Regelungen

Die Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 22. Mai 2017 (BGBl. I S. 1275) wurde am 29. Mai 2017 verkündet. Sie schreibt die Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) für die Substitutionstherapie unter Berücksichtigung praktischer Erfordernisse und wissenschaftlicher Erkenntnisse fort. Diese Regelungen kommen seit Bekanntmachung der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ am 2. Oktober 2017 im Bundesanzeiger vollumfänglich zur Anwendung.

Am 6. September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter Berücksichtigung der Richtlinie der Bundesärztekammer einen Beschluss zur Umsetzung dieser neuen Regelungen gefasst (Änderung der Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie des G-BA über die Methoden in der vertragsärztlichen Versorgung, MVV-Richtlinie).

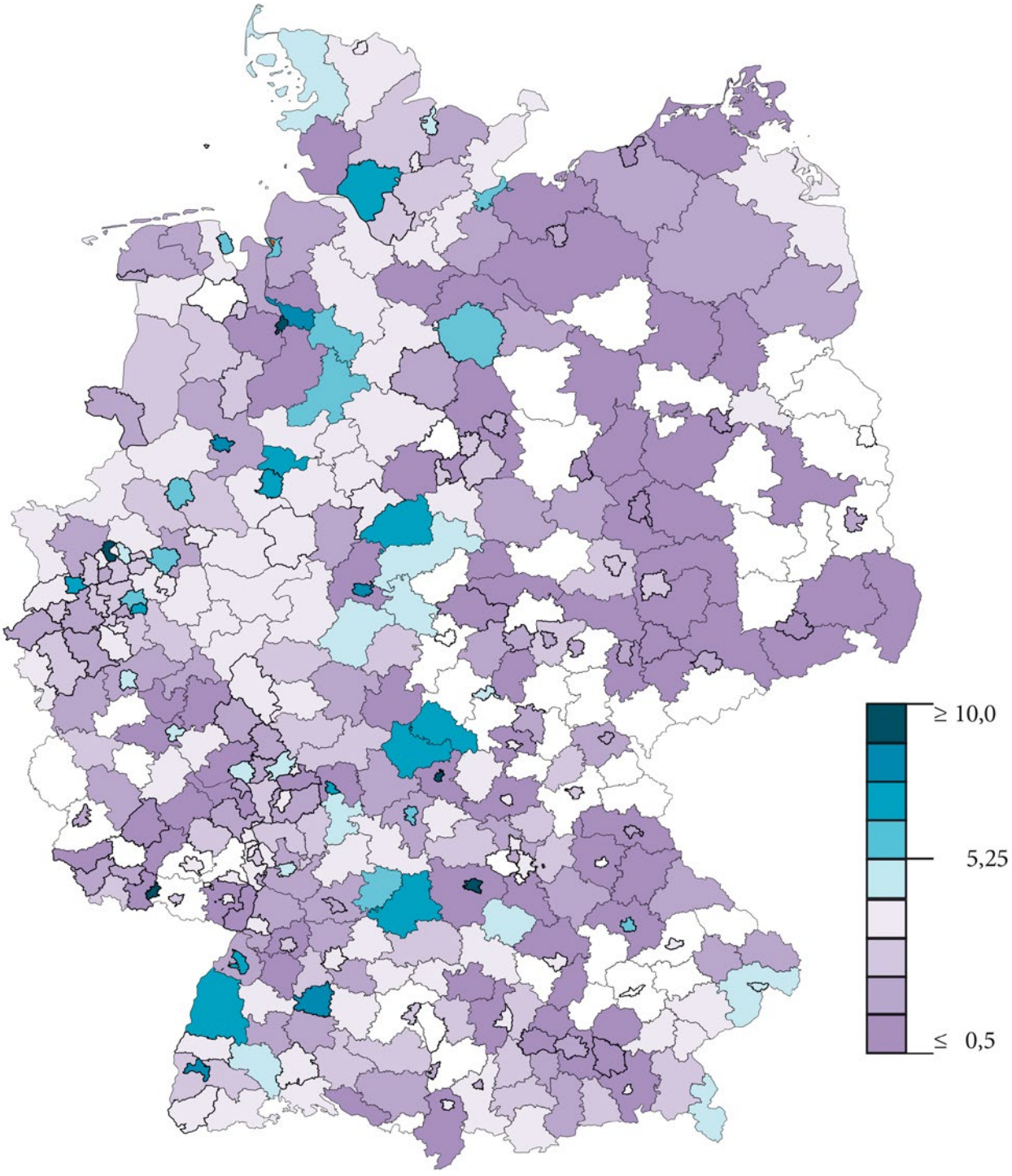
Eine Änderung dieses Beschlusses durch den G-BA vom 22. November 2018 (Wiedereinsetzung der Stichprobenregelung zur Qualitätssicherung) ist am 7. Dezember 2018 in Kraft getreten. Seitdem können die mit der oben genannten Verordnung angelegten Änderungen auch in der GKV-Versorgungspraxis Opioidabhängiger vollumfänglich zur Wirkung kommen.

Ein Ziel der Neuregelungen ist es, mehr Ärzte zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen zu bewegen und in ländlich strukturierten Gebieten die Behandlung der Patienten flächendeckend sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund wurde 2018 erstmals eine Landkarte zur regionalen Verteilung von substituierenden Ärzten erstellt.

Beschluss zur Umsetzung dieser neuen Regelungen: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3472/

ABBILDUNG 51

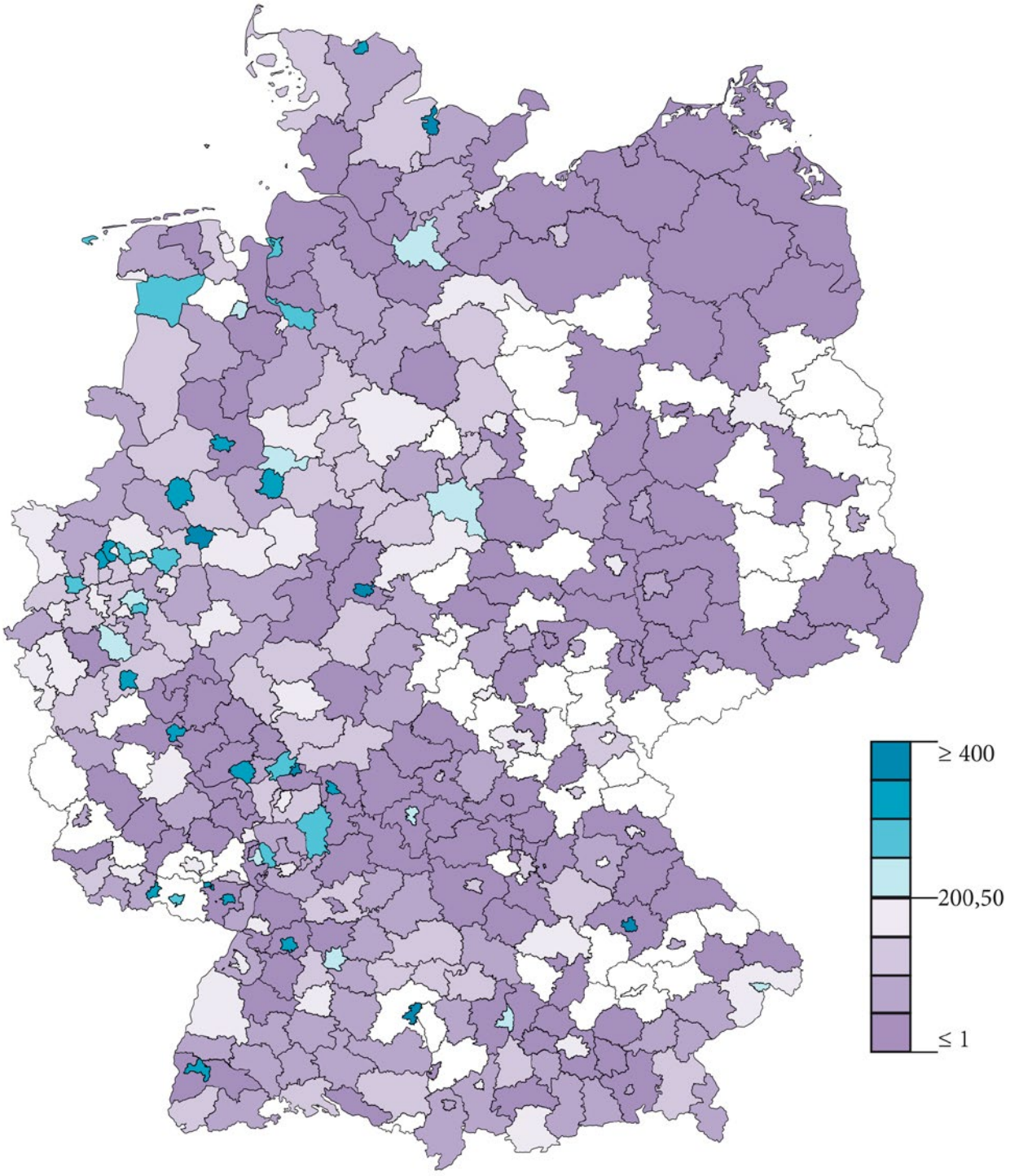
Anzahl substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im ersten Halbjahr 2018
(In Kreisen und kreisfreien Städten mit weißen Flächen sind keine gemeldet.)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

ABBILDUNG 52

Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 1.1.2018
(In Kreisen und kreisfreien Städten mit weißen Flächen sind keine gemeldet.)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Opioid-Epidemie in den USA

In den USA liegen die Zahlen für Todesfälle aufgrund von Überdosierungen von Opioiden so hoch, dass von einer Opioid-Epidemie gesprochen wird. 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 einer 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. oxycodonhaltige Medikamente) auf den Markt und bewarben diese intensiv als geeignete Mittel für jede Art und Intensität von Schmerzen. Dies führte zu einer starken Ausweitung der Anwendungen dieser Substanzen. Die US-Gesundheitsbehörden teilten im Juli 2019 mit, dass in den USA die Zahl der Toten durch Überdosis von Opioiden im Jahr 2018 zum ersten Mal seit zwei Jahrzehnten leicht gesunken sei.

Wie ist die Situation in Deutschland?

Auch in Deutschland werden Opioide als Schmerzmittel verordnet. Sie kommen in erster Linie nach Operationen und bei Tumorschmerzen zum Einsatz, zunehmend aber auch bei nichttumorbedingten Schmerzen. Wie bei allen Arzneimitteln ist auch der medizinische Gebrauch von Opioiden mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden, wozu auch Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiken zählen.

Da das Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial aufgrund ihrer psychoaktiven und somatischen Wirkungen bei Opioiden besonders hoch ist, unterliegen Opioide in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Davon ausgenommen sind lediglich einige schwach wirksame Opioide. Wegen des Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzials sollte sich das Verschreibungsverhalten bei Opioiden und anderen Arzneimitteln, die dem Anwendungsbereich des Betäubungsmittelrechts unterstellt sind, immer an den medizinischen Leitlinien ausrichten. Zur Verschreibung dürfen Ärzte ausschließlich dafür vorgesehene amtliche Formblätter (BtM-Rezepte und BtM-Anforderungsscheine) verwenden, die von der Bundesopiumstelle ausgegeben werden.

Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass eine Situation wie in den USA in Deutschland derzeit nicht zu befürchten sei. Zum Schutz der Bevölkerung und des Einzelnen vor den Gefahren, die von Betäubungsmitteln ausgehen können, gelten in Deutschland u. a. die oben beschriebenen gesetzlichen Verschreibungsvorgaben sowie fachliche Leitlinien zum medizinischen Einsatz von Opioiden. Die geltenden Vorschriften und Leitlinien sind geeignet, eine Entwicklung des Abhängigkeitsgeschehens wie in den USA zu verhindern. In Deutschland gelten zudem strenge Werbebeschränkungen. Die Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente außerhalb von Fachkreisen ist verboten. Allerdings sollte das Verschreibungsverhalten dennoch aufmerksam beobachtet werden.

Neben dem stark regulierten Gebrauch von Opioiden zu medizinischen Zwecken werden Fentanyl und andere synthetische Opioide in Deutschland auch illegal erworben, gehandelt und konsumiert. Teilweise werden solche Stoffe anderen Stoffen wie Heroin, etwa zur Wirkungsverstärkung, beigemengt. In Deutschland sind Heroin und illegal erworbene Substitutionsmittel die vorherrschend konsumierten synthetischen Opioide.

Neue psychoaktive Stoffe

Substanz und Wirkung

Der Begriff „Neue psychoaktive Stoffe“ (NPS) wird meist als Synonym für sogenannte „Legal Highs“ verwendet. Der Begriff „Legal Highs“ ist dabei rechtlich missverständlich und irreführend, weil diese Stoffe (mittlerweile) häufig bereits gesetzlich verboten sind. In der Regel werden als NPS synthetische Stoffe verstanden, die in ihrer Wirkung bekannten Stoffen wie Cannabis, Ecstasy oder Amphetaminen ähneln, aber zum Teil eine deutlich höhere Potenz haben. Diese Stoffe fallen in großer Zahl unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), teilweise unter das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG). Angeboten werden diese Stoffe unter anderem als „Räuchermischungen“, „Badesalze“ oder „Reiniger“. Eine weitere differenzierte einzelstoffliche Beschreibung ihrer Wirkung ist aufgrund der großen Vielzahl unterschiedlicher Stoffe herausforderungsvoll. Gezielte Manipulationen der chemischen Struktur ermöglichen es den am illegalen Drogenmarkt beteiligten Akteuren, kontinuierlich neue Stoffe auf den Markt zu bringen. NPS werden zum Beispiel in den Darreichungsformen Pulver, Tabletten, Kräutermischungen oder Kapseln angeboten. Die größten Stoffgruppen in diesem Bereich sind synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone (Amphetaminderivate). In der Regel ist dem Konsumierenden und teilweise auch dem Händler weder die Zusammensetzung der Wirkstoffe noch deren Konzentration bekannt. Daher ist der Konsum mit nicht zu kalkulierenden gesundheitlichen Risiken und zum Teil gravierenden Folgen bis hin zu tödlichen Wirkungen verbunden.

Trends

→ In der Drogenaffinitätsstudie (2016) wurde die einheitliche Erfassung dieser Gruppe von Stoffen erstmals in den Erhebungen des Jahres 2015 eingeführt. Bei den Zwölf- bis 17-Jährigen hatten zu diesem Zeitpunkt 0,1 Prozent schon einmal NPS konsumiert, bei den 18- bis 25-Jährigen waren es 2,2 Prozent. Da noch keine neueren Zahlen vorliegen, kann zu einem Trend bezüglich dieser Konsumentengruppen aktuell keine Aussage getroffen werden. Erstmals wurden 2015 auch in der Altersgruppe der Erwachsenen (18–64 Jahre) Daten im Epidemiologischen Suchtsurvey (2016) erhoben. Demnach hatten in diesem Jahr 2,8 Prozent der Erwachsenen schon einmal NPS konsumiert. Im Jahr 2018 waren dies 2,6 Prozent (Epidemiologischer Suchtsurvey, 2019). Damit ist die Zahl gegenüber 2015 beinahe gleich geblieben.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Im Rahmen des EU-Projekts „SPICE II Plus“ wurde in den Jahren 2013 und 2014 eine Online-Erhebung unter Personen mit Erfahrung im Konsum von NPS durchgeführt. Hierbei wurden unter anderem kurz- sowie mittel- bis langfristige negative Effekte von NPS bei 771 Konsumenten festgestellt. 666 der Konsumenten berichteten von Erfahrungen mit synthetischen Cannabinoiden, 347 von Erfahrungen mit Research Chemicals und 225 von Erfahrungen mit anderen sogenannten Legal Highs, 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 pro Jahr) berichteten über deutlich mehr negative Effekte als Personen mit gelegentlichem Konsum.

Neue Regelungen

Das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) ist am 26. November 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

Ziel des NpSG ist es, die Verbreitung von NPS zu bekämpfen und somit ihre Verfügbarkeit als Konsum- und Rauschmittel einzuschränken. Damit soll die Gesundheit der Bevölkerung, 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 im Herbst 2019 erwartet. Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2018 weist 361 erfasste Straftaten aus, die das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) betreffen.

Mit der „Verordnung zur Änderung der Anlage des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes und von Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes“ wurde das NpSG im Juli 2019 an den aktuellen Stand der Erkenntnisse angepasst. Dazu wurden die bisherigen Stoffgruppen der von 2-Phenethylamin abgeleiteten Verbindungen und der Cannabimimetika/synthetischen Cannabinoide überarbeitet sowie die Stoffgruppen der Benzodiazepine, der von N-(2-Aminocyclohexyl)amid abgeleiteten Verbindungen und der von Tryptamin abgeleiteten Verbindungen neu hinzugefügt.

Parallel dazu wurden weitere Einzelstoffe, die sich als nicht nur gering psychoaktiv und in besonderer Weise gesundheitsgefährdend erwiesen haben sowie in nicht nur geringem Ausmaß missbräuchlich verwendet werden, dem BtMG unterstellt. So hat die Bundesregierung seit 2017 weitere 22 NPS (elf Opioide, zehn synthetische Cannabinoide und ein Cathinon) in die Anlage II des BtMG aufgenommen. Die Regelungen des BtMG gehen jenen des NpSG vor, da sie unter anderem strengere Sanktionsmöglichkeiten bereitstellen.

Weitere Informationen unter:

www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2019/iii-quartal/verbessertes-vorgehen-gegen-legal-highs.html

Methamphetamin (Crystal Meth)

Substanz und Wirkung

Auf dem Schwarzmarkt wird Methamphetamin häufig in Form von kleinen Kristallen, die auch als „Crystal Meth“ bezeichnet werden, oder als helles Pulver, seltener auch in Tablettenform oder als Kapseln verkauft. Methamphetamin ist ein vollsynthetisches Stimulans, das seit den 1930er- und bis in die 1980er-Jahre als Medikament unter dem Handelsnamen Pervitin 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 Methamphetaminkonsum geht einher mit einer physischen Leistungssteigerung. Die geistige Leistungsfähigkeit und Kreativität wird durch Methamphetamin meist nicht gesteigert. Da Methamphetamin schnell die Blut-Hirn-Schranke überwindet und der Abbau im Körper relativ lange dauert, kann ein Rausch stark und lang anhaltend 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 Methamphetamin das höchste Wirkpotenzial beziehungsweise die längste Halbwertszeit, was die schädlichen Effekte und die Abhängigkeitsgefahr verstärkt.

Trends

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

- Im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie (2016) wurde das Konsumverhalten bei dieser Substanz erstmalig im Jahr 2015 erhoben. Bei den Zwölf- bis 17-Jährigen lag die Zahl derer, die schon einmal Methamphetamin konsumiert haben, so niedrig, dass diese statistisch nicht ins Gewicht fällt. Bei den 18- bis 25-Jährigen waren es 0,6 Prozent. Zu einem Trend kann bezüglich dieser Konsumierendengruppen aktuell noch keine Aussage getroffen werden, da keine neuen Zahlen vorliegen. Im Jahr 2015 wurde zudem erstmalig im Epidemiologischen Suchtsurvey (2016) das Konsumverhalten in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen untersucht. Demnach hatten 0,6 Prozent schon einmal Methamphetamin konsumiert. Drei Jahre später lag die Zahl bei 0,8 Prozent und ist damit nahezu gleich geblieben (Epidemiologischer Suchtsurvey, 2019).

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Internationale Forschungsaktivitäten der vergangenen Jahre konnten nachweisen, dass langfristiger Methamphetaminkonsum eine Reihe gesundheitlicher Beeinträchtigungen und körperlicher Verfallserscheinungen nach sich zieht. Gut belegt sind beispielsweise drohende kognitive Defizite, zum Beispiel Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses (Barr et al., 2006; London et al., 2005; Salo et al., 2007; Rendell et al., 2009; Potvin et al., 2018). Methamphetaminkonsumierende haben ein erhöhtes Risiko für Herz- und Gefäßschäden. Vor allem bei häufigem Konsum können die Gefäße vorzeitig altern und das Herz schwer geschädigt werden. Bei frühzeitigem Ausstieg kann sich das Herz zum Teil wieder erholen. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass langjähriger Methamphetaminkonsum 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 Verbindung zwischen dem chronischen Missbrauch von Methamphetamin und Psychosen (McKetin et al., 2013) sowie eine größere Aggressionsbereitschaft und Gewalttätigkeit bei chronischen Methamphetaminkonsumierenden (Zweben et al., 2004; Marinelli-Casey et al., 2008; Sekine et al., 2006).

Kokain

Substanz und Wirkung

Kokain wird aus den Blättern des Cocastrauchs hergestellt. Sie enthalten etwa ein Prozent des Stoffs. 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“ (Schnupfen) des pulverförmigen Kokainhydrochlorids. Die Wirkung entfaltet sich nach wenigen Minuten und dauert ca. 20 bis 60 Minuten an. Die aufputschende Wirkung des Kokains beruht auf der vermehrten Ausschüttung körpereigener Neurotransmitter wie 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 von Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und Erschöpfung gekennzeichnet. 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

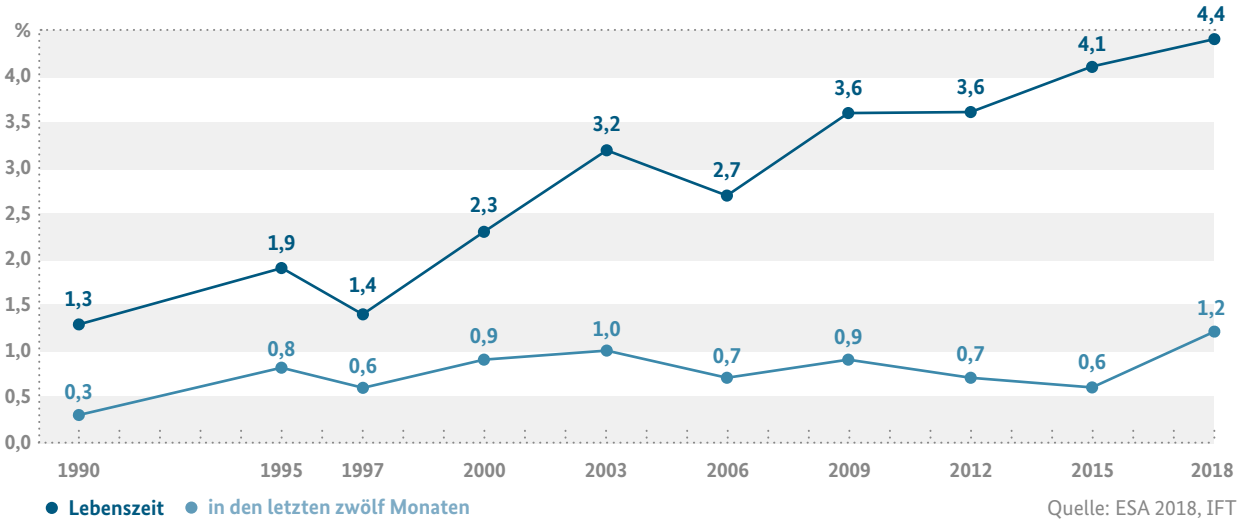
- Während bei der Lebenszeitprävalenz von Erwachsenen ein leichter Anstieg seit 1990 zu verzeichnen ist, verläuft die Zwölf-Monats-Prävalenz wellenförmig ohne klare Tendenz.
- Bei Jugendlichen liegen die Prävalenzen so niedrig, dass statistische Aussagen zu Tendenzen beim Konsum nicht sinnvoll sind.
- Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von Kokain im Straßenhandel hat sich seit 2011 mehr als verdoppelt und lag 2018 bei 77 Prozent.

Gesundheitliche Folgen des Konsums

Der Konsum von Kokain ist sowohl mit kurzfristigen als auch mit 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, Halluzinationen und Lähmung des Atemzentrums. Eine Studie ergab, dass jeder vierte nichttödliche 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 nimmt die Zahl der Risiken deutlich zu. Dauerhafter und

ABBILDUNG 53

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



Quelle: ESA 2018, IFT

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 sowie eine 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 einer Verminderung des Geruchs-und Geschmackssinns. Während der Schwangerschaft führt Kokainkonsum zu Früh- und Totgeburten, aber 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 der Auffassung ist, dass Insekten über oder unter seiner Haut krabbeln.

2.2.5 Internetbezogene Störungen

Krankheitsbild

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. 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. Im Mai 2019 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formal beschlossen, die Diagnose Gaming Disorder in die 11. Revision der International Classification of Diseases (ICD-11) aufzunehmen, und sie in den Bereich der mentalen Verhaltens- und Neuroentwicklungsstörungen eingeordnet. Der ICD-11-Katalog dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Er soll 2022 in Kraft treten. Derzeit ist noch nicht geklärt, ob weitere internetbezogene Verhaltensweisen – hierbei ist insbesondere die exzessive Nutzung sozialer Netzwerke zu nennen – ebenfalls den Verhaltenssüchten zuzuordnen sind.

Internet Gaming Disorder

Wenn fünf (oder mehrere) 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

In Bezug auf die Prävention, Frühintervention und Behandlung von internetbezogenen Störungen ist die Zahl der Studien angestiegen. Die Forschungsansätze sind dabei unterschiedlich und bedürfen der Fortentwicklung. 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 wurden 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 weisen sie eine große Bandbreite an ermittelten Zahlen auf, was insbesondere an den unterschiedlichen Studiendesigns liegt. Die Ergebnisse variieren aufgrund studienspezifischer Faktoren wie der untersuchten 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 vier 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, welche die Beobachtung eines zeitlichen Verlaufs ermöglichen.

Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2015)

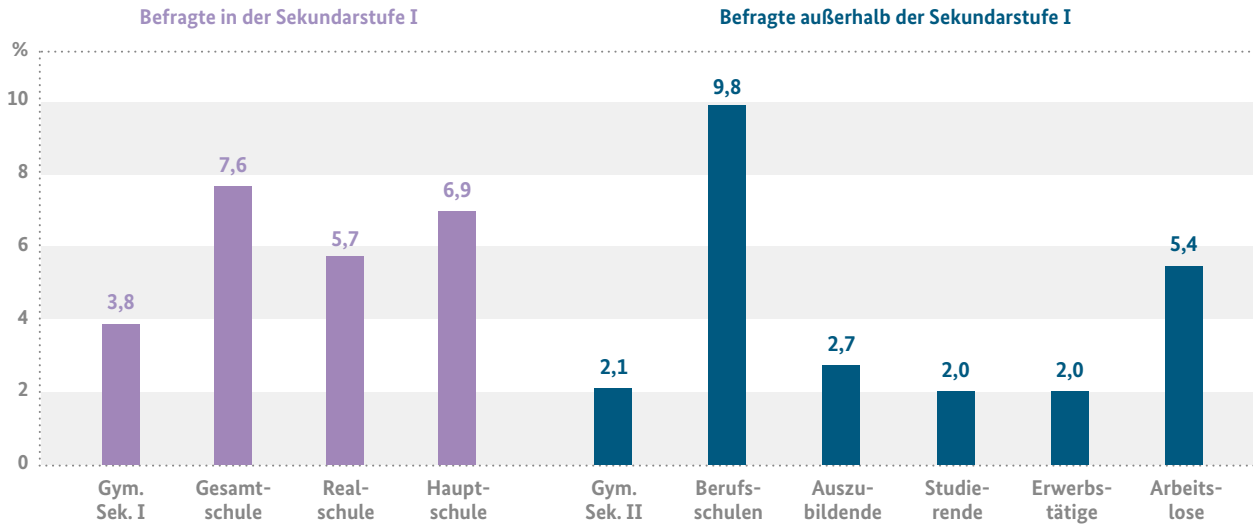
Bei 5,8 Prozent aller Zwölf- bis 17-Jährigen ist von einer Computerspiel- oder Internetabhängigkeit auszugehen. Weibliche Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren sind mit 7,1 Prozent statistisch signifikant stärker betroffen als die männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe (4,5 Prozent). Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist die Computerspiel- oder Internetabhängigkeit mit insgesamt 2,8 Prozent geringer verbreitet als unter Jugendlichen. Dabei gibt es keinen Unterschied zwischen jungen Männer und Frauen dieser Altersgruppe. Zu diesen Ergebnissen kommt die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2015. Zur Messung wurde in der Studie die „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) genutzt. Die Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit unterscheidet sich bei Zwölf- bis 25-Jährigen nach Bildungs- und sozialen Merkmalen.

Zwischen 2011 und 2015 ist eine Zunahme der Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei Zwölf- bis 17-Jährigen 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. (Hinweis: Die nächste Studie der BZgA wird voraussichtlich im Jahr 2020 veröffentlicht).

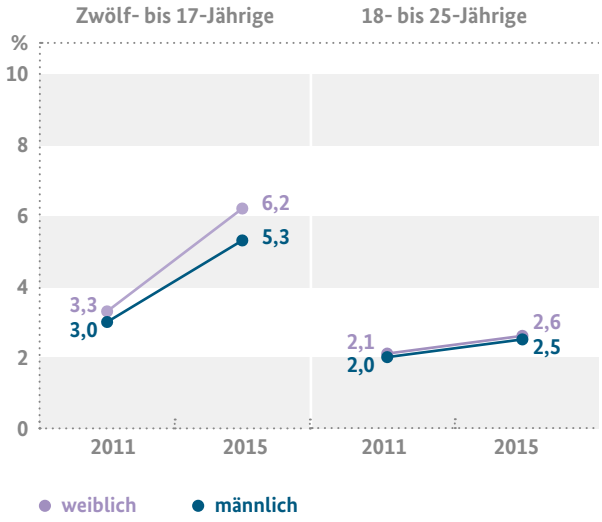
ABBILDUNG 54

Verbreitung von Computerspiel- und Internetabhängigkeit nach Bildungs- und sozialen Merkmalen (Zwölf- bis 25-Jährige)



Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2015, BZgA

ABBILDUNG 55
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 (2018)

Die große Mehrheit (85 Prozent) der Zwölf- bis 17-Jährigen nutzt soziale Medien jeden Tag. Die tägliche Nutzungsdauer beträgt im Durchschnitt knapp drei Stunden (166 Minuten). Die meiste Zeit verbringen die Kinder und Jugendlichen mit der Nutzung von WhatsApp (66 Prozent), gefolgt von Instagram (14 Prozent) und Snapchat (neun Prozent). 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 Prozent der Zwölf- bis 17-Jährigen die Kriterien einer Social Media Disorder. Mädchen sind mit 3,4 Prozent etwas häufiger betroffen als Jungen (1,9 Prozent). Auf alle Zwölf- 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.

Auswirkungen der exzessiven Mediennutzung

„Geld für Games – wenn Computerspiel zum Glücksspiel wird" – Studie der DAK-Gesundheit und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen untersucht Geldausgaben bei Zwölf- bis 17-Jährigen (2019)

Von August bis Oktober 2018 befragte die Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen forsa in einer Repräsentativstichprobe 1.000 Kinder und Jugendliche zwischen zwölf und 17 Jahren zu ihrem Computerspielverhalten. Hintergrund der Befragung ist die Beobachtung, dass monetäre Aspekte, die über reine Anschaffungskosten hinausgehen, eine zunehmende Rolle in Computerspielen einnehmen. Kinder und Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren sind eine primäre Zielgruppe der Computerspielindustrie.

Berücksichtigt wurden hierbei Online- und Offline-Spiele auf allen verfügbaren technischen Endgeräten wie Computer, Spielekonsole, Smartphone und Tablet.

Laut DAK-Studie spielen 72,5 Prozent der Jugendlichen in Deutschland regelmäßig Computerspiele wie Fortnite, FIFA oder Minecraft. Das sind hochgerechnet mehr als drei Millionen Minderjährige. Insgesamt spielen knapp 90 Prozent aller Jungen und gut 50 Prozent der Mädchen. Nach einer Analyse des Deutschen Zentrums für Suchtfragen am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) zeigen 15,4 Prozent der Spieler ein riskantes oder pathologisches Spielverhalten. Damit wären 465.000 Kinder und Jugendliche zwischen zwölf und 17 Jahren Risikogamer, davon 79 Prozent Jungen.

3,3 Prozent der Betroffenen erfüllen sogar die Kriterien einer Computerspielabhängigkeit mit Entzugserscheinungen, Kontrollverlusten oder Gefährdungen.

Mehr als die Hälfte der regelmäßigen Spieler gab in den sechs Monaten vor der Befragung Geld für Spiele oder Extras aus. Im Durchschnitt lagen die Ausgaben bei 110 Euro, wobei auch ein Spitzenwert von knapp 1.000 Euro genannt wurde. Jeder dritte Euro wurde für die Computerspiele Fortnite und FIFA ausgegeben. Bei den Extras wurde das Geld meist für die sogenannte In-Game-Währung oder für Spaß- und Verschönerungselemente eingesetzt. Sechs Prozent der Gamer gaben an, das Geld für Extras am ehesten in Loot-Boxen zu investieren, die wie beim Glücksspiel „zufällig" über den weiteren Spielverlauf entscheiden.

Unauffällige und Risikogamer unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft, Geld für Games auszugeben: Während etwas weniger als die Hälfte (47,7 Prozent) der unauffälligen Gamer im vergangenen halben Jahr Geld für die Anschaffung von Spielen und etwa ein Viertel (26,3 Prozent) für Extras bezahlte, lagen die Anteile bei den Risiko-Gamern mit 56,4 Prozent für die Anschaffung und 43,6 Prozent für Extras deutlich höher. Risiko-Gamer gaben im Mittel im vergangenen halben Jahr vor der Befragung etwa 50 Euro mehr für die Anschaffung von Spielen aus (134,92 Euro) als unauffällige Gamer (82,24 Euro). Auch im Bereich der Extras lag ihr Anteil (93,71 Euro) mehr als 50 Euro über dem der unauffälligen Gamer (39,06 Euro). Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Gaming-Sucht und Geldausgaben: Je stärker die Gamer ein suchtähnliches Verhalten beschrieben, desto mehr Geld investierten sie in Spiele.

DAK-Gesundheitsreport 2019: Computerspiele und soziale Medien bei Arbeitnehmern Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 beschäftigte sich erstmals mit den Auswirkungen unkontrollierten Medienkonsums auf den Arbeitsplatz. Im Rahmen der Studie wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie die ambulanten und stationären Versorgungsdaten aller erwerbstätigen DAK-Versicherten ausgewertet und durch eine repräsentative Befragung von 5.614 abhängig Beschäftigten ergänzt.

- Mehr als jeder zweite Erwerbstätige in Deutschland (56,1 Prozent) spielt Computerspiele. 6,5 Prozent der Erwerbstätigen gelten als riskante Gamer. Das heißt: 2,6 Millionen Beschäftigte zeigen auffälliges Nutzungsverhalten. Jeder vierte von ihnen spielt auch während seiner Arbeitszeit. Vor allem junge Erwerbstätige zwischen 18 und 29 Jahren sowie Männer sind laut DAK-Report riskante Computerspieler (11,6 Prozent und 8,5 Prozent).

Auch das Gamen beeinflusst die Arbeitswelt und die Gesundheit stark:

- Jeder vierte Arbeitnehmer mit riskantem Spielverhalten gibt an, während der Arbeitszeit Computerspiele zu spielen. Bei Erwerbstätigen mit Computerspielsucht sagt das fast jeder Zweite.

- Etwa jeder zehnte Arbeitnehmer mit riskantem Spielverhalten (9,4 Prozent) war in den vergangenen drei Monaten nach eigenen Angaben wegen des Computerspielens abgelenkt oder unkonzentriert bei der Arbeit. Bei Erwerbstätigen mit einer Computerspielsucht betrifft dies mehr als jeden Dritten (34,1 Prozent).

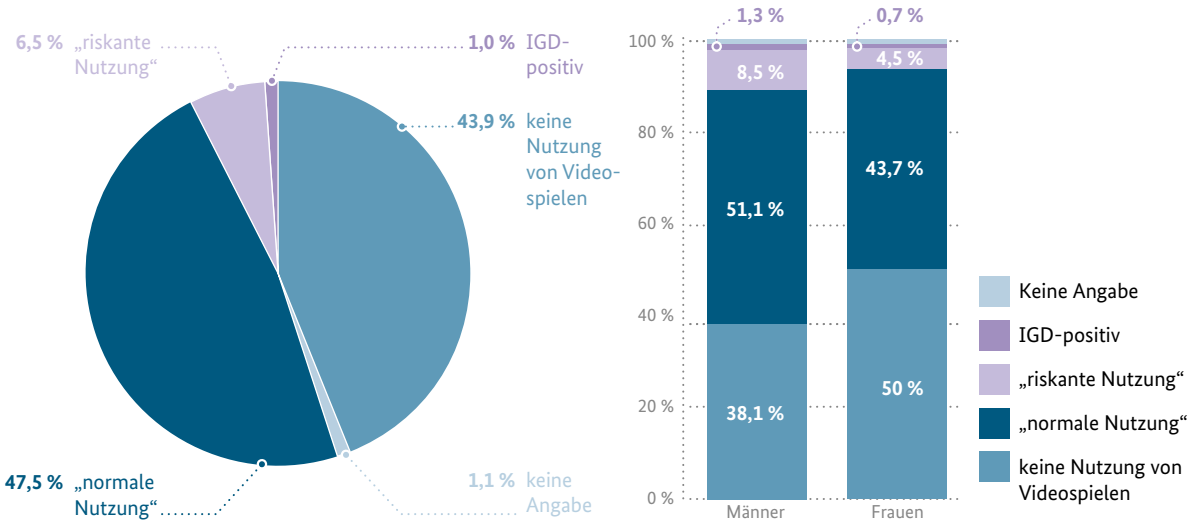
- 8,6 Prozent der riskanten Gamer kamen wegen ihres Spielens zu spät zur Arbeit oder machten deshalb früher Feierabend. Bei computerspielsüchtigen Beschäftigten sind es 24,8 Prozent.

- Bei 0,7 Prozent der Arbeitnehmer mit riskantem Spielverhalten hat das Spielen eine Rolle für eine oder mehrere Krankmeldungen innerhalb des vergangenen Jahres gespielt. Bei süchtigen Beschäftigten sind es 9,7 Prozent.

Die Nutzung sozialer Medien am Arbeitsplatz ist weitverbreitet: 69 Prozent der Nutzer sozialer Medien machen in Arbeitspausen Gebrauch von sozialen Medien, 40 Prozent auch während der Arbeitszeit. Für einen kleineren Teil der Nutzer könnte sich das auf die Arbeitsleistung auswirken: 18 Prozent gaben an, dass sie in den vergangenen drei Monaten wegen der Beschäftigung mit sozialen Medien abgelenkt oder unkonzentriert waren. 0,4 Prozent der Beschäftigten erfüllten die Kriterien einer Social Media Disorder.

ABBILDUNG 56

Riskante Nutzung Computerspiele: 2,6 Millionen Beschäftigte
Internet Gaming Disorder: 0,4 Millionen Beschäftigte

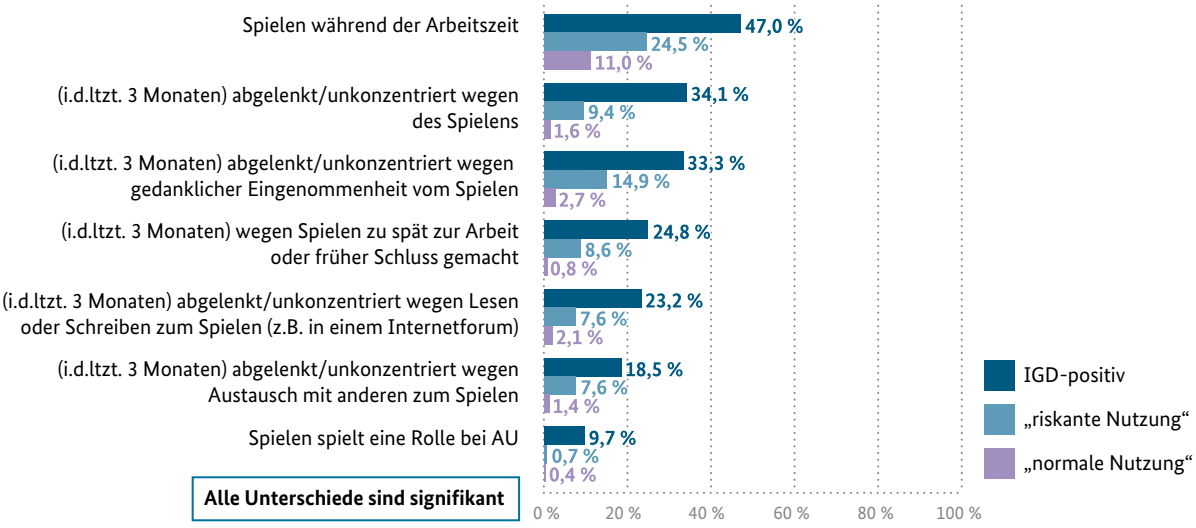


Der dargestellte Unterschied (Männer/Frauen) ist signifikant

Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2019 / Forsa-Befragung. Basis: alle Beschäftigten. N=5.614

ABBILDUNG 57

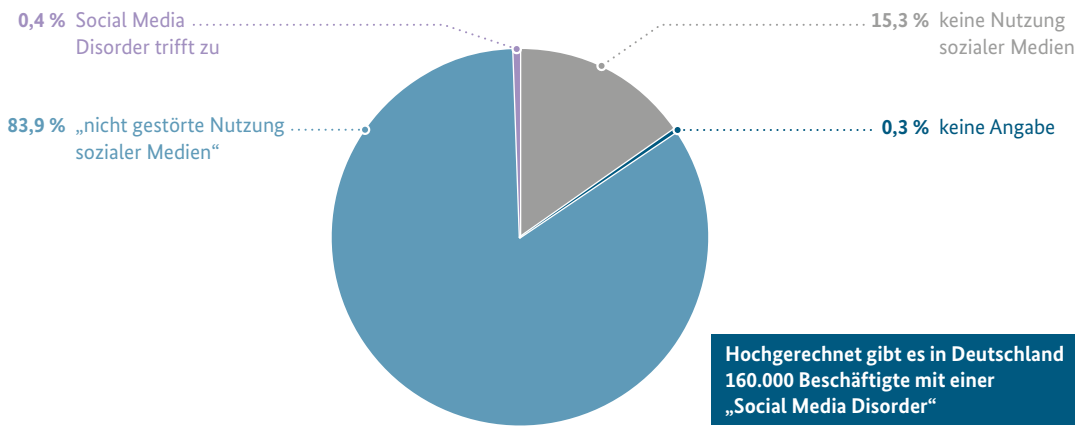
Computerspielverhalten wirkt sich deutlich auf die Arbeit aus



Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2019 / Forsa-Befragung. Basis: alle Videospielnutzer. N=3.145

ABBILDUNG 58

0,4 Prozent der Beschäftigten mit einer „Social Media Disorder“



Messinstrument: Social Media Disorder Scale

Männliche Beschäftigte unterscheiden sich dabei nicht signifikant von weiblichen Beschäftigten.

Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2019 / Forsa-Befragung. Basis: alle Beschäftigten. N=5.614

Neue Entwicklungen

Kinder- und Jugendmedienschutz

Die Nutzung digitaler Medien nimmt im Alltag von Kindern und Jugendlichen eine immer größere Rolle ein. Sie vernetzen sich bei WhatsApp oder Facebook, sehen sich die neuesten Videos auf YouTube an oder spielen die angesagten Games ortsunabhängig und weitgehend außerhalb elterlicher Kontrolle über ihre Smartphones. Dabei sind die Kinder und Jugendlichen neben den vielfältigen Chancen und Teilhabemöglichkeiten, die mit der Nutzung digitaler Medien verbunden sind, auch Gefahren ausgesetzt. Sie ergeben sich insbesondere bei der Nutzung von Social-Media-Diensten und Games. Hierbei kann es zu Beleidigungen in Form von Cybermobbing oder sexueller Belästigung kommen. Cybergroomer suchen im Internet gezielt nach Opfern. Auch ein übermäßiger, zum Teil exzessiver Medienkonsum sowie – teilweise wie bei Loot-Boxen glücksspielähnliche – Mikrotransaktionsmöglichkeiten mit entsprechenden Kaufappellen sind ernst zu nehmende Risikodimensionen für Kinder und Jugendliche, die bislang nicht vom gesetzlichen Kinder- und Jugendmedienschutz erfasst werden. Anbieter müssen dazu verpflichtet werden, ausreichende Sicherungs- und Meldesysteme bereitzustellen, und Eltern benötigen mehr Transparenz darüber, welche Angebote und Apps für ihre Kinder geeignet sind und welche nicht. Alterskennzeichen müssen sich an Inhalten, nicht an Übertragungswegen orientieren und die sogenannten Interaktionsrisiken insbesondere durch Kontaktmöglichkeiten und Mikrotransaktionen berücksichtigen. Auch gegen Betreiber im Ausland, die für Kinder und Jugendliche in Deutschland relevant sind, müssen diese Anforderungen nach Maßgabe des Koalitionsvertrages durchgesetzt werden. Zu den hierfür erforderlichen Änderungen im Jugendschutzgesetz und im Jugendmedienschutz-Staatsvertrag befinden sich Bund und Länder in enger Abstimmung.

Elternempfehlungen der Kinder- und Jugendärzte

2018 erarbeiteten Kinder- und Jugendärzte auf Initiative der Drogenbeauftragten Empfehlungen zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch. Das Merkblatt wird den Eltern im Rahmen der U-Untersuchungen, aber auch anlassbezogen übergeben.

Neben den Chancen der Mediennutzung nehmen Kinder- sowie Jugendärzte und -ärztinnen auch die Schattenseiten dieser Entwicklung wahr: Sie sehen zunehmend Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder, die sich 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, sodass sie den Einzelnen nicht beherrschen, sondern Spaß machen und die reale Welt ergänzen, wissen viele Kinder nicht. Auch Eltern und andere Bezugspersonen wünschen sich mehr Informationsangebote, um Kindern den Umgang mit der digitalen Welt besser vermitteln zu können.

ABBILDUNG 59

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 Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte zum Download bereit:

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

Aktion „Leben mit Medien“

Die Drogenbeauftragte und der Berufsverband der Kinder-und Jugendärzte (BVKJ) starteten im Dezember 2018 die Aktion „Leben mit Medien“: Sechs Tipps für sinnvollen und altersgerechten Medienkonsum.

Für die breite Öffentlichkeit wurden die wichtigsten Empfehlungen der Kinder- und Jugendärzte in Form eines Plakats und eines Flyers zugänglich gemacht. Plakat und Flyer können nicht nur in Kinderarztpraxen verwendet werden, sondern auch in Kindertagesstätten und Grundschulen.

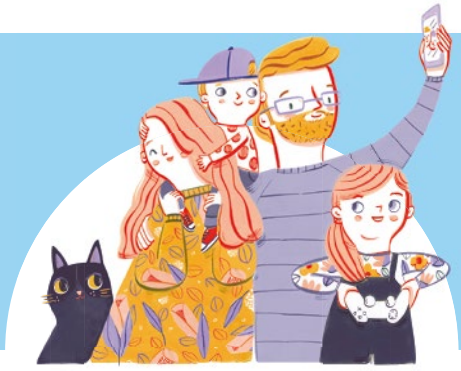
Mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Kultusministerkonferenz, Caritas, AWO, Diakonie (GVS), Bundeselternrat und dem Projekt Klasse2000 konnten verschiedene Kooperationspartner gewonnen werden.

Mehr erfahren:

www.Leben-mit-Medien.de

„Wir wollen Eltern Orientierung geben, was sinnvoller Medienkonsum ist und wo es schwierig wird!“

Marlene Mortler,
Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Von Kinder- und Jugendärzten empfohlen

LEBEN MIT MEDIEN

So gelingt der Familienalltag mit Tablets, TV, Smartphones & Co.
Tipps für eine gesunde Balance

Sie sind ein Vorbild

Ihr Kind wird sich Ihre Gewohnheiten abschauen.

Erziehung nicht mit Medienzeit

Setzen Sie Medien nicht als Erziehungsmaßnahme ein.

Rausgehen und entdecken

Machen Sie mit Ihrem Kind reale Erfahrungen.

Klare Regeln helfen

Begrenzen Sie den Medienkonsum zeitlich.

Essenszeit ist handyfrei

Benutzen Sie keine Medien beim Essen.

Finden Sie die richtige Balance mit Medien im Alltag. Mehr Tipps und Informationen unter

www.leben-mit-medien.de

bvkj. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Befragung: Kinder mit Bildschirmmedien an Weihnachten beschenken

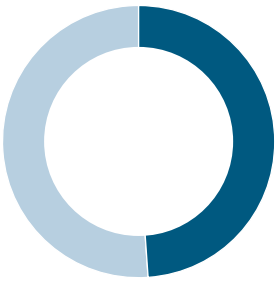
Die repräsentative Onlinebefragung wurde von der Drogenbeauftragten in Auftrag gegeben. Es wurden 2.069 Personen ab 18 Jahren interviewt. Darunter waren 399 Eltern oder Erziehungsberechtigte von mindestens einem Kind unter 18 Jahren.

Ergebnisse:

- Lediglich jeder achte Befragte (zwölf Prozent) findet es in Ordnung, Kindern im Kindergarten-alter Bildschirmmedien zu schenken. Drei Viertel der Befragten (74 Prozent) sind gegenteiliger Ansicht. Insgesamt 14 Prozent (kumuliert) wissen es nicht oder machen keine Angabe.
- Die Hälfte der Befragten (50 Prozent) fühlt sich ausreichend über die gesundheitlichen Risiken der Nutzung von Bildschirmmedien informiert. Annähernd ein Drittel der Befragten (31 Prozent) stimmt hierbei allerdings nicht zu. Insgesamt 14 Prozent weiß hier keine Antwort und fünf Prozent machen keine Angabe.

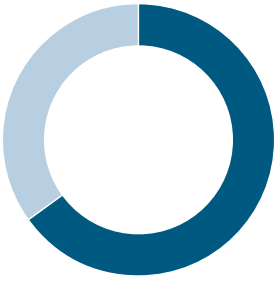
ABBILDUNG 60
Unterstützung gewünscht

Eine Erhebung zum Mediengebrauch ergab:



49 %

der befragten Eltern wünschen sich mehr Unterstützung, um Ihren Kindern den richtigen Umgang mit Medien beizubringen.



65 %

der Befragten sagen: „Schulen sollten mehr Medienkompetenz ermitteln."

Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage (2.069 Personen deutschlandweit ab 18 Jahren) im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung: Meinungstrnd INSA, Dezember 2018

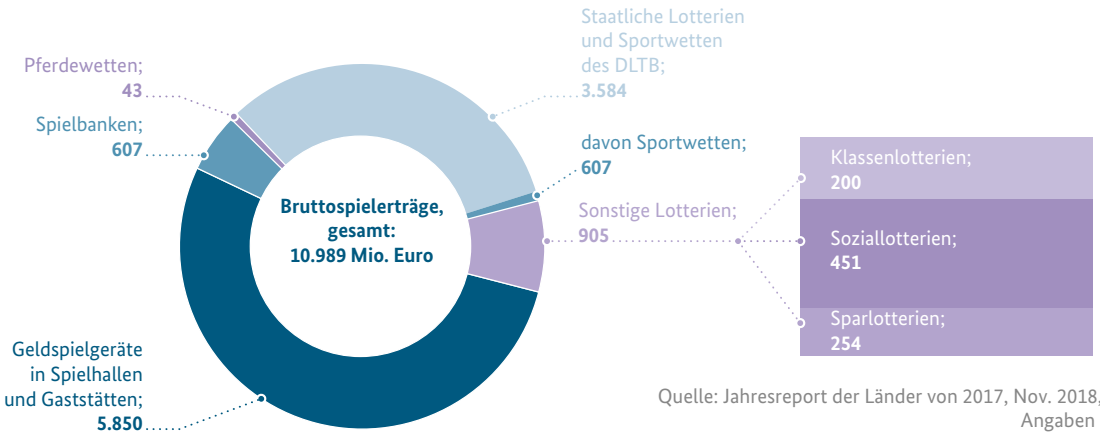
2.2.6 Pathologisches Glücksspiel

Krankheitsbild

Glücksspiel ist definiert als Tätigkeit, bei der Vermögenswerte auf den Ausgang einer Situation gesetzt werden und dieser Spielausgang nicht von der Geschicklichkeit des Spielenden, sondern vom Zufall abhängt. Von anderen Spielformen wie Gesellschaftsspielen unterscheidet sich Glücksspiel insbesondere durch das Kriterium „Einsatz von Geld". Dieser 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.

ABBILDUNG 61

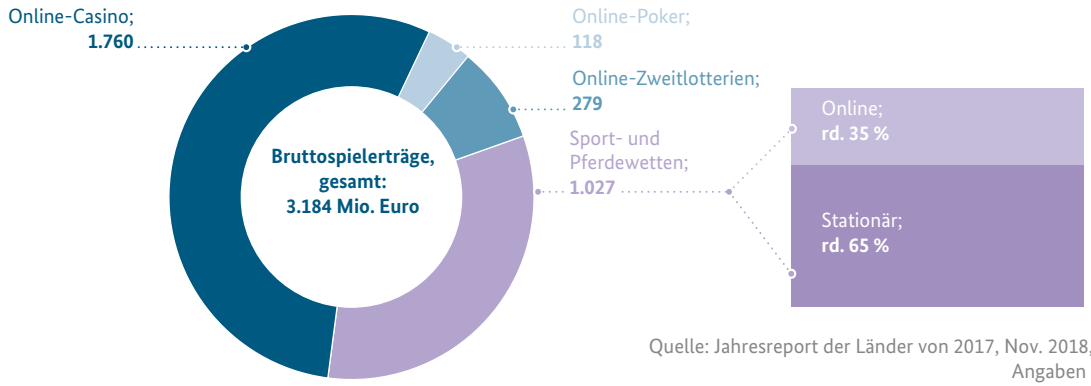
Der deutsche Glücksspielmarkt – Regulierter (erlaubter) Markt, 2017



Quelle: Jahresreport der Länder von 2017, Nov. 2018, S. 7 und 14
Angaben in Mio. EUR

ABBILDUNG 62

Der deutsche Glücksspielmarkt – Nicht-Regulierter (unerlaubter) Markt, 2017



Quelle: Jahresreport der Länder von 2017, Nov. 2018, S. 7 und 14
Angaben in Mio. EUR

Prävalenzen

Hochgerechnet auf die Bevölkerung zeigen etwas mehr als 500.000 Menschen in Deutschland ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten. Befragte mit problematischem Spielverhalten präferieren insbesondere Internet-Casinospiele, Geldspielautomaten, Bingo, Sportwetten sowie das „Kleine Spiel“ (Automatenspiel) 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 14

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 zwölf 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 zwölf 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. 117 sowie im Anhang.

Trends

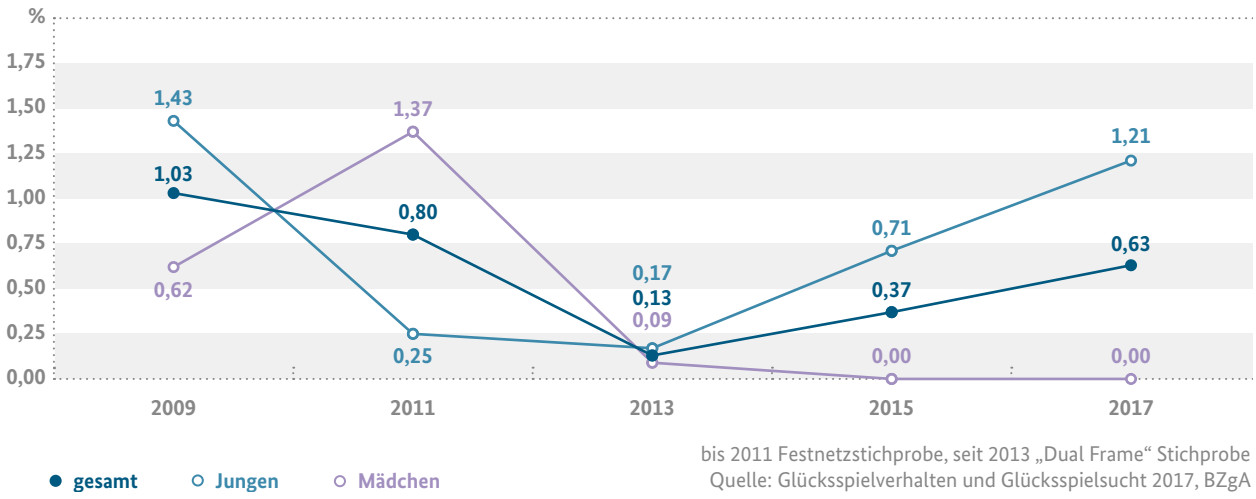
- Insgesamt ist die Glücksspielteilnahme in den vergangenen zehn Jahren zurückgegangen.
- Während bei den Männern der Anteil der Spieler mit problematischem und pathologischem Spielverhalten seit 2013 leicht zurückgegangen ist, ist der Anteil der Frauen mit problematischem Spielverhalten angestiegen. 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, insbesondere bei den nicht genehmigten Online-Sportwetten, während bei den Mädchen die Werte weiterhin extrem niedrig sind.
- Das Angebot an online-basiertem Glücksspiel wächst beständig.
- Durch neue Finanzierungsinstrumente wie Lootboxen verschwimmt die Grenze zwischen Onlinespielen und Glücksspielangeboten zunehmend.

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 identifizieren zu können, wurden alle Befragten, die in den vergangenen zwölf 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 gestellt, zum Beispiel: „Wenn Sie spielen, wie häufig versuchen Sie, an einem der nächsten Tage durch erneutes Spielen Geldverluste zurückzugewinnen?“. Sobald ein Befragter mindestens fünf der 20 Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird er als vermutlich pathologischer Glücksspieler klassifiziert. Bei Befragten, die drei oder vier der 20 Fragen mit „Ja“ beantworten, hat es sich durchgesetzt, sie als „problematisch Glücksspielende“ einzustufen, um ergänzend eine Symptomatik im Sinne einer vorklinischen Belastung analysieren zu können.

ABBILDUNG 63

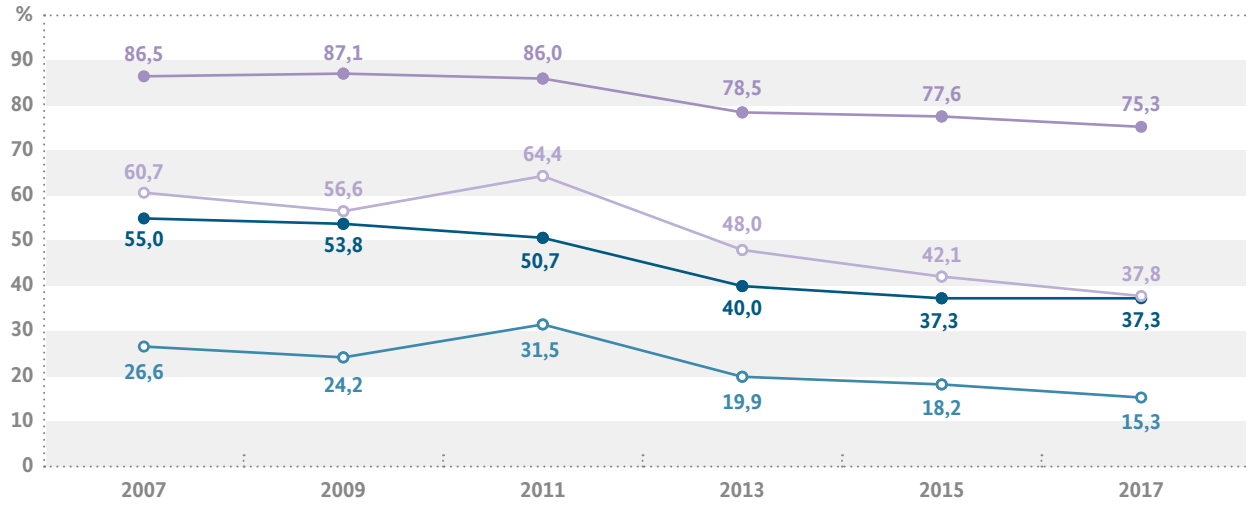
Problematisches Glücksspielverhalten bei Jugendlichen (16–17 Jahre)



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

ABBILDUNG 64

Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel (16–70 Jahre)

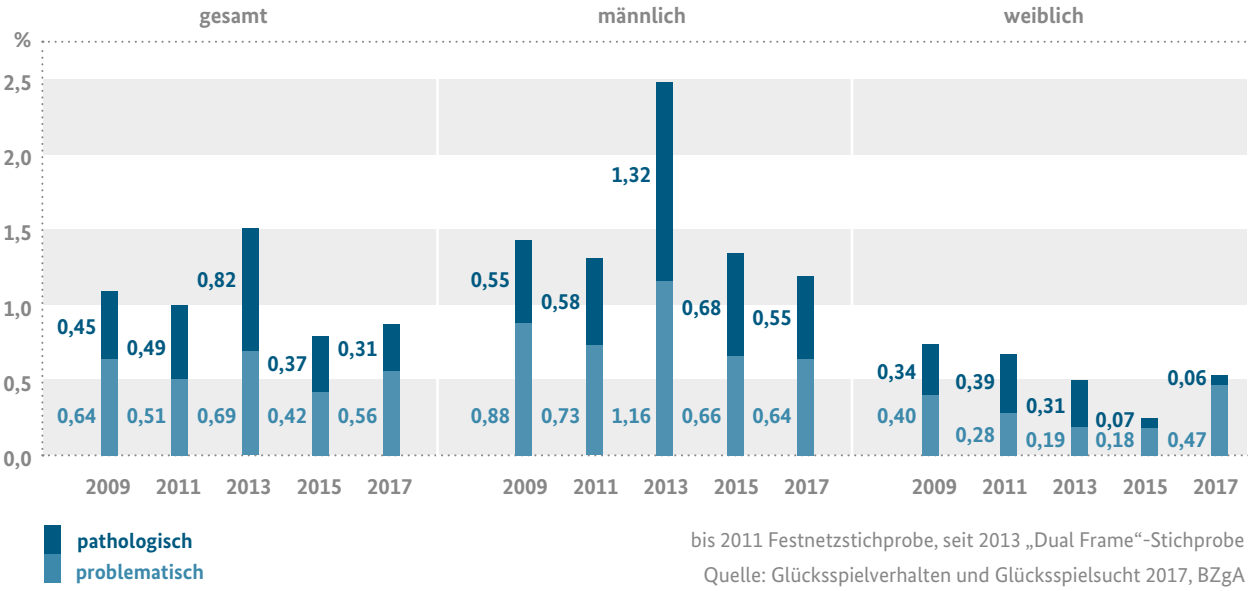


bis 2011 Festnetzstichprobe, seit 2013 „Dual Frame“ Stichprobe

Quelle: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht 2017, BZgA

ABBILDUNG 65

Problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten (16–70 Jahre)



bis 2011 Festnetzstichprobe, seit 2013 „Dual Frame“-Stichprobe

Quelle: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht 2017, BZgA

Glücksspielmotive von Jugendlichen

Jugendliche nennen als Hauptmotiv für Glücksspiel ‚Aufregung' (BZgA, Glücksspielverhalten 2018). Bei drei der fünf Erhebungszeitpunkte steht dieses Motiv bei ihnen an erster Stelle. Im Jahr 2017 haben 60,0 Prozent dieses Motiv genannt. Damit liegt es deutlich vor dem ‚Geldgewinn' (38,6 Prozent) und der ‚Geselligkeit' (34,8 Prozent). An vierter Stelle der Nennungshäufigkeiten liegt im Jahr 2017 auch bei den Jugendlichen das Motiv ‚sich auskennen' (17,3 Prozent) und an letzter Stelle erneut das Motiv ‚ungestört sein' (3,1 Prozent). All diese Motive sind bei den Jungen stärker ausgeprägt als bei den Mädchen. Im Vergleich der sechs Erhebungszeitpunkte schwanken die Nennungsanteile der Glücksspielmotive bei den Jugendlichen deutlich stärker als bei der Gesamtbefragungsgruppe. Auch die Reihenfolge der Nennungen ist nicht konstant. Dies könnte an der im Verhältnis deutlich kleineren Fallzahl der Jugendlichen liegen. Gegenüber der Ausgangsmessung im Jahr 2007 werden in der Gesamtbetrachtung 2017 alle Glücksspielmotive seltener angegeben. Am stärksten trifft diese Entwicklung für ‚Geldgewinn' zu (2007: 52,6 Prozent, 2017: 38,6 Prozent).

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

Im Jahr 2017 führte der Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V. erstmalig eine Feldstudie durch, in deren Rahmen der Jugend- und Spielerschutz an Geldspielgeräten in 604 gastronomischen Betrieben von 330 Raststätten und 170 Autohöfen in Deutschland dokumentiert wurden. Die aus Sicht des Jugend- und Spielerschutzes problematischen Ergebnisse wurden gemeinsam mit der damaligen Drogenbeauftragen der Bundesregierung, Marlene Mortler, am 30.03.2017 vorgestellt (zu den einzelnen festgestellten Mängeln s. Drogen- und Suchtbericht 2018).

Auf die festgestellten Mängel hin lud der Dachverband „Die Deutsche Automatenwirtschaft e.V." im Mai 2017 zu einem Runden Tisch ein, an dem die im Dachverband organisierten Verbände der Automatenindustrie und der Automatenunternehmer, die Tank und Rast Gruppe GmbH & Co. KG, die Vereinigung Deutscher Autohöfe e.V. (VEDA) sowie Suchthilfeexperten vertreten waren. Begleitet wurde der Runde Tisch durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur sowie die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Die teilnehmenden Unternehmen verpflichteten sich in einem „Gemeinsamen Papier", den gesetzlich vorgeschriebenen Jugend- und Spielerschutz herzustellen und diesen im Rahmen einer unabhängigen Prüfung kontrollieren zu lassen.

Anfang des Jahres 2019 erfolgte diese Überprüfung in den bereits im Jahr 2017 besuchten gastronomischen Betrieben, die zu folgenden Ergebnissen führte:

TABELLE 15

Feststellungen	2017	2019
Informationsmaterial zum problematischen Spielverhalten vorhanden	72,2 %	91,1 %
Informationsmaterial zur Mitnahme durch Spielende	49,8 %	88,9 %
Aufstellung der Geldspielgeräte nahe EC-Cash Terminals	67,4 %	2,7 %
Aufstellung der Geldspielgeräte nahe Warenspielgeräten	37,6 %	0,8 %
Zusätzliche technische Sicherung der Geldspielgeräte aktiv	8,2 %	90,2 %

Anmerkung: Die Ergebnisse für die gastronomischen Betriebe an Raststätten und Autohöfen sind nicht repräsentativ für die Aufstellung von Geldspielgeräten in anderen Gastronomieformaten.

Quelle: „Umsetzung des Spieler- und Jugendschutzes in gastronomischen Betrieben von Raststätten und Autobahnen" Jürgen Trümper, 2017 und 2019

Die Überprüfung zeigt deutliche Verbesserungen im Jugend- und Spielerschutz. Dies gilt insbesondere für die gesetzlich vorgeschriebene „technische Sicherung der Spielgeräte", die das unkontrollierte Spielen, z. B. durch Minderjährige, verhindern soll.

Ebenso wichtig für den Jugend- und Spielerschutz sind die von der SpielVO vorgeschriebenen Sozialkonzepte und die Schulungszertifikate der Servicekräfte gemäß dem Glücksspielstaatsvertrag. Dies wurde im Rahmen der Überprüfung erstmalig untersucht:

TABELLE 16

Feststellungen	Raststätten	Autohöfe	Gesamt
Sozialkonzept vorhanden und überprüfbar	82,8 %	53,4 %	75,5 %
Sozialkonzept nicht vorhanden	4,3 %	16,5 %	5,5 %
Sozialkonzept nicht überprüfbar	12,9 %	30,1 %	19,0 %
Schulungszertifikate vorhanden und überprüfbar	66,7 %	43,2 %	58,9 %
Schulungszertifikate nicht vorhanden	9,1 %	23,0 %	13,7 %
Schulungszertifikate nicht überprüfbar	24,2 %	33,8 %	27,4 %

Anmerkung: Die Ergebnisse für die gastronomischen Betriebe an Raststätten und Autohöfen sind nicht repräsentativ für die Aufstellung von Geldspielgeräten in anderen Gastronomieformaten.

Quelle: „Umsetzung des Spieler- und Jugendschutzes in gastronomischen Betrieben von Raststätten und Autobahnen" Jürgen Trümper, 2017 und 2019

Fazit:

Der Grad der Umsetzung des Jugend- und Spielerschutzes hängt stark von der betrieblichen Organisation ab. Zentral betriebenen Raststätten gelang es schneller, Fortschritte beim Jugend- und Spielerschutz zu erreichen, während dies bei den Autohöfen sehr vom Engagement und dem Bewusstsein des einzelnen Betreibers abhängig war.

Die positive Entwicklung der Umsetzung des Jugend- und Spielerschutzes bei der Aufstellung von Spielgeräten in gastronomischen Betrieben in Raststätten und Autohöfen kann nicht auf die Gesamtheit der gastronomischen Betriebe übertragen werden. Die besuchten Betriebe stellen nur ein spezielles Segment aus der breiten Palette von Gastronomieformaten dar, die von der ordentlich geführten klassischen Schankwirtschaft bis hin zur „glücksspieldominierten Scheinspielhalle“ reicht.

Daraus folgt, dass der Grad der Umsetzung des Jugend- und Spielerschutzes in den unterschiedlichen Gastronomieformaten zu ermitteln ist, dessen Ergebnisse die Grundlage für geeignete Maßnahmen bilden, um in allen Gastronomiebetrieben den Jugend- und Spielerschutz zu verbessern. Das Modell „Runder Tisch Autobahn-Gastronomie“ könnte hierbei als Vorlage dienen.

Dass bei vielen Gastronomiebetrieben ein großer Nachholbedarf beim Jugend- und Spielerschutz besteht, zeigt die folgende Übersicht (Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz, ADD, 2019):

TABELLE 17

Jahr	Anzahl Kontrollen				Anzahl Testkäufe			
	gesamt	bestanden	durchgeführt	offen	gesamt	bestanden	durchgeführt	offen
2018	323	177	146	0	289	210	79	0
2019 (bis Juni)	172	93	76	3	187	127	60	0

Quelle: Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz, ADD, 2019

Neue Entwicklungen

Glücksspielregulierung der Länder

Die Zuständigkeit für die Glücksspielregulierung liegt 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. Gegenwärtig wird über Änderungen des Glücksspielstaatsvertrages verhandelt.

Kern der seit mehreren Jahren geführten Diskussion ist der Umgang mit dem Online-Spiel. Dieses weist ein um das neunfache erhöhte Risiko auf, problematisch zu spielen. Gründe dafür sind die Möglichkeit, rund um die Uhr zu spielen, die schnelle Taktung, die hohe Ereignisfrequenz, die fehlende Sozialkontrolle, die Anonymität und das bargeldlose Bezahlen (BZgA-Studie 2018, S. 206).

Nach der bisherigen Regelung ist Online-Glücksspiel grundsätzlich unzulässig. Allerdings sollten mit dem 2. Änderungsstaatsvertrag von 2012 im Rahmen einer Experimentierklausel sehr behutsam

einzelne Sportwettenangebote zugelassen werden. Diese begrenzte Zulassung sollte dazu führen, dass zumindest bei den zugelassenen Anbietern auch in der digitalen Welt Standards des Jugend- und Spielerschutzes gewährleistet sind. Allerdings wurde das Konzessionsverfahren wegen Mängeln im Auswahlverfahren gerichtlich gestoppt. Daher beabsichtigen die Bundesländer nunmehr, die bisherige zahlenmäßige Begrenzung der Wettveranstalter aufzuheben und für einen begrenzten Zeitraum Sportwettenangebote zuzulassen. Hierzu soll ein Änderungsstaatsvertrag zum Glücksspielstaatsvertrag nach der Ratifizierung durch die Länderparlamente am 1. Januar 2020 in Kraft treten. Im Anschluss soll das Land Hessen im ländereinheitlichen Verfahren die Sportwettenkonzessionen erteilen.

Darüber hinaus einigten sich die Ministerpräsidenten im März 2019 darauf, einen neuen Glücksspielstaatssvertrag zu schaffen, der die bestehende Regelung zum 1. Juli 2021 ablösen soll. Erste Entwürfe sollten, so die Vereinbarung, bis Herbst 2020 erarbeitet werden. Die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat sich im Frühjahr 2019 mit der Bitte an die Länder gewandt, in diesem Zusammenhang ein hohes Niveau des Spieler- und Jugendschutzes (u. a. mit Verbot von Livewetten und spielartübergreifendem System der Selbst- und Fremdsperre), aber auch eine wirkungsvolle und zentrale Aufsicht zu realisieren.

Der Glücksspielstaatsvertrag wird durch die jeweiligen Spielhallengesetze der Länder ergänzt, die insbesondere die Zulassung von Spielhallen regeln. Seit dem 1. Juli 2017 brauchen Betreiber von Spielhallen nicht nur eine gewerberechtliche Erlaubnis, sondern auch eine Erlaubnis nach § 24 GlüStV. Seit diesem Zeitpunkt müssen die Spielhallen zusätzlich in einigen Ländern Mindestabstände untereinander und zu Schulen einhalten. In einigen Bundesländern gilt die Mindestabstandsregelung inzwischen auch für Sportwettbüros.

Spielverordnung des Bundes

Für die Geldspielautomaten selbst gilt die sogenannte Spielverordnung (SpielVO) – der einzige Bereich neben den Pferdewetten, für den der Bund eine Zuständigkeit ausübt. Die Spielverordnung regelt die Anforderungen an Geldspielgeräte, die diese bei der Bauartzulassung und der Aufstellung erfüllen müssen.

Unter anderem soll, so der Sinn und Zweck der Regelung, gewährleistet werden, dass diese Geräte nur an Orten aufgestellt werden, an denen eine Einhaltung des Jugend- und Spielerschutzes möglich erscheint (Spielhallen und Gaststätten). Unzulässig ist es zum Beispiel nach § 1 SpielVO, Automaten in „Trinkhallen, Speiseeiswirtschaften, Milchstuben, Betrieben, in denen die Verabreichung von Speisen oder Getränken nur eine untergeordnete Rolle spielt“, aufzustellen. Durch diese Bestimmung sollen auch als Cafés getarnte Casinos ausgeschlossen werden.

Mit der Novellierung der Spielverordnung im Jahr 2014 wurden die Anforderungen an Geldspielgeräte verschärft, um den Spieler- und Jugendschutz weiter zu stärken: Seit dem 10. November 2018 dürfen Geldspielgeräte mit einer Bauartzulassung, die vor dem 10. November 2014 erteilt wurde, nicht mehr betrieben werden. Ab dem 10. November 2019 tritt eine weitere Verschärfung in Kraft: Von diesem Zeitpunkt an dürfen in Gaststätten nur noch höchstens zwei (statt bisher drei) Geldspielgeräte aufgestellt werden.

GASTBEITRAG

Lootboxen – ein Glücksspiel?

von Prof. Dr. iur. Stefan Korte, Dipl.-Kfm.
Der Verfasser ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der TU Chemnitz. **Er dankt seinem ehemaligen Doktoranden Herrn Dr. Lars Klenk für wertvolle Anregungen. Der Beitrag gibt allein die wissenschaftliche Meinung des Verfassers wieder.**

Sogenannte Lootboxen sind Schatz- bzw. Beutekisten und mittlerweile ein fester Bestandteil online-basierter Spiele. Sie liefern dem User Ausrüstung oder Fertigkeiten, damit seine Spielfigur (Avatar) leistungsfähiger wird, und funktionieren in den rechtlich virulenten Fällen wie folgt: Stößt der Spieler auf eine der vielen virtuellen Lootboxen im Spiel, lassen sie sich durch ein paar einfache Klicks effektvoll, beispielsweise mit Lichtblitzen, für etwa zwei Euro pro Stück öffnen. Was der Spieler genau erlangt, hängt von seinem Glück ab, wobei die interessanteren Gegenstände mithilfe eines Zufallsalgorithmus künstlich verknappt werden und damit seltener aus der Kiste fliegen. Es verwundert daher nicht, dass sich Lootboxen zu wahren Schatzkisten der Spielanbieter entwickelt haben, führt Verknappung doch zu Nachfragesteigerungen. Hinzu kommen Sekundärmärkte in Form von Online-Plattformen, auf denen die echten Hingucker etwa ein neuer Tarnanzug oder ein wirkungsvolles Lichtschwert gehandelt werden, je nach „tool“ ggf. für mehrere Hundert Euro. Oftmals ist der Verkauf des Inhalts von Lootboxen zwar vom Spielanbieter untersagt, nicht aber dessen Weitergabe von Avatar zu Avatar innerhalb des Spiels, sodass der Kaufpreis außerhalb der Spielplattform auf den Websites der Sekundärmärkte entrichtet werden kann.

Wo Zufall, Zahlungspflichten und Gewinnmöglichkeiten im Spiel sind, denkt der Jurist unweigerlich an verbotenes Glücksspiel. Trotzdem stehen Lootboxen bisher kaum auf der ordnungsrechtlichen Agenda. Damit ist die Frage aufgeworfen, ob sie tatsächlich als Glücksspiel zu klassifizieren sind, ob also Zufall, Einsatz und Gewinnmöglichkeit

spielprägend sind. Wegen des für den Inhalt der Lootbox maßgeblichen Zufallsalgorithmus steht im Falle eines funktionierenden Handels mit den wertvolleren Ausrüstungsgegenständen über Sekundärmärkte vor allem das Merkmal „Einsatz“ infrage. Dessen Erheblichkeit folgt aus der Höhe des Entgelts sowie aus der künstlichen Verknappung wertvoller Funde, weil sie zum Mehrfachspiel anreizt, bis etwas Brauchbares gefunden wurde. Da Lootboxen deshalb zwar nicht ohne Inhalt sind, dieser aber überwiegend weniger wertvoll ist als der entrichtete Einsatz, fehlt es zudem an einer Gegenleistung, die ein Glücksspiel ausschließen könnte. Gerade darin liegt der Unterschied zu Sammelbildpackungen oder Überraschungseiern, in denen sich zwar auch mehr oder weniger interessante Gegenstände verbergen können, die aber in ihrem Wert in etwa den Kaufpreis zuzüglich eines Unternehmergewinns spiegeln. Daran ändert sich auch nichts für den Fall, dass sich Verkaufsforen bilden, auf denen die Figur im „siebten Ei“ plötzlich unter Sammlern zu Höchstpreisen gehandelt wird. Zumal solche Foren nicht für das Fortkommen in konkreten Spielen relevant und daher nicht ansatzweise so dynamisch sind wie die „Lootbox-Sekundärmärkte“.

Hält man Lootbox-Angebote demnach für Glücksspiele, ergeben sich daraus straf- (§ 284 StGB) und zivilrechtliche (§ 763 BGB) Folgen, da sie nicht genehmigungsfähig sind. Denn § 4 Abs. 4 GlüStV richtet ein Glücksspielverbot im Internet auf, von dem nur § 4 Abs. 5 GlüStV unter sehr strengen Voraussetzungen Ausnahmen macht, die Lootboxen derzeit soweit ersichtlich nicht erfüllen. Diese Einschätzung entspricht den Zielen des Glücksspielrechts: Denn aufgrund der effektvollen Animation beim Öffnen der Schatzkiste wird der Spieler zur Wiederholung angestachelt. Dieser Anreiz zu neuem Spiel potenziert sich noch dadurch, dass das Computerspiel in sozialer Isolation am heimischen PC schon als solches ein erhebliches Suchtpotenzial aufweist. Die Glücksspielaufsicht ist folglich zum Handeln aufgerufen. Ob sie dafür über geeignetes Rüstzeug verfügt, steht indes auf einem anderen Blatt, weil absolute Verbote erfahrungsgemäß Schwarzmärkte fördern. Einsatzgrenzen, Pausenzeiten, Spielwiederholungsverbote und Spielersperren könnten ggf. ein probateres Mittel sein, damit Lootboxen für alle Seiten Schatzkisten sind und der User nicht zur leichten Beute des Anbieters wird.

2.3 Im Fokus

2.3.1 Drogen und Sucht in Haft

Experteneinschätzungen und Einzelerhebungen legten bisher nahe, dass Substanzkonsum und Abhängigkeit im Justizvollzug deutlich häufiger vorkommen als in der Allgemeinbevölkerung. Hieraus ergeben sich für die deutschen Justizvollzugsanstalten große Herausforderungen bezüglich einer angemessenen medizinischen Behandlung der Gefangenen, einer umfangreichen Beratung und Betreuung sowie einer notwendigen Überleitung in das Hilfesystem nach Haftentlassung. Den erhöhten gesundheitlichen Risiken, beispielsweise Hepatitis- und HIV-Infektionen, ist durch den bedarfsgerechten Ausbau der Substitutionsbehandlungen in Haft und der Aufklärung der Gefangenen in Bezug auf riskante Konsummuster zu begegnen. Eine aussichtsreiche Resozialisierung gelingt eher, wenn Inhaftierten eine adäquate suchtmedizinische Behandlung während der Haft sowie eine auf die Problemlagen der Gefangenen ausgerichtete Entlassungsvorbereitung ermöglicht werden.

Die Drogenbeauftragten der letzten beiden Legislaturperioden haben sich verschiedentlich mit relevanten Akteuren der Länder getroffen, um diesem wichtigen Thema mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen. Ein Resultat dessen war das gemeinsame Verständnis, dass eine bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug notwendig ist, um den Anteil der Gefangenen und Verwahrten mit einer stoffgebundenen Suchtproblematik zu beziffern und hieraus eventuell notwendige Maßnahmen ableiten zu können. Diese Ergebnisse liegen nun erstmalig vor.

Auf Einladung der damaligen Drogenbeauftragten, Marlene Mortler, und der Justizministerin des Landes Schleswig-Holstein, Sabine Sütterlin-Waack, trafen sich im Mai 2019 Vertreter der Justizministerien der Länder und Experten aus Medizin und Wissenschaft. Ziel war es, eine gemeinsame Sicht auf die Drogenproblematik in Haft und Wege zur Stärkung der Substitutionsversorgung, der Behandlung von Infektionskrankheiten sowie der Optimierung des Übergangsmanagements zu entwickeln. Einer der Mitwirkenden war Prof. Dr. Norbert Scherbaum, Ärztlicher Direktor der LVR Klinik in Essen, der seine Position zur Substitutionsbehandlung in Haftanstalten für den diesjährigen Drogen- und Suchtbericht zusammengefasst hat.

2.3.1.1 Erste bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug[1,2]

Zusammenfassung

Insgesamt ist bei 44 Prozent der 41.896 erfassten Inhaftierten für den Stichtag 31.03.2018 eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit und Missbrauch nach den Kriterien der WHO ICD-10) zum Zeitpunkt des Haftantritts festzustellen. Bei 27 Prozent der Inhaftierten ist von einer Abhängigkeit und bei 17 Prozent von einem schädlichen Gebrauch (Missbrauch) von psychotropen Substanzen (einschließlich Alkohol) auszugehen.

Im Rahmen der Untersuchung konnten Unterschiede im Ausmaß der Suchtproblematik sowie im Gebrauch der verschiedenen Substanzklassen zwischen Männern und Frauen und zwischen jüngeren sowie erwachsenen Inhaftierten festgestellt werden: Weibliche Gefangene weisen demnach seltener ein Suchtproblem auf als männliche Gefangene, konsumieren dabei jedoch häufiger als Männer Substanzen aus der Klasse der Opioide

[1] Beitrag von Kai Abraham et al. im Auftrag der Länderübergreifenden Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“ (2019).

[2] Dieser Bericht wurde im Auftrag der länderübergreifenden Arbeitsgruppe verfasst von: Katharina Stoll (Kriminologischer Dienst Berlin), Michael Bayer (Kriminologischer Dienst Sachsen-Anhalt), Ulrike Häßler (Kriminologischer Dienst Niedersachsen) & Kai Abraham (Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Berlin).

bzw. weisen häufiger einen multiplen Substanzgebrauch auf.

Zudem lassen sich Unterschiede zwischen den Haftarten aufzeigen: Im Bereich der Jugendstrafe finden sich die meisten Gefangenen mit einem Suchtproblem. Der geringste Anteil an Gefangenen mit einer Suchtproblematik ist im Bereich der Untersuchungshaft festzustellen.

Insgesamt zeigt sich bei inhaftierten Personen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höhere Belastung durch psychotrope Substanzen. Dieser Befund ist über die Geschlechter und unterschiedlichen Altersgruppen hinweg stabil.

Die Ergebnisse lassen einen unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsbedarf erkennen. Nicht nur das Ausmaß, sondern insbesondere die konsumierten Substanzen erfordern eine Gesundheitsversorgung, die sich auf die Stabilisierung des Gesundheitszustandes sowie auf die Vermittlung von Kompetenzen und Strategien konzentriert. Diese sollte es dem Gefangenen ermöglichen, ein Leben ohne Straftaten zu führen, insbesondere wenn die Suchtproblematik die Straffälligkeit mitbegründet.

Methodik

Die bundeseinheitliche Erhebung konnte zum 01.01.2016 in allen deutschen Justizvollzugsanstalten gestartet werden. In die hier vorgestellten Auswertungen wurden Daten aus zwölf von 16 Bundesländern für den Stichtag 31.03.2018 einbezogen. Auch wenn mit dem vorliegenden Datensatz noch nicht die gesamte bundesdeutsche Situation im Justizvollzug abgebildet werden kann, lassen sich aus den Ergebnissen dennoch Tendenzen ablesen, die für Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung im (Straf-)Vollzug von hoher Relevanz sind. Die Erhebungen sollen in Zukunft in allen 16 Bundesländern fortlaufend wiederholt werden.

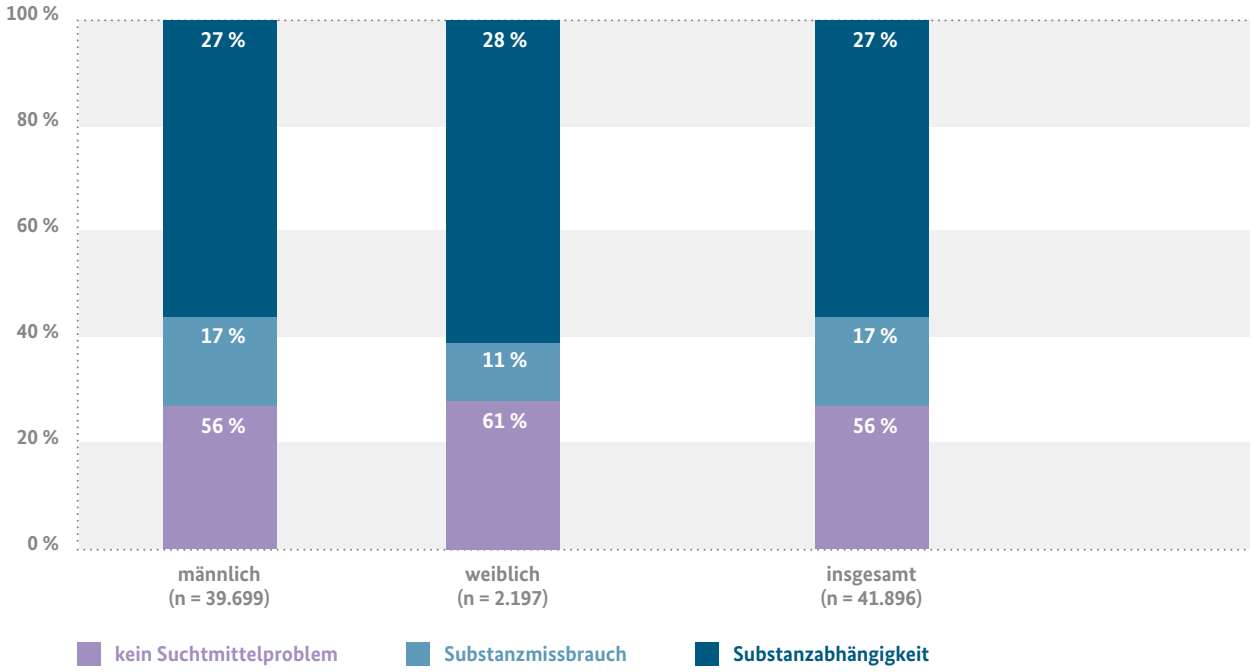
TABELLE 18

Datengrundlage der bundeseinheitlichen Erhebung und Anteil an allen Gefangenen am Stichtag in Deutschland

Art der Freiheitsentziehung	männliche Gefangene/Verwahrte			weibliche Gefangene/Verwahrte		
	Bestand am Stichtag 31.03.2018		Anteil %	Bestand am Stichtag 31.03.2018		Anteil %
	berücksichtigte zwölf Länder	Deutschland insgesamt		*berücksichtigte zwölf Länder*	Deutschland insgesamt	
Untersuchungshaft	*8.823*	13.508	65,3	*448*	776	57,7
Strafhaft (FS + JS)	*30.524*	47.154	64,7	*1.747*	2.934	59,5
davon geschlossener Vollzug	*27.481*	39.945	68,8	*1.544*	2.411	64,0
darunter Ersatzfreiheitsstrafe	*2.445*	3.621	67,5	*225*	340	66,2
davon offener Vollzug	*3.043*	7.209	42,2	*203*	523	38,8
darunter Ersatzfreiheitsstrafe	*314*	748	42,0	*10*	44	22,7
Sicherungsverwahrung	*352*	551	63,9	*2*	2	100,0
GESAMT	***39.699***	**61.213**	**64,9**	***2.197***	**3.712**	**59,2**

Quelle zum Bestand am Stichtag in Deutschland: Statistisches Bundesamt (2018)

ABBILDUNG 66
Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Im vorliegenden Bericht werden ausschließlich Ergebnisse der Stichtagserhebung zur Einschätzung der Suchtproblematik für den Stichtag 31.03.2018 präsentiert. Insgesamt muss auf die allgemeinen Einschränkungen, die mit einer Stichtagserhebung einhergehen, hingewiesen werden. In einer derartigen, einmal jährlich stattfindenden Erhebung sind kurzstrafige Gefangene regelmäßig unterrepräsentiert. Nicht auszuschließen ist dadurch, dass es sich bei dieser Klientel um eine mehr oder weniger stark belastete Gruppe handelt, sodass der Anteil von Gefangenen mit einer Suchtproblematik entsprechend höher oder niedriger ausfallen würde. Zudem handelt es sich um aggregierte Daten und nicht um eine personenbezogene Verlaufserhebung. Erfasst wird das Ausmaß der Problematik zum Zeitpunkt des Haftbeginns. Veränderungen und Entwicklungen während des Vollzuges können mit diesen Daten nicht dargestellt werden.

Stoffgebundene Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht

Insgesamt lagen Konsumeinschätzungen für 41.896 Gefangene vor. Wie Abbildung 66 zu entnehmen ist, weisen 56 Prozent der männlichen Gefangenen und 61 Prozent der weiblichen Gefangenen keine Suchtproblematik auf. Für 27 Prozent der männlichen und 28 Prozent der weiblichen Gefangenen ist eine Abhängigkeit im Sinne des ICD-10 zu konstatieren. Bei weiteren 17 Prozent der männlichen und elf Prozent der weiblichen Gefangenen ist ein Substanzmissbrauch festzustellen. Insgesamt zeigt sich also bei 44 Prozent der 41.896 Gefangenen eine Suchtproblematik (Abhängigkeit oder Missbrauch).

Die Betrachtung der Minimum- und Maximum-Werte zeigt, dass der Anteil Gefangener mit einer Suchtproblematik (Gesamtbelastung) in den

Ländern sehr heterogen ausfällt. Während es Länder gibt, in denen insgesamt ein Viertel der männlichen Gefangenen eine Suchtproblematik aufweist, finden sich andererseits Länder, in denen dies auf knapp zwei Drittel der männlichen Gefangenen zutrifft. Bei den weiblichen Gefangenen variieren die Minimum- und die Maximum-Werte der Länder zwischen elf Prozent und 57 Prozent, das heißt, es gibt Länder, in denen jede zehnte inhaftierte Frau ein Suchtmittelproblem aufweist, sowie Länder, in denen dies bei jeder zweiten inhaftierten Frau festzustellen ist.

Stoffgebundene Suchtproblematik differenziert nach Haftarten

In der Erhebung wird außerdem eine Differenzierung nach Haftarten vorgenommen. Berücksichtigt wird hierbei die Haftart, welche die inhaftierte Person am jeweiligen Stichtag verbüßt. Unterschieden wird zwischen Untersuchungshaft, Freiheitsstrafe (einschließlich § 89b JGG), Ersatzfreiheitsstrafe, Jugendstrafe (einschließlich § 114 JGG) und Sicherungsverwahrung. Abbildung 67 kann die Suchtmittelbelastung in den einzelnen Haftarten entnommen werden.

Im Vergleich mit den übrigen Haftarten ist in der **Untersuchungshaft** der geringste Anteil an Gefangenen mit einer Suchtproblematik zu verzeichnen. Insgesamt 62 Prozent der Untersuchungsgefangenen weisen weder eine Substanzabhängigkeit noch einen missbräuchlichen Substanzkonsum auf. Eine Abhängigkeit von mindestens einer Substanz wurde bei 21 Prozent, ein Substanzmissbrauch bei 17 Prozent der Gefangenen aus der U-Haft festgestellt.

Für die Haftarten **Ersatzfreiheitsstrafe, Freiheitsstrafe** und **Sicherungsverwahrung** zeigt sich eine recht ähnliche Verteilung. Von den Personen, die am Stichtag 31.03.2018 eine Ersatzfreiheitstrafe oder eine Freiheitsstrafe verbüßten bzw. sich in Sicherungsverwahrung befanden, weist jeweils knapp die Hälfte kein Suchtmittelproblem auf (55 Prozent bzw. 51 Prozent). Bei jeweils einem Drittel der in der jeweiligen Haftart befindlichen Personen wurde eine Substanzabhängigkeit, bei weiteren 16 Prozent bzw. 18 Prozent ein missbräuchlicher Konsum von Substanzen festgestellt.

Der höchste Anteil an Gefangenen mit einer Suchtproblematik findet sich in der Haftart **Jugendstrafe**. Hierbei weisen rund 56 Prozent der jugendlichen Gefangenen (inkl. Gefangene, die gemäß § 114 JGG ihre Freiheitsstrafe in einer Jugendstrafanstalt verbüßen) entweder eine Substanzabhängigkeit (27 Prozent) oder einen Substanzmissbrauch (29 Prozent) auf. Bei 44 Prozent der Jugendlichen ist *kein* Suchtproblem erkennbar.

Die Minimum-Maximum-Werte der Gesamtbelastung weisen jedoch auf deutliche Unterschiede zwischen den beteiligten Ländern hin. Mit Spannweiten von zwei Prozent bis 83 Prozent (Jugendstrafe) bzw. null Prozent bis 79 Prozent (Sicherungsverwahrung) sind hierbei deutliche Unterschiede zu verzeichnen, insbesondere bei Personen, die eine Jugendstrafe verbüßen, aber auch bei Personen, die sich in Sicherungsverwahrung befinden.

Stoffgebundene Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsformen

Neben der Betrachtung der Haftarten können die Daten auch hinsichtlich der Vollzugsformen (offen vs. geschlossener Vollzug) ausgewertet werden, wobei nochmals auf die deutliche Unterrepräsentanz von Personen hingewiesen werden muss, die am Stichtag im offenen Vollzug untergebracht waren. Betrachtet werden in nachstehender Abbildung 68 ausschließlich Gefangene, die am Stichtag eine Freiheits-, Jugend- oder eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßt haben.

Es wird deutlich, dass im offenen Vollzug am Stichtag wesentlich weniger Gefangene mit einer Suchtproblematik untergebracht waren als im geschlossenen Vollzug. Während im offenen Vollzug mehr als drei Viertel der Gefangenen keine Suchtproblematik aufzeigen, liegt der Anteil im

ABBILDUNG 67

Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Haftarten (Angaben in Prozent)

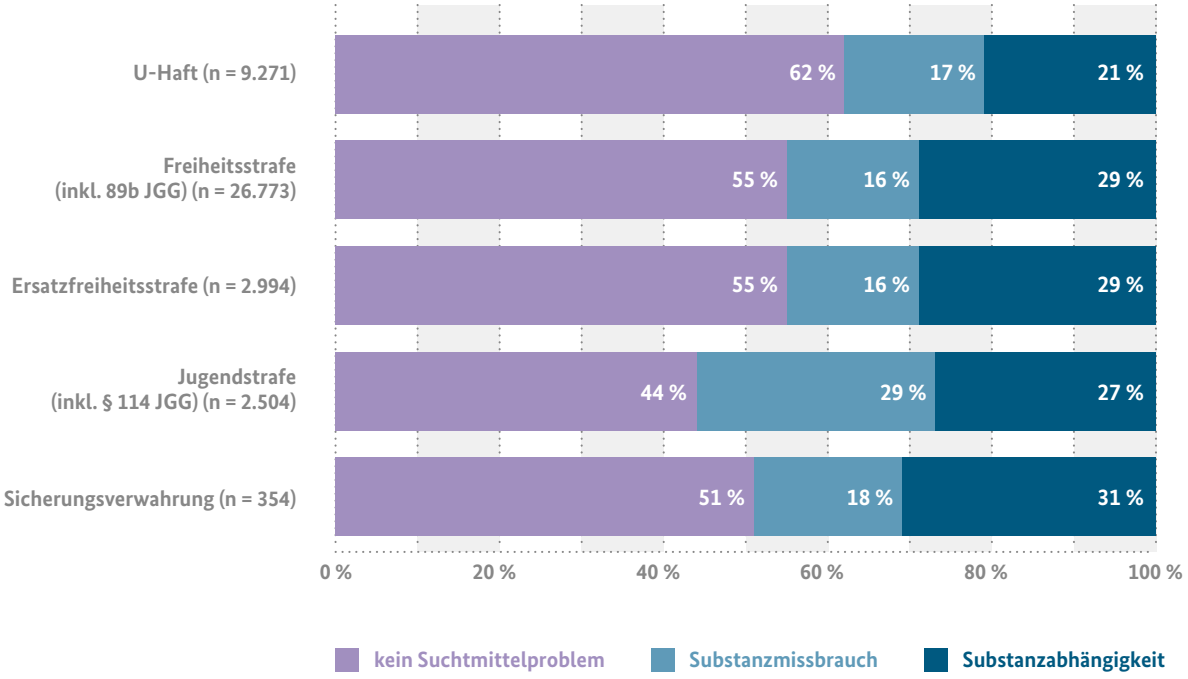
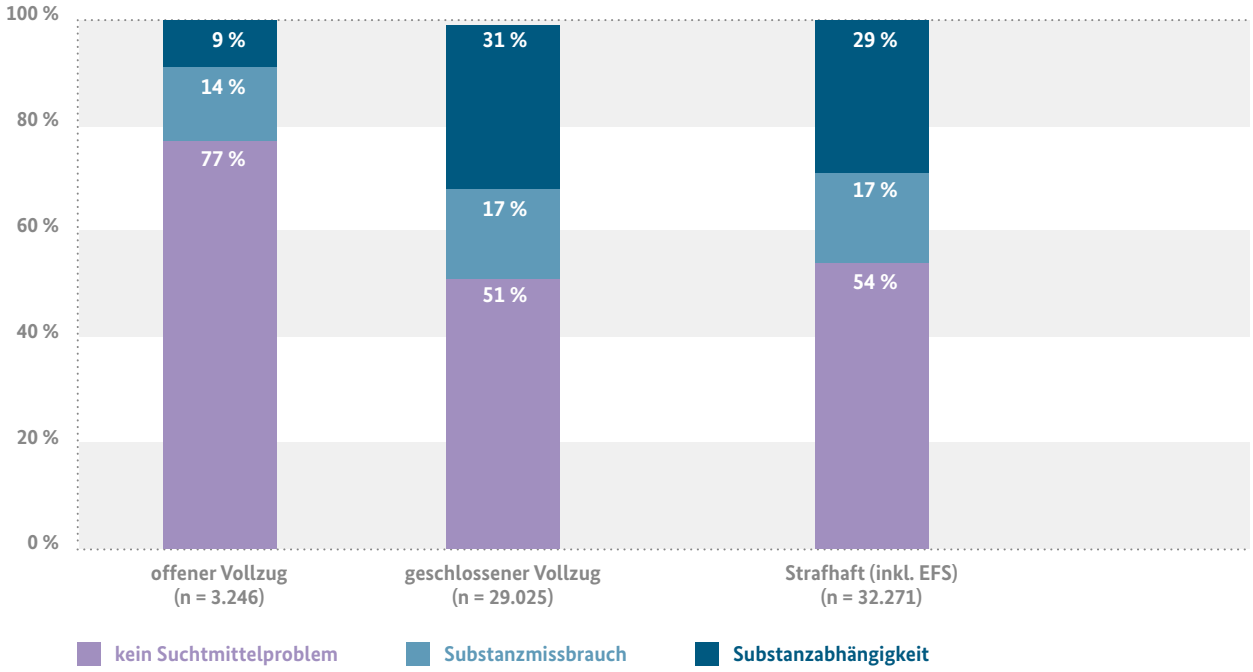


ABBILDUNG 68

Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsformen (Strafhaft inklusive Ersatzfreiheitsstrafe) (Angaben in Prozent)



geschlossenen Vollzug bei 51 Prozent. Damit weist rund jeder Zweite im geschlossenen Vollzug ein Suchtmittelproblem auf (siehe Abbildung 68).

Weiterhin wird festgestellt, dass im offenen Vollzug eher Gefangene untergebracht wurden, die maximal einen missbräuchlichen Konsum (im Vergleich zum abhängigen Konsum) aufweisen. Suchtmittelabhängige Gefangene nehmen hierbei lediglich einen Anteil von etwa neun Prozent ein. Im geschlossenen Vollzug beträgt der Anteil der suchtmittelabhängigen Gefangenen hingegen 31 Prozent. Damit beträgt der Anteil abhängiger Gefangener im offenen Vollzug lediglich ein Drittel von dem des geschlossenen Vollzuges.

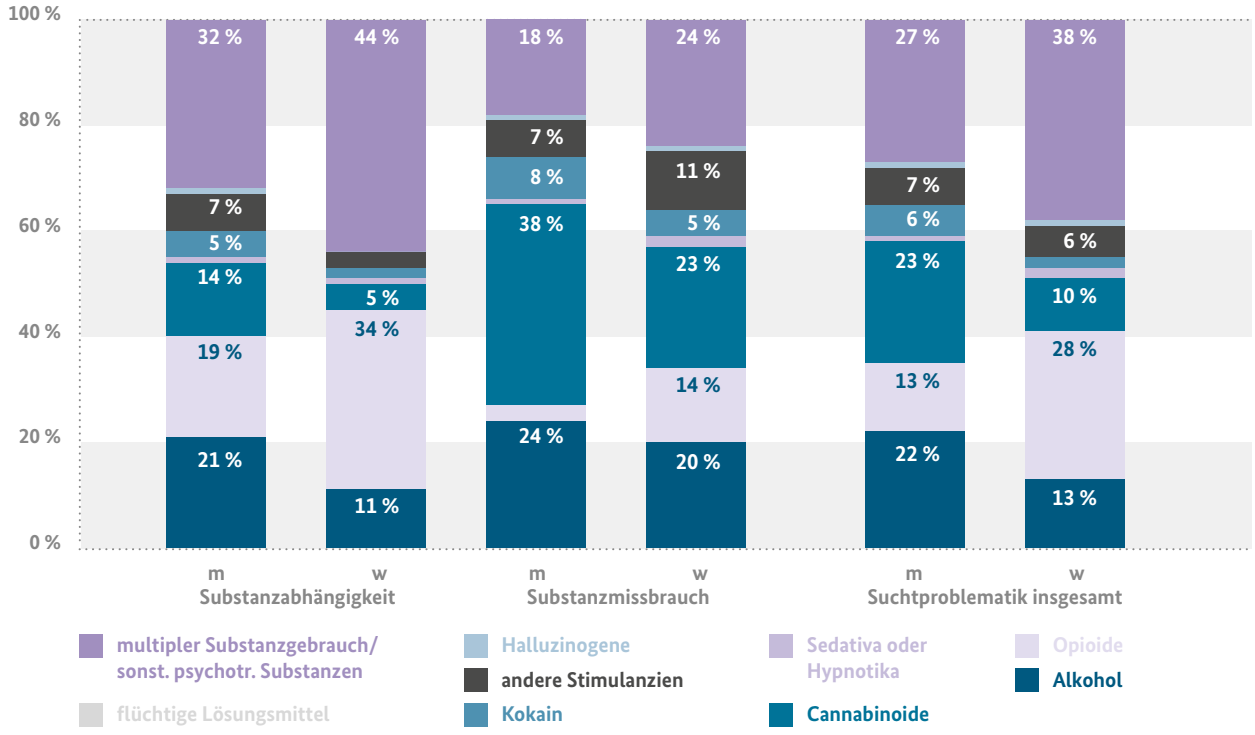
Auch in Bezug auf diese Differenzierung lässt sich eine unterschiedliche Verteilung in den berücksichtigten zwölf Bundesländern feststellen. Mit einer Spannweite von null bis 77 Prozent sind deutliche Unterschiede zwischen den Ländern zu verzeichnen, hier insbesondere für den offenen Vollzug. Während es Länder gibt, in denen kein Gefangener im offenen Vollzug ein Suchtmittelproblem aufweist, gibt es auf der anderen Seite Länder, in denen bei mehr als drei Viertel der Gefangenen ein Suchtmittelproblem (Substanzabhängigkeit oder Substanzmissbrauch) zu beobachten ist. Für den geschlossenen Vollzug bewegt sich der Anteil von Gefangenen mit einem Suchtmittelproblem zwischen 20 und 64 Prozent.

Hauptsubstanz differenziert nach Haftarten und Geschlecht

Sowohl bei den substanzabhängigen männlichen als auch bei den substanzabhängigen weiblichen Gefangenen überwiegt mit 32 bzw. 44 Prozent der *multiple Substanzgebrauch* (siehe Abbildung 69). Im Folgenden dominieren sowohl bei den Männern als

ABBILDUNG 69

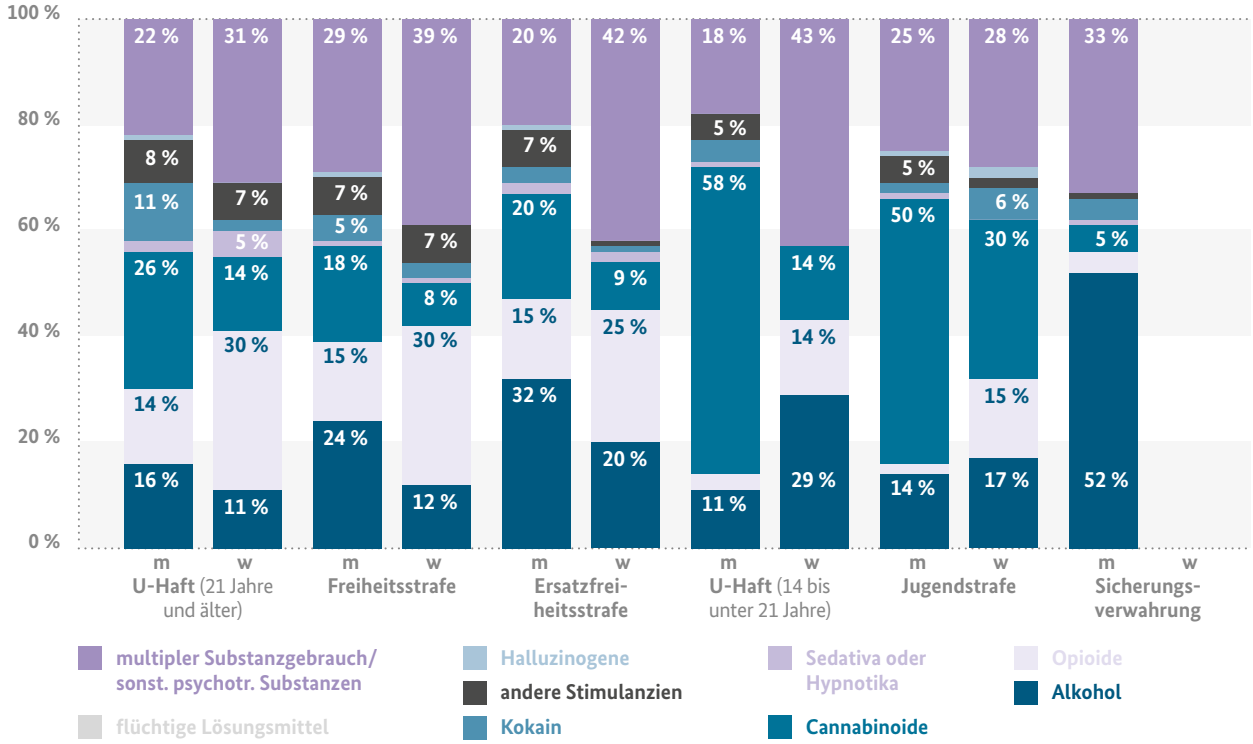
Gesamtüberblick zur Hauptsubstanz differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Anmerkung: Werte unterhalb von 5 % werden zur besseren Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

ABBILDUNG 70

Gesamtüberblick zur Hauptsubstanz differenziert nach Haftarten und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Anmerkung: Werte unterhalb von 5 % werden zur besseren Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

auch bei den Frauen *Alkohol* und *Opioide* als Hauptsubstanz, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. 21 Prozent der substanzabhängigen Männer und elf Prozent der substanzabhängigen Frauen weisen eine *Alkoholabhängigkeit* auf. Für 34 Prozent der Frauen und 19 Prozent der Männer wurde eine Abhängigkeit von einer Substanz aus der Klasse der *Opioide* festgestellt.

Auch bei den als substanzmissbrauchend eingeschätzten Gefangenen zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gefangenen hinsichtlich der konsumierten Hauptsubstanz. Während 38 Prozent der männlichen Gefangenen *Cannabinoide* als Hauptsubstanz nutzten, liegt dieser Anteil bei den weiblichen Gefangenen bei etwa 23 Prozent. *Alkohol* ist für ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen Hauptsubstanz im Bereich des missbräuchlichen Konsums. Mit 24 Prozent zeigen etwas mehr Frauen als Männer (18 Prozent) einen missbräuchlichen *multiplen Substanzgebrauch*. Auch für den Substanzmissbrauch gilt, dass mit 14 Prozent mehr Frauen als Männer (4 Prozent) eine Substanz aus der Substanzklasse der *Opioide* als Hauptsubstanz nutzen. Mit elf Prozent nutzten Frauen ebenfalls häufiger *andere Stimulanzien* als die männlichen Gefangenen (7 Prozent).

Insgesamt zeigen sich bei den männlichen Gefangenen mit einer Suchtproblematik neben einem multiplen *Substanzgebrauch* (27 Prozent) bei jeweils knapp einem Fünftel die Substanzklassen *Cannabinoide* (23 Prozent) und *Alkohol* (22 Prozent) als relevant. Zwischen den beteiligten Ländern variieren diese Anteile bei den männlichen Gefangenen jedoch deutlich. So sind für den *multiplen Substanzgebrauch* Anteile zwischen null und 39 Prozent festzustellen. Bezüglich der Substanzklasse der *Cannabinoide* variieren die Werte zwischen 14 und 32 Prozent, bei *Alkohol* zwischen zwölf und 41 Prozent.

Bei den weiblichen Gefangenen mit einer Suchtproblematik dominieren insbesondere der *multiple Substanzgebrauch* (38 Prozent) sowie die *Opioide* (28 Prozent). Zwischen den Ländern sind hierbei ebenfalls unterschiedliche Anteile festzustellen. Im Bereich des *multiplen Substanzgebrauchs* ergeben sich Anteile zwischen null und 63 Prozent. Bezüglich der Hauptsubstanz *Opioide* variieren die Anteile in den Ländern zwischen null und 50 Prozent.

Die Substanzklassen *flüchtige Lösungsmittel* und *Halluzinogene* spielen als Hauptsubstanzen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen keine Rolle. Diesbezüglich gibt es auch keine Unterschiede zwischen den Ländern. Auch die Bedeutung der Substanzklasse der *Sedativa/Hypnotika* ist eher gering, wenngleich hierbei die Spannweite zwischen den Ländern bei den Frauen zwischen null und 18 Prozent variiert.

Betrachtet man die Hauptsubstanzen getrennt nach Haftarten und Geschlecht, stellt man fest, dass sich insbesondere bei den jungen Gefangenen ein deutlicher Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Gefangenen hinsichtlich der konsumierten Hauptsubstanz zeigt. Während sowohl bei den männlichen Untersuchungsgefangenen im Alter zwischen 14 und unter 21 Jahren, als auch bei den männlichen Jugendstrafgefangenen mit einem Suchtproblem jeder zweite *Cannabinoide* als Hauptsubstanz aufweist, fällt dieser Anteil bei den weiblichen Jugendstraf- bzw. U-Haft-Gefangenen mit 14 bzw. 30 Prozent deutlich geringer aus. Bei den weiblichen Untersuchungsgefangenen (n = 7) überwiegt mit 43 Prozent ein *multipler Substanzgebrauch*, gefolgt von einem Drittel mit der Hauptsubstanz *Alkohol*. Bei den weiblichen Jugendstrafgefangenen (n = 47) entfallen darüber hinaus 15 Prozent auf die Substanzklasse der *Opioide*, 17 Prozent auf *Alkohol* sowie weitere 28 Prozent auf einen *multiplen Substanzgebrauch*.

Es zeigt sich insgesamt, dass der Anteil der Gefangenen mit *multiplem Substanzgebrauch* bei weiblichen Gefangenen immer höher ausfällt als bei männlichen Gefangenen. Gleiches gilt für die Hauptsubstanz der *Opioide*, bei welcher der Anteil bei weiblichen Gefangenen ebenfalls stets höher ausfällt.

Erwachsene weibliche **U-Gefangene (21 Jahre und älter)** weisen häufiger einen *multiplen Substanzgebrauch* auf als erwachsene männliche U-Gefangene (31 Prozent der Frauen vs. 22 Prozent der Männer). Während 14 Prozent der männlichen U-Gefangenen Stoffe aus der Substanzklasse der *Opioide* als Hauptsubstanz konsumieren, fällt dieser Anteil mit 30 Prozent bei den weiblichen U-Gefangenen rund doppelt so hoch aus. Die Geschlechterunterschiede bei der Hauptsubstanz *Alkohol* sind hingegen vergleichsweise gering (11 Prozent der Frauen vs. 16 Prozent der Männer). Hinsichtlich der Substanzklasse der *Cannabinoide* zeigt sich hingegen ein deutlicher Unterschied: Während von 14 Prozent der weiblichen U-Gefangenen Stoffe aus der Substanzklasse der *Cannabinoide* konsumiert werden, beträgt der Anteil bei männlichen U-Gefangenen 26 Prozent (Abhängigkeit oder Missbrauch). *Kokain* spielt als Hauptsubstanz mit elf Prozent ebenfalls häufiger bei Männern als bei Frauen (2 Prozent) eine Rolle.

Die größte Varianz, unabhängig vom Geschlecht, ist in der **U-Haft (21 Jahre und älter)** in Bezug auf den *multiplen Substanzgebrauch* festzustellen, denn hierbei variieren die Anteile in den Ländern zwischen null und 52 Prozent. Ähnlich große Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung der Substanzklasse der *Opioide* mit Werten zwischen null und 45 Prozent. In allen zwölf Ländern finden sich Gefangene mit einem problematischen *Cannabinoidkonsum* (mindestens zwölf Prozent), problematischen *Alkoholkonsum* (mind. sieben Prozent) oder problematischen *Kokainkonsum* (mindestens zwei Prozent) im Justizvollzug.

Auch in der Haftart **Freiheitsstrafe** (ohne Ersatzfreiheitsstrafe) zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während bei 24 Prozent der Männer ein Suchtproblem (Abhängigkeit oder Missbrauch) in Bezug auf *Alkohol* festzustellen ist, fällt der Anteil bei den Frauen mit zwölf Prozent nur etwa halb so hoch aus. In Bezug auf den

problematischen Umgang mit *Opioiden* ist bei den Frauen ein doppelt so hoher Anteil als bei Männern zu erkennen (30 Prozent vs. 15 Prozent Anteil). Der Anteil von Gefangenen mit *Cannabinoiden* als Hauptsubstanz ist wiederum bei den Männern höher ausgeprägt als bei den Frauen (18 Prozent vs. acht Prozent). In der Kategorie des *multiplen Substanzgebrauchs* ist der Anteil im Frauenvollzug zehn Prozentpunkte höher als im Männervollzug (39 Prozent vs. 29 Prozent).

In der Freiheitsstrafe variieren die Anteile zwischen den Ländern – unabhängig vom Geschlecht – insbesondere bei den Substanzklassen *Alkohol* (Minimum = acht Prozent, Maximum = 41 Prozent), *Opioide* (Minimum = ein Prozent, Maximum = 47 Prozent) und *multipler Substanzgebrauch* (Minimum = null Prozent, Maximum = 39 Prozent).

In der Haftart **Ersatzfreiheitsstrafe** wird sowohl bei 24 Prozent der Männer als auch bei 20 Prozent der Frauen *Alkohol* als Hauptsubstanz dokumentiert. Bei der Substanzklasse *Opioide* ist ein umgekehrtes Verhältnis zu beobachten: Ein Viertel der Frauen in dieser Haftart weist *Opioide* als Hauptsubstanz auf, während dies auf 15 Prozent der Männer, die am Stichtag eine Ersatzfreiheitstrafe verbüßen, zutrifft. Die Substanzklasse der *Cannabinoide* wird für neun Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer als Hauptsubstanz benannt. Ein weiterer großer Unterschied zeigt sich in der Kategorie des *multiplen Substanzgebrauchs*: Dieser wird bei 42 Prozent der weiblichen Gefangenen und 29 Prozent der männlichen Gefangenen festgestellt. Männliche Personen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen, weisen insbesondere ein Suchtproblem in Bezug auf *Alkohol*, weibliche insbesondere in Bezug auf *Opioide* auf, wobei auch Unterschiede unabhängig vom Geschlecht in den Ländern konstatiert werden können, denn das Minimum bei der Hauptsubstanz *Alkohol* beträgt 13 Prozent und das Maximum 71 Prozent. Erneut zeigen sich große Unterschiede zwischen den Ländern bei *Opioiden* (Minimum = drei Prozent, Maximum = 45 Prozent) und *multiplem Substanzgebrauch* (Minimum = null Prozent, Maximum = 40 Prozent).

Für Jugendliche bzw. Heranwachsende (14 bis unter 21 Jahre), die sich am Stichtag in **Untersuchungshaft (14 bis unter 21 Jahre)** befanden, zeigt sich zwar ein großer Unterschied zwischen weiblichen und männlichen U-Gefangenen, jedoch ist dieses Ergebnis aufgrund der kleinen Fallzahl bei den weiblichen Gefangenen (n = 7) mit Vorsicht zu interpretieren.

Während sich für die Haftart **Jugendstrafe** nur geringe Geschlechtsunterschiede bezüglich des Konsums von *Alkohol* finden lassen, treten in Bezug auf den Gebrauch von *Opioiden* deutlichere Unterschiede hervor, die sich in analoger Form auch bei anderen Haftarten gezeigt haben. Weibliche Jugendstrafgefangene weisen demnach häufiger einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit in Bezug auf *Opioide* auf (15 Prozent der weiblichen Jugendstrafgefangenen vs. zwei Prozent der männlichen Jugendstrafgefangenen). Bei der Betrachtung der Hauptsubstanz *Cannabinoide* zeigt sich, dass diese häufiger bei männlichen Jugendstrafgefangenen als bei weiblichen dokumentiert ist (50 Prozent versus 30 Prozent). Deutliche Unterschiede – unabhängig vom Geschlecht – zeigen sich zwischen den Ländern, denn die Spannweite bei *multiplem Substanzgebrauch* liegt zwischen null und 100 Prozent. Große Unterschiede ergeben sich ebenfalls für die Gruppe der *Cannabinoide* (Minimum = null Prozent, Maximum = 66 Prozent).

Insgesamt weisen Frauen über fast alle Haftarten hinweg seltener ein Suchtproblem in Bezug auf *Alkohol* oder *Cannabinoide* auf. Dafür konsumieren sie häufiger *Opioide* als Hauptsubstanz (Abhängigkeit oder missbräuchlicher Konsum). Dies gilt auch für den *multiplen Substanzgebrauch*, der bei Frauen wesentlich häufiger auftritt, und zwar über alle Haftarten hinweg. Die Spannweiten innerhalb der Haftarten zwischen den Ländern sind insbesondere in diesen drei Substanzklassen sowie im Bereich des *multiplen Substanzkonsums* hoch.

Substitutionsbehandlung in Haft

Am Stichtag 31.03.2018 befanden sich in zwölf Bundesländern insgesamt 6.013 Gefangene (5.530 männliche und 483 weibliche) im Justizvollzug, die bei Haftantritt die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllten und als Hauptsubstanz entweder *Opioide* konsumierten oder einen *multiplen Substanzgebrauch* aufwiesen. Zu diesem Zeitpunkt wurden 1.440 Inhaftierte (1.181 männliche und 259 weibliche) substituiert. Dies entspricht einer Substitutionsquote von insgesamt 23,9 Prozent (vgl. Tabelle 19).

Von den männlichen Gefangenen, die aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung theoretisch für eine Substitutionsbehandlung infrage kommen könnten, wurden am Stichtag 31.08.2018 21,4 Prozent substituiert. Von den weiblichen Gefangenen, bei denen eine *Opioidabhängigkeit* oder eine Abhängigkeit mit *multiplem Substanzgebrauch* festgestellt wurde, wurden am Stichtag 53,6 Prozent substituiert.

Wie an den großen Spannweiten – sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Gefangenen – zu erkennen, zeigen sich hierbei Unterschiede zwischen den Ländern. Bezüglich der Minimum-Werte ist anzumerken, dass geringe Substitutionsquoten insbesondere im Jugendvollzug (Untersuchungs- und Strafhaft) zu verzeichnen sind. Wie bereits ausgeführt, ist gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer bei jungen Menschen besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung geboten (vgl. Bundesärztekammer, 2017:7), sodass sich die geringen Quoten auch durch diese Vorgabe erklären lassen. Des Weiteren sind extreme Maximum-Werte über 100 Prozent (wie bei den weiblichen Gefangenen) zu verzeichnen, die durch zum Teil sehr kleine Fallzahlen in der Bezugsgröße zu erklären sind. Frauen stellen insgesamt bereits eine kleine Vollzugsgruppe dar (ca. sechs Prozent aller Gefangenen in Deutschland, vgl. Statistisches Bundesamt, 2018, eigene Berechnungen) und zuletzt bewegten sich die absoluten Zahlen in den Ländern am Stichtag zwischen fünf und 758 inhaftierte Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2018: 12). Gerade bei dieser Vollzugsgruppe und durch weitere Untergruppenbetrachtungen (vor allem in bestimmten Ländern) ergeben sich sehr kleine Fallzahlen. So gab es Länder, in denen sich am Stichtag eine Frau im Vollzug befand, bei der eine Substanzabhängigkeit in Bezug auf *Opioide* oder *multiplen Substanzgebrauch* festgestellt wurde (Bezugsgröße für die Berechnung), jedoch für zwei Frauen dokumentiert war, dass sie sich am Stichtag in einer Substitutionsbehandlung befanden.

TABELLE 19
Substitutionsquote nach Geschlechtern

Substitutionsquote – Bezugsgröße: Abhängigkeit von Opioiden + multiple Substanzen						
	insgesamt	Hauptsubstanz		Substitution		
		Opioide	multipler Substanzgebrauch/ Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	Substituierte (Anzahl)	Substitutionsquote (Substituierte / insgesamt)	Substitutionsquote Min. – Max.
insgesamt	6.013	2.299	3.714	1.440	23,9 %	7 – 96 %
männlich	5.530	2.088	3.442	1.181	21,4 %	7 – 95 %
weiblich	483	211	272	259	53,6 %	0 – 200 %

2.3.1.2 Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Haft[1]

Opioidabhängige, insbesondere Heroinabhängige, geraten in mehrfacher Hinsicht mit dem Gesetz in Konflikt: Der Erwerb der Droge Heroin ist illegal. Da legale Geldmittel in aller Regel nicht verfügbar sind, um den abhängigen Drogenkonsum zu finanzieren, betreiben die Betroffenen vielfach sogenannte Beschaffungskriminalität. Schließlich findet die Entwicklung einer Heroinabhängigkeit sowie deren Aufrechterhaltung oft im Kontext eines devianten Lebensstils statt, sodass auch solche Delikte von Betroffenen begangen werden, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit Drogenerwerb bzw. Drogenkonsum stehen. Vor dem skizzierten Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass Drogenabhängige, insbesondere Opioidabhängige, unter den Insassen von Haftanstalten überrepräsentiert sind.

Die Substitutionsbehandlung ist die Standardtherapie der Opioidabhängigkeit. Das Therapieprinzip besteht darin, durch die ärztliche Gabe lang wirksamer Opioide Entzugssymptome und Heroin-Craving zu reduzieren. Aus dem pharmakologischen Wirkprinzip lässt sich die klinische Hauptwirkung einer Substitutionsbehandlung ableiten, nämlich die Reduktion der Heroineinnahme. Diese Wirkung ist wissenschaftlich gut belegt. Mit der Reduktion des Heroinkonsums sind auch weitere Wirkungen der Substitutionsbehandlung verbunden, z. B. die Besserung der körperlichen Gesundheit sowie eine Verminderung krimineller Aktivitäten. Opioidabhängige sind in der Regel nicht nur durch die Suchterkrankung, sondern auch durch komorbide somatische Erkrankungen (z. B. Hepatitis C), komorbide psychiatrische Störungen (z. B. depressive Erkrankungen) sowie komorbide substanzbezogene Störungen (z. B. Alkoholabhängigkeit) belastet. Hinzukommen vielfache psychosoziale Belastungen, z. B. Arbeitslosigkeit, Schulden, justizielle Belastung. Eine langfristige Substitutionsbehandlung ermöglicht neben der Behandlung der Opioidabhängigkeit auch eine Behandlung bzw. sozialpädagogische Betreuung im Hinblick auf die mit der Opioidabhängigkeit assoziierten Probleme.

Die Substitutionsbehandlung ist auch unter den Bedingungen einer Haftanstalt eine wirksame Behandlungsform. Die Ziele der Substitutionsbehandlung unter den Bedingungen der Haft gleichen im Grundsatz jenen Zielen dieser Behandlung außerhalb der Haft. Einige milieuspezifische Aspekte treten hinzu: Haftanstalten sind keine drogenfreien Räume. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Beschaffung von Heroin sowie der Konsum unter den Bedingungen der Haft besonders riskant sind. Bekannt sind hierbei Phänomene wie Drogenprostitution oder die Nutzung nichtsteriler Spritzbestecke. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass für Drogenabhängige der Aufenthalt in einer Haftanstalt ein wichtiger Risikofaktor für den Erwerb von Infektionskrankheiten wie Hepatitis C ist. Die Substitutionsbehandlung in Haft hat somit auch präventive Ziele. Zudem wird durch Aktivitäten zur Beschaffung von Drogen in Haftanstalten die Etablierung eines kriminellen Milieus in Haftanstalten gefördert. Dies widerspricht den mit der Haft verbundenen gesellschaftlichen Zielen deutlich.

Gemäß dem Äquivalenzprinzip haben Häftlinge einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung in Haft, die derjenigen entspricht, die sie als Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung außerhalb der Haft hätten. Kostenträger der gesundheitlichen Versorgung in Haft sind in Deutschland die Justizministerien der jeweiligen Bundesländer. Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist seit den 1990er-Jahren eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Nach dem Äquivalenzprinzip ist sie somit auch in Haftanstalten als Therapie zur Verfügung zu stellen.

Die wichtigsten Regularien für die Indikation und Durchführung der Substitutionsbehandlung in Haft sind die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sowie die Richtlinie der

[1] Beitrag von Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum, Essen

Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (BÄK-RL). Ausgangspunkt der BÄK-RL ist das Verständnis der Opioidabhängigkeit als eine chronisch-rezidivierende Erkrankung. Dies impliziert, dass die Opioidabhängigkeit auch in Haft weiter anhält, z. B. mit Heroinverlangen (Craving) und assoziiertem Risikoverhalten für die Beschaffung und Einnahme des Suchtmittels, selbst wenn die Häufigkeit des Konsums und die konsumierten Mengen in Haft geringer sind als außerhalb. Explizit wird daher in der BÄK-RL festgestellt: „In begründeten Fällen kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z. B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden." (Kapitel 2).

Zudem betont die RL-BÄK die Notwendigkeit der Behandlungskontinuität einer Substitutionsbehandlung. Dies betrifft auch die Schnittstellen des Antritts einer Haftstrafe bei Abhängigen, die sich bereits in Substitutionsbehandlung befinden, bzw. das Ende der Haft mit der Notwendigkeit, die Anschlusssubstitution außerhalb der Haft zu organisieren. Die ersten Wochen nach Haftentlassung bedeuten für nichtsubstituierte Opioidabhängige ein erhebliches Risiko, den abhängigen Suchtmittelkonsum wiederaufzunehmen. Selbst bei Heroinkonsum in Haft erfolgte der Konsum seltener und in niedrigerer Dosis. Daher nimmt in Haft die Toleranz gegenüber den pharmakologischen Wirkungen des Heroins in aller Regel ab. Nimmt der Abhängige nach Haftentlassung Heroin in einer Dosis wie vor dem Haftaufenthalt, kann dies für ihn eine Überdosis sein. Das Mortalitätsrisiko ist daher in den ersten Wochen nach Haftentlassung deutlich erhöht. Zudem werden durch die Wiederaufnahme des Heroinkonsums nach Haft in aller Regel auch wieder illegale Aktivitäten aufgenommen. Die Resozialisierungsziele einer Haftstrafe werden somit innerhalb von wenigen Wochen zunichte gemacht. Ein Hemmnis für die Behandlungskontinuität nach Haftentlassung ist der Wechsel des Kostenträgers für gesundheitliche Leistungen, nämlich vom jeweiligen Landesjustizministerium während der Haft zur gesetzlichen Krankenkasse nach Haftentlassung. Hierbei müssen organisatorische Abläufe etabliert werden, die gewährleisten, dass Betroffene ab dem Tag der Haftentlassung gesundheitliche Leistungen (hier die Substitutionsbehandlung) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch nehmen können.

Wissenschaftliche Erkenntnisse (Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung, erhöhte Mortalität unbehandelter Opioidabhängiger nach Haftentlassung etc.) sowie das Äquivalenzprinzip führen zu der Schlussfolgerung, dass die Substitutionsbehandlung auch in Haft Opioidabhängigen als Regelbehandlung anzubieten ist. Dies ist sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern bislang keineswegs flächendeckend gelungen. Diese Implementierungsprobleme dürften unterschiedliche Gründe haben.

a) Stigmatisierung von Drogenabhängigen: Ohne eine Stigmatisierung ist das Vorenthalten der Standardbehandlung bei einer schweren chronischen Erkrankung (analog zu Diabetes mellitus oder arterieller Hypertonie) kaum zu erklären. Die Stigmatisierung der Opioidabhängigkeit bzw. der von dieser Erkrankung Betroffenen steht mutmaßlich im Zusammenhang damit, dass vielfach noch eine moralisierende Bewertung abhängigen Verhaltens besteht mit der Unterstellung, dass Betroffene z. B. aus Willensschwäche nicht in der Lage sind, den Konsum aufzugeben. Ein modernes Verständnis von abhängigem Konsumverhalten betont demgegenüber dessen Krankheitscharakter, z. B. mit Hinweis auf durch häufigen Suchtmittelkonsum bedingte veränderte psychobiologische Mechanismen, die im Sinne eines Teufelskreises zu weiterem Suchtmittelkonsum disponieren.

b) Mangelnde Kenntnisse: Die Substitutionsbehandlung – wie die Suchtmedizin generell – spielt im Medizinstudium und in den meisten Facharztweiterbildungen (abgesehen vom Fach Psychiatrie und Psychotherapie) nur eine marginale Rolle. Anstaltsärzte werden also bei Antritt ihrer Tätigkeit in aller Regel allenfalls geringe theoretische und praktische Kenntnisse zu Opioidabhängigkeit bzw. Substitutionstherapie haben.

c) Erhöhter personeller und finanzieller Aufwand in Haftanstalten: Die Substitutionsbehandlung erfordert, insbesondere bei der Gefahr der missbräuchlichen Verwendung des Substitutes, dessen tägliche Einnahme unter Aufsicht des substituierenden Arztes bzw. des ärztlichen Hilfspersonals. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, substituierte Patienten täglich im Sanitätsbereich der Haftanstalt vorzustellen.

Zur Implementierung der Substitutionstherapie in Haft bedarf es einer die skizzierten Hindernisse berücksichtigenden Strategie. Im Bundesland NRW wurde in einem jahrelangen Prozess eine Substitutionsquote in Haft erreicht, die nahezu diejenige außerhalb der Haft erreicht. Wichtige Elemente der Implementierungsstrategie waren die Erarbeitung einer vom Justizministerium als Erlass veröffentlichten Behandlungsempfehlung zur Substitutionsbehandlung in Haft (2010; Revision 2018), die Stärkung der Qualifikation der Anstaltsärztinnen und -ärzte durch die obligatorische Absolvierung der Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sowie die Einführung des Monitorings der Substitutionsquote in den Haftanstalten durch das Justizministerium. Beim Monitoring steht übrigens die Therapiefreiheit des Arztes im individuellen Fall nicht infrage. Ausgangspunkt ist vielmehr die Annahme, dass bei aller Abwägung im Einzelfall die Mehrheit der von einer Erkrankung Betroffenen die Standardbehandlung erhalten sollte.

2.3.2 Jahrestagung 2018

**„Stadt - Land - Sucht
Wer übernimmt Verantwortung?“**

Medizinerinnen und Mediziner, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Politikerinnen und Politiker, aber auch Vertreterinnen und Vertreter aus den Bereichen Wirtschaft, Kultur und Sport kamen am 7. November 2018 in Berlin zusammen, um über die gesellschaftlichen Auswirkungen von Sucht zu sprechen.

Schnell wurde deutlich, dass Drogen und Sucht keine Randerscheinungen seien, die nur die Konsumenten selbst oder ausgewählte Fachkreise beträfen. Alle seien betroffen, manche direkt, andere zumindest indirekt. Drei Zahlen machen dies deutlich:

- Allein in Deutschland wachsen etwa drei Millionen Kinder mit mindestens einem suchtkranken Elternteil auf. Etwa zwei Drittel der suchtbelasteten Kinder erkranken später selbst psychisch oder werden suchtkrank, wenn sie keine ausreichende Unterstützung erhalten.

- Rauchen verursacht knapp 100 Milliarden Euro volkswirtschaftliche Kosten, und das allein durch Arbeitsausfälle und Krankheiten. Dies zeigt, wie sehr selbst die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes von Erfolgen bei der Prävention und Behandlung beeinflusst wird.

- Gleiches illustriert die nächste Zahl: Jede sechste Kündigung wird in Deutschland wegen Alkoholmissbrauchs ausgesprochen – und es wird immer schwieriger, adäquaten Ersatz zu finden.

Vor diesem Hintergrund bekannten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer klar: Das Thema müsse rein in die breite Öffentlichkeit und raus aus den Fachkreisen. Sucht dürfe einfach nicht länger ein Tabuthema bleiben. Suchtprävention, aber auch ein konstruktiver Umgang mit Suchtkranken sei eine Aufgabe für alle: Jede Gemeinde, jede Stadt und jedes Bundesland stehe vor unterschiedlichsten Herausforderungen mit Folgen für nahezu jeden Teil unserer Gesellschaft, genauso wie Unternehmen, Vereine, Nachbarschaften und Familien.

Bei etwa 8,2 Millionen Menschen in Deutschland, die von verschiedenen Substanzen oder Glücksspiel abhängig sind, und knapp zehn Millionen betroffenen Angehörigen benötige das Thema Sucht nach wie vor deutlich mehr Aufmerksamkeit, und zwar auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens. Wenn die Gesellschaft vor den Auswirkungen der Sucht die Augen verschließe, kämen immense Kosten auf jeden von uns zu.

Deutlich wurde nochmals, dass Drogenabhängigkeit eine Erkrankung sei, die behandelbar ist und auch als solche anerkannt werden müsse. Niemand dürfe stigmatisiert oder ausgeschlossen werden. Jeder Mensch könne und solle helfen, die Situation suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Der Ausgrenzung von Suchtkranken und deren Angehörigen auf allen Ebenen zu begegnen und das Thema auf der Tagesordnung – sowohl politisch als auch gesellschaftlich – sehr viel höher anzusetzen war weiterer zentraler Konsens der Jahrestagung 2018.

Tagungsdokumentation:
www.drogenbeauftragte.de/jahrestagung-2018.html

Video „Daten und Fakten rund um das Thema Sucht in unserer Gesellschaft“
https://youtu.be/goZ5S9UdDwI

2.3.3 Jahresschwerpunkt 2019 „Kommune als Akteur der Suchtprävention und Suchthilfe“

Sucht ist eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft. Ein wichtiger, wenn nicht der wesentliche Akteur der Suchthilfe und der Prävention sind die Kommunen. Sie halten im Rahmen der Daseinsvorsorge Angebote der Suchtberatung und der niedrigschwelligen Suchthilfe vor. Auch über Maßnahmen der Eingliederungs- und Jugendhilfe haben die Kommunen erheblichen Einfluss auf den Suchtmittelkonsum und die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen.

Für eine erfolgreiche, am Menschen orientierte Suchtprävention und Suchthilfe ist das Engagement vor Ort essenziell. Vor diesem Hintergrund und wissend um die vielen Herausforderungen, die sich in der Praxis stellen, hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in diesem Jahr das Thema „Kommune und Sucht“ in das Zentrum ihrer Arbeit gestellt.

Welche Möglichkeiten haben Kommunen bei der Suchtprävention? Unter welchen Voraussetzungen kann die kommunale Suchtprävention weiter gestärkt werden? Wie kann es gelingen, unter sich verändernden Rahmenbedingungen auch zukünftig ein flächendeckendes Angebot hochwertiger Suchthilfeangebote sicherzustellen? Welche guten Beispiele gibt es in diesen Bereichen? Und: Wie können sich Bund, Länder und Kommunen in ihrem Vorgehen noch besser aufeinander abstimmen? Ziel ist es, im konstruktiven Dialog mit den kommunalen Entscheidungsträgern sowie der Suchthilfe Lösungsansätze zur Stärkung der Suchtprävention und der Suchthilfe vor Ort zu entwickeln.

Um zu diesen Fragen neue Antworten zu entwickeln, hat die Drogenbeauftragte einen intensiven Dialog zwischen Vertretern der Kommunen, der Suchthilfe, der Wissenschaft und der gesetzlichen Krankenversicherung angestoßen.

„Höhepunkt“ des diesjährigen Arbeitsschwerpunktes wird die Jahrestagung „Sucht im Fokus – Kommunen engagiert vor Ort“ am 25.11.2019 sein. Gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden und der Suchthilfe sollen im Rahmen dieser Tagung die kommunalen Handlungsmöglichkeiten mit Blick auf die Sucht- und Drogenproblematik vor Ort herausgearbeitet und die Voraussetzungen für wirkungsvolles Handeln besprochen werden. Zudem werden Best Practices der kommunalen Suchtpolitik und die neuen Möglichkeiten der Finanzierung kommunaler Prävention (insbesondere durch die Krankenkassen) vorgestellt.

Achter Kommunaler Suchtwettbewerb

Gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und mit Unterstützung der Kommunalen Spitzenverbände sowie des GKV-Spitzenverbandes wird in diesem Jahr zudem der 8. Kommunale Suchtwettbewerb mit dem Thema „Wirkungsvolle Suchtprävention vor Ort“ ausgerufen. Ziel ist es, besondere kommunale Aktivitäten und Maßnahmen zur Suchtprävention sichtbar zu machen und zur Nachahmung dieser guten Praxis anzuregen. Zur Teilnahme sind alle deutschen Städte, Gemeinden und Landkreise eingeladen, ebenso Kommunalverbände und Träger der kommunalen Selbstverwaltung in den Stadtstaaten.

Anmeldeunterlagen stehen unter www.kommunale-suchtpraevention.de zur Verfügung. Beiträge können bis zum 15. Januar 2020 eingereicht werden.

Suchtberatung in Deutschland:

Mehr als eine halbe Million suchtkranke Menschen und deren Angehörige werden jährlich in ca. 1.500 Suchtberatungsstellen erreicht, betreut und in weiterführende Behandlungen vermittelt. Zwei Drittel der Klientinnen und Klienten geben nach Betreuungsende an, dass sie ihre Problematik erfolgreich bewältigt haben oder sich diese gebessert hat. Die Vermittlung in weiterführende Hilfe ist ein zentrales Element: 65 Prozent der Zuweisungen in medizinische Rehabilitation erfolgt aus den Suchtberatungsstellen.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen wurden am Beispiel Niedersachsen Handlungsempfehlungen für die Fortentwicklung der kommunalen Suchtprävention erarbeitet, die den gegenwärtigen Bedarf beispielhaft illustrieren:

Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kernaufgaben der niedersächsischen Suchtprävention

1. Es wird empfohlen, die Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien zu stärken ohne diese zu stigmatisieren. Dies sollte durch eine interinstitutionelle und multiprofessionelle Beteiligung der niedersächsischen Suchthilfe in Kooperation mit gynäkologischen Praxen, Familienhebammenhilfe, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagestätten und Grundschulen auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen umgesetzt werden.

2. Es wird empfohlen, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit suchtpräventiver Maßnahmen für Erwerbslose unter Einbezug der Jobcenter und Arbeitsagenturen in Niedersachsen zu verbessern.

3. Es wird empfohlen, eine Profilschärfung der niedersächsischen Suchtprävention in der Weise vorzunehmen, dass von Suchtpräventionsakteuren ausgehende universelle Suchtprävention in erster Linie spezifische Konsumrisiken adressiert und die Inanspruchnahme weiterführender selektiver und indizierter Suchtpräventionsangebote für Risikogruppen und Risikokonsumenten anzielt.

Handlungsempfehlungen zur Reichweitenerhöhung der niedersächsischen Suchtprävention

1. Es wird empfohlen, dass die niedersächsischen Suchtpräventionsakteure den Auf- und Ausbau kommunal organisierter Gesamtpräventionskonzepte unterstützen mit dem Ziel, die Reichweite der Suchtprävention zu erhöhen.

2. Es wird empfohlen, schulische Suchtprävention im Hinblick auf die zu behandelnden Konsumrisiken und die zu adressierenden Jahrgänge stärker zu formalisieren.

3. Es wird empfohlen, in Niedersachsen einen Qualitätsentwicklungsprozess anzustoßen, um zukünftig eine den medizinischen Leitlinien entsprechende Umsetzung von suchtverhaltensbezogenen Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention im ambulanten und stationären Versorgungssystem zu gewährleisten.

4. Es wird empfohlen, beispielsweise durch eine Änderung des niedersächsischen Sportförderungsgesetzes bzw. der niedersächsischen Sportförderungsverordnung, eine stärkere Positionierung der Sportvereine für die verhaltens- und verhältnisbezogene Suchtprävention zu erreichen.

5. Es wird empfohlen, die Reichweite der Prävention stoffungebundener Suchterkrankungen in Niedersachsen durch eine personelle Aufstockung der Fachkräfte zu erhöhen. Ferner wird empfohlen, im Rahmen der Prävention stoffungebundener Konsumrisiken jüngere Altersgruppen als bisher zu adressieren. Auch sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikoangebote im Konvergenzbereich von Gambling und Gaming sowie auf die Gaming Disorder gelegt werden.

6. Es wird empfohlen, im Zuge der Weiterentwicklung der Niedersächsischen Suchtprävention Zugangswege zur Suchtprävention in der Weise weiter zu optimieren, dass alle Personengruppen, die gefährdet sind, eine Suchterkrankung zu entwickeln, in bedarfsgerechter Weise durch suchtpräventive Maßnahmen erreicht werden.

7. Es wird empfohlen, zukünftig in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt Niedersachsens mindestens eine Fachkraft für Suchtprävention mit Anbindung an eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention sowie die kommunalen Präventionsnetzwerke vorzuhalten.

Handlungsempfehlungen zur Effektivitätssteigerung der niedersächsischen Suchtprävention

1. Es wird empfohlen, der langfristigen Implementation praxiserprobter und evidenzbasierter Programme zukünftig verstärkt Priorität einzuräumen und hierfür sowohl einen fachlich praktischen als auch einen wissenschaftlich anerkannten Standard evidenzbasierter Suchtprävention in Niedersachsen zu erarbeiten. Auch bei der Neuentwicklung von Suchtpräventionsmaßnahmen sollten formalisierte Kriterien beachtet werden.

2. Es wird empfohlen, die Verhältnisprävention in Bezug auf alle relevanten Konsumrisiken auf Bundes- und Landesebene zu stärken.

3. Es wird empfohlen, das bereits bestehende Engagement der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure in der Schulung pädagogisch und erzieherisch tätiger Fachkräfte auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in außerschulischen Lebenswelten und an Schnittstellen der Gesundheitsversorgung auszuweiten.

4. Es wird empfohlen, zur Anpassung der niedersächsischen Suchtprävention an aktuelle Erfordernisse einen ressortübergreifenden Arbeitskreis einzusetzen, der vom Ressort der Landesdrogenbeauftragten geleitet wird und in dem alle Suchtpräventionsakteure auf Landesebene mitwirken. Der Arbeitskreis hat den Auftrag vor allem im Hinblick auf das Erreichen von gefährdeten Personengruppen sowie zur Überarbeitung des bestehenden landesweiten Suchtpräventionskonzeptes von 2009, ein abgestimmtes landesweites Konzept zu entwickeln. Das Konzept sollte basierend auf den Erkenntnissen der Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ entwickelt werden.

2.3.4 Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern

Mehrere Millionen Kinder und Jugendliche wachsen allein in Deutschland mit einem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil auf. Sie können durch die Erkrankung ihrer Eltern vielfältigen Belastungen ausgesetzt sein und haben statistisch gesehen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst psychisch zu erkranken. Das Risiko der Kinder alkoholabhängiger Eltern, später selbst alkoholkrank zu werden, liegt sogar sechsmal so hoch wie bei den Kindern gesunder Eltern.

Vor diesem Hintergrund hat die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, die Kinder aus suchtbelasteten Familien 2017 zum Schwerpunkt ihrer Arbeit und zum Thema ihrer Jahrestagung gemacht: Auch wenn es schon heute eine Vielzahl hilfreicher Ansätze gibt: Um die Situation dieser Kinder und ihrer Eltern zu verbessern, sind abgestimmte, besser zugängliche und vernetzte Hilfen für die ganze Familie notwendig.

Mit einem Entschließungsantrag vom 20. Juni 2017 hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern zu erarbeiten und hierfür eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Ihr Auftrag war es, einvernehmlich Vorschläge „zur Schaffung der Voraussetzungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Vernetzung an den Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern (...)“ sowie „für eine bessere Kooperation zwischen den Akteuren vor Ort (...)“ zu erarbeiten. In die Arbeitsgruppe wurden 37 Mitglieder berufen: neben führenden Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis das mit der Federführung betraute Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten sowie thematisch einschlägige Fachverbände, Institutionen und Interessenvereinigungen. Mit der Organisation und Koordination der Arbeitsgruppe wurde der AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. beauftragt. Der Abschlussbericht mit den Empfehlungen der AG soll noch im Jahr 2019 veröffentlicht und dem Deutschen Bundestag zugeleitet werden.

Ergebnisse und Arbeitsgrundlagen, u. a. Fachexpertisen zu den Bereichen Recht, Forschung und Gute Praxis, stehen, soweit bereits abgeschlossen, auf der Website der AG zur Verfügung:

www.ag-kpke.de

**Liebe Erzieherinnen und Erzieher,
liebe Lehrerinnen und Lehrer,**

über drei Millionen Kinder leben in suchtbelasteten Familien. Viele dieser Kinder werden später selbst suchtkrank oder entwickeln eine andere psychische Störung. Das wollen wir ändern! Bitte schauen Sie hin und helfen Sie, damit diese Kinder die erforderliche Unterstützung erhalten.

Marlene Mortler MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Die Kinder aus dem Schatten holen!

Für Informationen, Fragen und die Vermittlung von Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien steht in Ihrer Region zur Verfügung (bitte ergänzen):

Institution: _____

Name: _____

Telefon: _____

Als Lehrer und Erzieher sind Sie wichtige Bezugspersonen für Ihre Kinder – Sie genießen mehr Vertrauen als die meisten anderen Erwachsenen. Wenn Sie die „versteckten Hilferufe" erkennen, können Sie adäquat reagieren.

Signale und Hinweise*

- Unzufriedenheit des Kindes
- Kind hat zu viel Geld in der Tasche
- Kind nässt ein
- Sprachauffälligkeiten
- Entwicklungsrückstände in allen Bereichen (körperlich, geistig, motorisch, ...)
- Spuren von Gewalt
- Kind ist müde und unausgeschlafen
- Häufung von Verletzungen und Unfällen
- Häufung von Verspätungen und Fehltagen
- Kind möchte nicht nach Hause
- Verhaltensänderungen (Veränderungen äußerlich und innerlich, z.B. Rückzug oder besonders aggressives Verhalten)
  - Mädchen vor allem internalisierende Störungen (nach innen gerichtet)
  - Jungen vor allem externalisierende Störungen (nach außen gerichtet)
- gehäufte Krankheiten über einen längeren Zeitraum
- Vernachlässigung des Kindes (Kleidung, Hygiene, ...)
- Distanzlosigkeit des Kindes
- keine Freundschaften außerhalb der Kita/Schule
- Einbrüche der schulischen Leistungen
- psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf- und Bauchschmerzen)

* Auszug aus der Broschüre „ALLES TOTAL GEHEIM" der Stadtmission Chemnitz

Diese Zeichen können auf eine familiäre Suchtbelastung hinweisen, sie können aber auch andere Ursachen haben. Wichtig ist es, frühzeitig Anzeichen oder Veränderungen wahrzunehmen, anzusprechen und ggf. zu dokumentieren. Wenn Sie im Gespräch mit dem Kind oder den Eltern den Eindruck haben, dass weitergehende Unterstützung erforderlich ist, kontaktieren Sie bitte die oben genannte Ansprechperson. Mehr Informationen und weiterführende Hinweise zu Unterstützungsmöglichkeiten finden Sie auf der Website der Drogenbeauftragten **www.aus-dem-schatten.de.**

Wenn Sie dieses Infoposter bestellen möchten: Bestellnummer BMG-D-11025, **E-Mail** publikationen@bundesregierung.de, **Telefon** (0 30) 1 82 72 27 21

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Quelle: Drogenbeauftragte 2017

3 | Internationales

3.1 Europäische Drogen- und Suchtpolitik

Die Europäische Union (EU) verfügt in der Drogen- und Suchtpolitik über eine begrenzte Zuständigkeit, da wichtige zugrunde liegende Politikfelder wie die Gesundheits- und Sozialpolitik nach dem Vertrag von Lissabon überwiegend in die Kompetenz der Mitgliedstaaten fallen. Grundlage für die europäische Drogen- und Suchtpolitik bildet die von der EU-Kommission vorgeschlagene und vom Rat der EU beschlossene EU-Drogenstrategie (2013–2020). Diese wird vom derzeit gültigen EU-Drogenaktionsplan 2017–2020 näher ausgestaltet. Die EU-Drogenstrategie zielt darauf ab, „das Wohl der Gesellschaft und des Einzelnen zu wahren und zu steigern, die Volksgesundheit zu schützen, der Öffentlichkeit ein hohes Maß an Sicherheit zu bieten und das Drogenphänomen mit einem ausgewogenen, integrierten und faktengestützten Konzept anzugehen“ (EU Drogenstrategie 2013–2020). Um diese Ziele zu erreichen, ist die EU-Drogenstrategie in fünf Bereiche gegliedert: Reduzierung des Angebots, Reduzierung der Nachfrage und die drei bereichsübergreifenden Themen Koordinierung, internationale Zusammenarbeit sowie Information, Forschung, Überwachung und Evaluierung. Auf EU-Ebene arbeiten verschiedene Organe und Gremien aus unterschiedlichen Blickwinkeln gemeinsam an der Umsetzung dieser Strategie.

EU-Drogenstrategie 2013–2020:

www.consilium.europa.eu/media/30727/drugs-strategy-2013_content.pdf

EU-Drogenaktionsplan 2017–2020:

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

EU-Kommission

Neue psychoaktive Substanzen kommen häufig schnell auf den Markt. Um darauf effizienter und wirksamer reagieren zu können, haben das Europäische Parlament und der Rat im Jahr 2017 ein Legislativpaket verabschiedet (Verordnung (EU) 2017/2101 und Richtlinie (EU) 2017/2103). Dieses ermöglicht der EU-Kommission mittels delegierter Richtlinien, zügig aufkommende neue psychoaktive Substanzen dem Drogenkontrollregime zu unterstellen. Nachdem die neuen Vorschriften in Kraft getreten sind, hat die EU-Kommission im Dezember 2018 eine delegierte Richtlinie zur Aufnahme von fünf neuen psychoaktiven Substanzen in die europäische Drogendefinition vorgelegt. Damit unterliegen diese neuen psychoaktiven Substanzen nunmehr Kontrollmaßnahmen und strafrechtlichen Sanktionen.

Verordnung (EU) 2017/2101:

www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R2101&qid=1558610182040&from=DE

Richtlinie (EU) 2017/2103:

www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017L2103&qid=1558610267970&from=DE

Delegierte Richtlinie der Europäischen Kommission:

www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32019L0369

Rat der Europäischen Union

Der Rat der EU nahm unter maßgeblicher Beteiligung der Bundesregierung im Dezember 2018 Schlussfolgerungen zu Alternativer Entwicklung an: „Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis von alternativer Entwicklung und entsprechenden auf Entwicklung ausgerichteten drogenpolitischen Interventionen – Beitrag zur Umsetzung der Ergebnisse der UNGASS 2016 und der Ziele der VN für nachhaltige Entwicklung“ (UNGASS 2016 - Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltdrogenproblem 2016, siehe Kapitel 3.2). Damit wird der EU-Ansatz zu Alternativer Entwicklung von 2006 fortentwickelt. Alternative Entwicklung komplementiert die EU-Drogen- und Suchtpolitik, indem sie versucht, Menschen in Drogenanbauregionen alternative Einkommensquellen jenseits des Anbaus von Drogenpflanzen zu erschließen (siehe Kapitel 3.3).

Nachdem die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) im Jahr 2017 Risikobewertungen für ADB-CHMINACA und CUMYL-4CN-BINACA sowie im März 2018 für Cyclopropylfentanyl und Methoxyacetylfentanyl vorgelegt hatte, konnte der Rat der EU für diese vier Stoffe im Berichtszeitraum entsprechende Kontrollmaßnahmen fassen.

Darüber hinaus beschloss der Rat der EU zur Vorbereitung der 62. Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) im März 2019 in Wien (siehe Kapitel 3.2) u. a. einen im Namen der EU zu vertretenden Standpunkt bezüglich der Aufnahme von weiteren psychoaktiven Stoffen in die Anhänge der drei VN-Suchtstoffübereinkommen.

Schlussfolgerungen des Rates
zu Alternativer Entwicklung:

data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14338-2018-INIT/en/pdf

Horizontale Gruppe „Drogen“

Die Horizontale Gruppe „Drogen“ (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungsvertreter aller Mitgliedstaaten zusammenkommen. 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.

Im Kontext der Drogenpolitik der Vereinten Nationen (VN) koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 62. Sitzung der Suchtstoffkommission der VN und verhandelte in diesem Zusammenhang einen zustimmungsfähigen Beschluss zur Aufnahme von Stoffen in die Suchtstoffübereinkommen der VN (siehe Kapitel 3.2 Drogenpolitik der Vereinten Nationen).

2018 führte die HDG schwerpunktmäßig politische Dialoge mit den USA, Brasilien, Russland und dem Westbalkan durch, 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 Sofia statt. Die HDG hat den o. g. Entwurf von Ratsschlussfolgerungen zu Alternativer Entwicklung entscheidungsreif verhandelt.

Treffen der nationalen Drogenkoordinierenden der EU-Mitgliedstaaten

Jede EU-Ratspräsidentschaft lädt einmal zu einem Treffen der nationalen Drogenkoordinierenden ein. Bei diesen Sitzungen werden in der Regel ein bis zwei Themen vertiefend behandelt. Anders als bei der HDG handelt es sich nicht um eine offizielle Formation des Rates, sodass mitunter losgelöst vom politischen Alltagsgeschäft diskutiert werden kann. Hierzu werden häufig nationale und internationale Experteninnen und Experten zum jeweiligen Thema eingeladen.

Im Oktober 2018 fand das Drogenkoordinierendentreffen auf Einladung der österreichischen Ratspräsidentschaft zum Thema „Herausforderungen und Möglichkeiten für die Prävention des Drogenkonsums im Internet einschließlich des Darknets“ statt. Hierbei wurden verschiedene Ansätze für Präventionsangebote im Internet diskutiert, einzelne Best-Practice-Beispiele vorgestellt und die Wichtigkeit von Strafverfolgung von illegalen Marktplatzbetreibern im Internet verdeutlicht. Der grenzüberschreitende Charakter der Problematik stand dabei im Vordergrund.

Die rumänische Ratspräsidentschaft stellte beim Treffen der Drogenkoordinierenden im April 2019 die Themen „Rolle der nationalen Drogenkoordinierenden “ sowie „Fallmanagement“ in den Mittelpunkt. Hinsichtlich der Rolle der jeweiligen nationalen Drogenkoordinierenden wurden die administrativen Unterschiede in den Mitgliedstaaten dargestellt und die Wichtigkeit des EU-weiten Austauschs und der Kooperation unterstrichen. Beim Fallmanagement zeigte sich, wie wichtig gut aufeinander abgestimmte Angebote sind, um Betroffene zu stabilisieren, ihre Lebensqualität zu erhöhen und sie in die Gesellschaft zu reintegrieren. Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten wurden in beiden Bereichen aufgezeigt.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

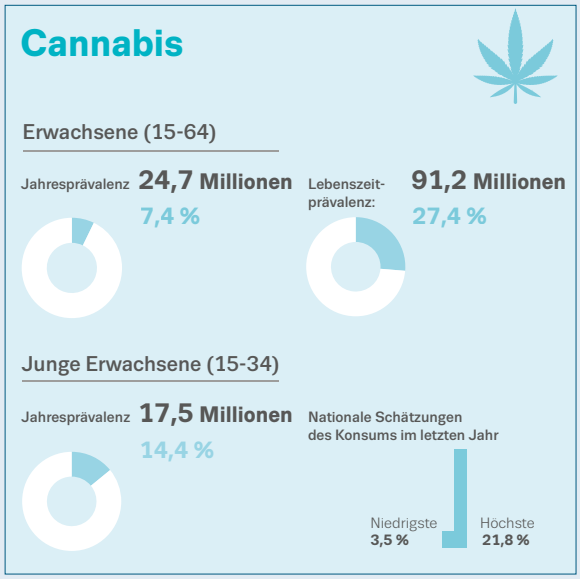
Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) liefert der EU und den Mitgliedsländern objektive und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik und ihre Folgen. Die EBDD bezieht einen Großteil ihrer Daten vom Europäischen Informationsnetz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

- 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 sowie der Kommission die Überwachung und Bewertung der EU-Maßnahmen erleichtern
- veröffentlicht jährlich den Europäischen Drogenbericht (siehe Infokasten).

Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht:
www.emcdda.europa.eu/

Europäischer Drogenbericht 2019

Rund 96 Mio. EU-Bürger im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (29 Prozent) haben mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen genommen. Dabei konzentriert sich Drogenkonsum vornehmlich auf junge Menschen: So haben in den vergangenen zwölf Monaten geschätzt 19,1 Mio. der 15- bis 34 Jährigen (16 Prozent) illegale Drogen konsumiert. Im Jahr 2017 verstarben in der EU 8.238 Personen an einer Überdosis einer oder mehrerer Drogen. In 78 Prozent der Todesfälle durch Überdosierungen spielten Opioide eine Rolle.



Der Kokainschwarzmarkt wächst, aber Cannabis bleibt weiterhin mit Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Europa. Mehrere Länder berichten von einem zunehmenden Gebrauch von Cannabis in jungen Altersgruppen. Gleichzeitig stellt Cannabis die illegale Droge dar, aufgrund derer Menschen am häufigsten erstmalig spezialisierte Suchthilfeangebote aufsuchen. Wie bei Kokain und anderen illegalen Drogen nimmt auch bei Cannabis der Wirkstoffgehalt zu. Anders als in Nordamerika spielt der Missbrauch synthetischer Opioide in der EU eine vergleichsweise geringe Rolle.

Bislang wird der europäische Drogenmarkt von importierten, pflanzenbasierten Drogen dominiert. Jedoch ist eine Entwicklung hin zu einer höheren Bedeutung der innereuropäischen Produktion von synthetischen Drogen wie Methamphetamin und MDMA zu beobachten. Dies lässt auch Rückschlüsse auf eine größere Bedeutung des Produktionsstandortes Europa für den globalen Markt illegaler synthetischer Drogen zu.

Neben herkömmlichen Indikatoren können weitere innovative Drogenbeobachtungsmethoden bei allen inhärenten Schwächen zeitnahe und komplementäre Daten liefern. Mit ihrer Hilfe können bislang unentdeckte Trends aufgespürt werden. Hierbei spielen auch vergleichbare toxikologische und forensische Untersuchungen eine wichtige Rolle. Hierzu sind aber noch Verbesserungen bis hin zu europäischen Leitlinien für die forensische Untersuchung von Drogentoten erforderlich.

Neue digitale Angebote im Bereich *mobile health* kommen in der Prävention, Behandlung und Schadensminimierung zum Einsatz. Sie reichen von einfacher Informationsbereitstellung über Hilfsangebote bis hin zu Selbsthilfe-Apps. Jedoch fehlen teilweise noch Qualitätsstandards, Datenschutzbestimmungen und Evaluationen.

Europäischer Drogenbericht 2019:

www.emcdda.europa.eu/edr2019

3.2 Drogenpolitik der Vereinten Nationen

Grundlage der Drogenpolitik der Vereinten Nationen bilden die drei internationalen Suchtstoffübereinkommen (siehe Infokasten). Sie dienen den übergeordneten Zielen, die Gesundheit der Menschen vor den Gefahren von Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen zu schützen, den Zugang zu bestimmten Betäubungsmitteln für die medizinische Anwendung sicherzustellen sowie medizinische und wissenschaftliche Forschung an kontrollierten Substanzen zuzulassen. Eine Legalisierung zu anderen als den genannten Zwecken ist in den Suchtstoffübereinkommen nicht vorgesehen. Bis auf wenige Ausnahmen haben alle VN-Mitgliedstaaten die drei Suchtstoffübereinkommen ratifiziert (inklusive der Bundesrepublik Deutschland). Sie entfalten unmittelbare völkerrechtliche Bindung. Aus ihnen erwachsen zahlreiche Verpflichtungen und Vorgaben, die sich in der nationalen Gesetzgebung wiederfinden.

Um die genannten Ziele zu erreichen, ist ein abgestimmtes, internationales Vorgehen notwendig. Deshalb sind bei den VN verschiedene Organe eingerichtet worden, die in ihrer jeweiligen Funktion diesen Zielen verpflichtet sind:

Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen

UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

Das Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) unterstützt die Mitgliedstaaten in ihrem Kampf gegen illegale Drogen, Kriminalität und Terrorismus. Es ist in allen Regionen der Welt mit einem umfangreichen Netz von Außenstellen tätig.

UNODC wird zu großen Teilen aus freiwilligen Beiträgen finanziert, wobei Deutschland einer der Hauptgeldgeber ist.

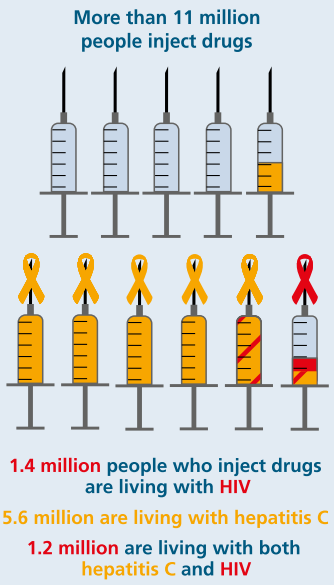
Zu den Aufgaben von UNODC gehört es u. a.,

- vor Ort Projekte zur technischen Zusammenarbeit mit dem Ziel durchzuführen, nationale und lokale Behörden in die Lage zu versetzen, illegale Drogen, Kriminalität und Terrorismus zu bekämpfen
- eigene Forschungs- und Analysearbeiten durchzuführen, um die Datenbasis, die Kenntnisse und das Verständnis zu Drogen- und Kriminalitätsfragen zu verbessern. Dadurch soll eine breite, evidenzbasierte Grundlage für politische und operative Entscheidungen geschaffen werden
- am Weltdrogentag (26.06.) den Weltdrogenbericht zu publizieren (siehe Infokasten); dieser gibt einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Weltdrogenmarkt und damit zum Weltdrogenproblem
- die Mitgliedstaaten bei der Ratifizierung und Umsetzung einschlägiger internationaler Vertragswerke und bei deren nationaler Implementierung zu unterstützen
- als Sekretariat für die Suchtstoffkommission und den Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen zu fungieren.

UNODC Weltdrogenbericht 2019

Der Weltdrogenbericht 2019 geht ausführlich auf die folgenden Themen ein:

- Drogenangebot, -gebrauch und Gesundheitsfolgen
- Markt für Beruhigungsmittel (einschließlich Opioide, Sedativa, Tranquilizer und Hypnotika)
- Markt für Stimulanzien (einschließlich Kokain, Amphetamine und Derivate davon, neue psychoaktive Stoffe)
- Cannabis und Halluzinogene.



Im Jahr 2017 haben weltweit rund 271 Millionen Menschen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wenigstens einmal illegale Drogen konsumiert. Rund 55 Millionen Menschen litten unter drogenbedingten Krankheiten. Die rund elf Millionen Menschen mit injizierendem Drogengebrauch trugen das größte Gesundheitsrisiko. Von den insgesamt 585.000 Drogentoten, die im Jahr 2017 zu beklagen waren, ging rund die Hälfte auf unbehandelte Hepatitis C Infektionen zurück. Ungefähr 53 Millionen Menschen benutzten 2017 Opioide, davon entfielen ca. 29 Millionen auf den Gebrauch von Opiaten wie Heroin und Opium. Diese Schätzungen liegen jeweils um rund 50 Prozent höher als in den Vorjahren, was auf eine verbesserte Datenlage (vornehmlich in Nigeria und Indien) zurückzuführen ist. Opioide verursachten den größten Schaden, rund zwei Drittel aller Todesfälle gehen auf den Missbrauch von Opioiden zurück.

Cannabis wurde von rund 188 Millionen Menschen wenigstens einmal im Jahr 2017 konsumiert. Damit blieb die weltweite Prävalenz ungefähr stabil. Sowohl der Anbau des Kokabusches als auch die Produktion von Kokain haben Höchststände erreicht. In sehr vielen Weltregionen gibt es Anzeichen für einen steigenden Kokainkonsum. Insgesamt ist die globale Anbaufläche für Schlafmohn nach dem Rekordhoch von 2017 die zweitgrößte, die je geschätzt wurde. Daneben hat die Rolle von synthetischen Opioiden, vornehmlich Fentanylderivaten, stark zugenommen. Auch der Missbrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel nahm zu. Die nichtmedizinische Verwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hat sich in einigen Teilen der Welt zu einem erheblichen Problem entwickelt. Fentanyl und seine Derivate bleiben eine besondere Herausforderung vor allem in Nordamerika, wo ein historischer Anstieg der Zahl der Drogentoten durch Überdosis von synthetischen Opioiden zu beobachten ist. Hingegen ist Tramadol zu einem Problemschwerpunkt in Teilen von Nord-, Zentral- und Westafrika geworden, von wo es auch weiter in den Nahen und Mittleren Osten transportiert wird. Methamphetaminkonsum ist ein größer werdendes Problem in verschiedenen Regionen der Welt. In den meisten Ländern Südostasiens stellt Methamphetaminmissbrauch den Hauptgrund für Behandlungen dar. In Nordamerika ist neben dem nichtmedizinischen Gebrauch von Arzneimitteln auch ein steigender Konsum von Methamphetamin zu verzeichnen.

UNODC-Weltdrogenbericht 2019:
www.unodc.org/wdr2019/index.html

Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen

Die Suchtstoffkommission (Commission on Narcotic Drugs – CND) ist das zentrale drogenpolitische Gremium der VN und tagt jährlich im März in Wien. Sie ist zuständig für die Klassifizierung von Substanzen, spricht Empfehlungen zur Umsetzung der Suchtstoffübereinkommen in Form von Resolutionen aus und fungiert als Lenkungsgremium für UNODC.

Suchtstoffkommission der VN:

www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/index.html

Die 62. Sitzung der Suchtstoffkommission fand vom 14. bis 22. März 2019 in Wien statt. Zu Beginn wurde auf einem zweitägigen Ministersegment eine Erklärung zur Stärkung der Aktivitäten gegen das Weltdrogenproblem verabschiedet (*Ministerial declaration on strengthening our actions at the national, regional and international levels to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem*). Die zähen Verhandlungen im Vorfeld zeigten, dass der Multilateralismus auch in der Drogenpolitik der VN zunehmend unter Druck gerät. Bruchlinien zwischen der ‚Recht und Ordnung'-Fraktion und jenen Staaten, die Menschenrechte und Therapien in den Vordergrund stellen, können immer schwieriger überbrückt werden.

Die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler rief in ihrem Statement im Plenum dazu auf, die Gräben zu überbrücken und zu sachlicherer Arbeit zurückzukehren. Ein regelbasierter, auf Vertrauen aufbauender Multilateralismus sei der einzige Weg, dem Weltdrogenproblem begegnen zu können. All dies sei im Abschlussdokument der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltdrogenproblem (UNGASS 2016) zusammengefasst. Es stelle das jüngste Konsenspapier der Staatengemeinschaft dar, hinter das man nicht zurückfallen dürfe.

Ministererklärung der 62. Sitzung der Suchtstoffkommission:

www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial_Declaration.pdf

Abschlussdokument der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltdrogenproblem (UNGASS 2016):

www.unodc.org/documents/postungass2016//outcome/V1603301-E.pdf

Im Verlauf des regulären Teils der 62. CND wurden acht Resolutionen verabschiedet. Diese reichten thematisch von unterschiedlichen Aspekten öffentlicher Gesundheit bis zum Schutz vor Übertragung von HIV/AIDS bei Frauen, die Drogen konsumieren. Die bereits bei den Verhandlungen zur Ministererklärung deutlich sichtbaren Gräben zwischen den ausschließlich auf Strafverfolgung setzenden Staaten und jenen, die einen gesundheitsbezogenen und ausgewogenen Ansatz in den Vordergrund stellen, führten auch hierbei zu zähen und teils polemischen Verhandlungen. Besonders umstritten war der von Russland eingebrachte Entwurf einer Resolution mit dem Ziel, die international zu beobachtende Legalisierung von Cannabis anzuklagen und eine Rückbesinnung auf den Kern der VN-Suchtstoffübereinkommen zu erreichen. Schließlich konnte hierfür ein Kompromiss erzielt werden, der die Arbeit des Internationalen Suchtstoffkontrollrates (INCB, siehe unten) im Rahmen seines Mandates in den Vordergrund der Resolution stellt. Eine von Deutschland, Peru und Thailand eingebrachte Resolution bringt Neuerungen im Bereich Alternative Entwicklung ein,

basierend auf einem 2018 durch die Resolutionsführer in Zusammenarbeit mit UNODC veranstalteten Expertentreffen. Der Text verweist ferner auf die oben beschriebenen EU-Ratsschlussfolgerungen zu Alternativer Entwicklung.

Des Weiteren beschloss die CND, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur internationalen Regulierung vorgeschlagenen Stoffe Cyclopropylfentanyl, Methoxyacetylfentanyl, Ortho-Fluorfentanyl und p-Fluorbutyrfentanyl in Tabelle I des Suchtstoffübereinkommens von 1961 aufzunehmen. Die von der WHO vorgeschlagenen Stoffe ADB-FUBINACA, FUB-AMB, ADB-CHMINACA, CUMYL-4CN-BINACA und N-Ethylnorpentylon wurden in Tabelle II des Übereinkommens von 1971 aufgenommen. Die Entscheidung über die von der WHO vorgelegten Änderungsvorschläge bezüglich der Einstufung von Cannabis und cannabisverwandten Stoffen wurde vertagt.

Die vom INCB bewerteten Ausgangsstoffe PMK-Glycidat, PMK-Glycidsäure und APAA wurden in Tabelle I des Suchtstoffübereinkommens von 1988 aufgenommen. Eine Kontrolle von Iodwasserstoffsäure wurde nicht befürwortet. Die Entscheidungen fielen jeweils mit breiter Mehrheit; Gegenstimmen gab es nicht.

Die Liste der VN-Resolutionen der 62. CND:

www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Resolutions_Decisions/Resolutions-Decisions_2010-2019.html

Die Agenda der 62. Sitzung der CND wurde durch zahlreiche Nebenveranstaltungen ergänzt. Deutschland führte gemeinsam mit den Regierungen von Kolumbien, Österreich, Peru, Thailand sowie UNODC, der EU und der thailändischen Mae-Fah-Luang-Stiftung eine hochrangig besetzte Nebenveranstaltung zur Zukunft von Alternativer Entwicklung durch. Der Schwerpunkt lag auf der Bedeutung und Notwendigkeit von internationaler Kooperation, der Erarbeitung evidenzbasierter Strategien im Umgang mit Drogenanbau, der Komplementarität von öffentlichen und privaten Investitionen sowie den Ratsschlussfolgerungen der EU zu Alternativer Entwicklung (siehe Kapitel 3.1). Die Veranstaltung trug dazu bei, die deutsche Führungsrolle im Bereich von Alternativer Entwicklung zu bekräftigen sowie die positive Zusammenarbeit mit den genannten Regierungen und Institutionen hervorzuheben.

Internationale Leitlinien zur Beachtung der Menschenrechte in der Drogenpolitik wurden in einer weiteren Nebenveranstaltung vorgestellt, die von der Schweiz und von Deutschland organisiert sowie von Kanada, Mexiko, dem Vereinigten Königreich, UNAIDS, UNDP und der WHO unterstützt wurden. Die Leitlinien sollen als Richtschnur für Regierungen dienen, die ihre Drogenpolitik stärker auf die Rechte aller betroffenen Personen, auf Entwicklung und auf Gesundheit ausrichten möchten. Entwickelt wurden die Leitlinien vom Internationalen Zentrum für Menschenrechte in der Drogenpolitik der Universität Essex und dem VN-Entwicklungsprogramm UNDP mit finanzieller Unterstützung der Bundesregierung und der Schweiz.

Darüber hinaus fand eine von den Regierungen Myanmars und Deutschlands sowie UNODC organisierte Nebenveranstaltung mit dem Titel *„No Quality = No Market: The imperative Links for Alternative Development“* statt.
Neun Mythen bezüglich des Anbaus der Drogenpflanzen Schlafmohn und Koka hinterfragte eine vom 14. bis 22. März 2019 von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH präsentierte Ausstellung über Alternative Entwicklung für Menschen in Drogenanbaugebieten.

Sie stellte das Konzept und die Erfolge des deutschen Ansatzes von Alternativer Entwicklung dar.

Liste der Nebenveranstaltungen der 62. CND:

www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/2019_CND_PROGRAMME/Programme_CND_2019.pdf

Internationale Leitlinien zur Beachtung der Menschenrechte in der Drogenpolitik:

www.humanrights-drugpolicy.org

Die zentralen Suchtstoffübereinkommen 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 zusätzliche (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.

Die drei zentralen Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen:

www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen

Die zentrale Aufgabe des Internationalen Suchtstoffkontrollrats der VN (International Narcotics Control Board – INCB) ist es, die Einhaltung der Suchtstoffübereinkommen der VN zu überwachen. Er ist somit ‚Hüter' der internationalen Suchtstoffübereinkommen. Der Rat sitzt in Wien und besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der VN gewählt werden.

Der INCB

- überprüft laufend die Einhaltung der Suchtstoffübereinkommen durch die Vertragsparteien, indem er die zur Verfügung stehenden Daten analysiert
- überwacht die Kontrolle der Vertragsparteien über Drogenausgangsstoffe sowie die legale Verwendung von Suchtstoffen, die den Suchtstoffübereinkommen unterliegen, und wertet diese aus
- führt Länderbesuche (sog. *country missions*) durch, um sich ein umfassendes Bild der Situation vor Ort zu machen
- identifiziert Schwachstellen in nationalen und internationalen Drogenkontrollregimen und gibt Empfehlungen zu deren Verbesserung
- bemüht sich, in Zusammenarbeit mit den Vertragsparteien sicherzustellen, dass ausreichend kontrollierte Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke vorhanden sind und diese nicht in illegale Kanäle umgeleitet werden
- gibt jährlich einen Bericht über seine Tätigkeit heraus (siehe Infokasten) und veröffentlicht darüber hinaus unregelmäßig Sonderberichte zu bestimmten Themen.

Im September 2018 führte der INCB einen Länderbesuch in Deutschland unter der Leitung des INCB-Vizepräsidenten Prof. Jallal Toufiq durch.

Neben Gesprächen mit Vertretern verschiedener Ressorts und Bundesoberbehörden fand ein Treffen mit Vertretern von Nichtregierungsorganisationen statt. Auch wurden mehrere Einrichtungen der Suchthilfe und –behandlung besucht. Der INCB konnte feststellen, dass Deutschland in der Suchtpolitik einen integrativen und ausgewogenen Ansatz verfolgt und die Maßnahmen zur Umsetzung dieses Ansatzes im Einklang mit den Suchtstoffübereinkommen der VN stehen.

Internationaler Suchtstoffkontrollrat:

www.incb.org/

INCB-Sonderbericht ‚Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes':

www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-supplement-2018.html

INCB-Länderbesuch in Deutschland:

www.incb.org/incb/en/news/missions/missions2018/mission-to-germany.html

INCB Jahresbericht 2018

Der INCB-Bericht geht in seinen vier Kapiteln insbesondere auf folgende Themen ein:

- Cannabis und Cannabinoide für medizinische, wissenschaftliche und Freizeitzwecke: Risiken und Nutzen
- Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems
- Analyse der Situation in den verschiedenen Regionen der Welt
- Schlussfolgerungen und Empfehlungen an Regierungen, die VN und weitere internationale sowie regionale Organisationen.

So betont der INCB, dass es ein Ziel des Suchtstoffübereinkommens von 1961 ist, die Verbreitung von Cannabinoiden zu verhindern. Eine Ausnahme ist für deren medizinische Verwendung vorgesehen. Nationale Regelungen müssen sicherstellen, dass es dadurch de facto nicht zu einer Legalisierung für andere Zwecke kommt. Nationale Regelungen für die medizinische Nutzung bedürfen der Überwachung und Evaluierung.

Im Berichtszeitraum wurde die Einhaltung der drei internationalen Suchtstoffübereinkommen, insbesondere durch die Staaten Kanada, Dänemark, Myanmar, Polen und Südafrika, ausgewertet. Daneben führte der INCB im Berichtszeitraum Länderbesuche in Armenien, Australien, Botswana, Deutschland, Estland, Frankreich, Guyana, Katar, Luxemburg, Mauritius, Mongolei, Nepal, den Niederlanden, der Russischen Föderation, Schweiz, Tunesien, den Vereinigten Arabischen Emiraten sowie dem Vereinigten Königreich und Nordirland durch.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten stellt der INCB im Rahmen seines Mandates verschiedene Entwicklungen fest: Beispielsweise wird Afrika zunehmend zu einer Transitregion für Kokain. Der Handel und Missbrauch von Tramadol in Teilen Afrikas nimmt besorgniserregend zu. Während die illegale Herstellung von Opium in Afghanistan weiter gestiegen ist, geht sie in Ost- und Südostasien zurück. Die Ausbreitung illegaler Märkte für Methamphetamin hingegen bleibt weiterhin das größte Problem in dieser Region. Die politische Instabilität und bewaffnete Konflikte im mittleren Osten tragen dazu bei, den Handel mit illegalen Substanzen zu erleichtern. Die Zahl außergerichtlicher Tötungen, aber auch die Verhängung der Todesstrafe in Südasien im Zusammenhang mit Drogendelikten hat in erschreckendem Ausmaß zugenommen. Zentralamerika und die Karibik bilden weiterhin eine Transitregion für Drogen von Süd- nach Nordamerika und Europa. Der Drogenmarkt in der EU hat sich ausgeweitet, vor allem durch den Vertrieb über das Internet. Die EU ist zu einer wesentlichen Quelle für Essigsäureanhydrid geworden.

Nach wie vor haben noch nicht alle Staaten der VN die drei Suchtstoffübereinkommen ratifiziert (Übereinkommen von 1961: zehn Staaten, Übereinkommen von 1971: 13 Staaten, Übereinkommen von 1988: acht Staaten). Im Dezember 2017 ist Palästina Vertragsstaat aller drei Suchtstoffübereinkommen geworden.

INCB-Bericht 2018:
www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html

3.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

Entwicklungspolitische Dimension der globalen Drogenproblematik

Entwicklungsorientierte Ansätze der Drogenpolitik haben neben gesundheits- und sicherheitspolitischen Aspekten in den vergangenen Jahren auf der internationalen Ebene an Bedeutung gewonnen. Am Beispiel des Anbaus von Drogenpflanzen wie Koka, Schlafmohn und Cannabis wird die entwicklungspolitische Dimension deutlich: Armut, defizitäre Entwicklung ländlicher Räume, fragile Staatlichkeit sowie Gewalt und Konflikte sind zentrale Ursachen für den illegalen Anbau von Drogenpflanzen und die Produktion von Drogen. Bei Drogenanbauregionen handelt es sich oft um abgehängte Gebiete, die durch eine schwache Infrastruktur, mangelnden Marktzugang, unsichere Landrechte sowie unzureichenden Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und Bildung geprägt sind. Der Anbau von Drogenpflanzen stellt daher für Kleinbäuerinnen und -bauern oft mangels legaler Alternativen und Absatzmärkte eine zentrale Einkommensquelle dar.

Der Anbau der Drogenpflanzen Koka und Schlafmohn findet nahezu ausschließlich in Entwicklungsländern statt. Kokabusch wird in den Ländern Bolivien, Kolumbien und Peru kultiviert. Dort ist die Zahl der Anbauflächen 2017 nach jüngsten Schätzungen des UNODC wieder angestiegen. Kolumbien ist das Land mit der größten Anbaufläche von Koka und gilt weltweit als der größte Produzent von Kokain. Schlafmohn wird sowohl in Asien als auch in Lateinamerika angebaut. Weltweit ist Afghanistan das Land mit der größten Anbaufläche. Myanmar gilt als der zweitgrößte Produzent von Schlafmohn, gefolgt von Mexiko und Laos.

Im Gegensatz dazu wird Cannabis nicht nur in Entwicklungs-, sondern auch in vielen Industrieländern produziert. Laut dem Weltdrogenbericht 2019 wurde Cannabis im Zeitraum von 2010 bis 2017 in 159 Ländern angebaut, wobei eine systematische Überwachung der Anbauflächen in den meisten Ländern bisher nicht stattfindet. Zu den wichtigsten Anbauländern zählen unter anderem Afghanistan, Libanon, Paraguay, Marokko und Mexiko.

Einzelheiten zu Anbauländern und –flächen:

wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf

Entwicklungsdefizite als Treiber für den Anbau von Drogenpflanzen

Im Mittelpunkt einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik steht die Erkenntnis, dass die Ursachen für den kleinbäuerlichen Drogenanbau in den betroffenen Regionen in der Regel auf Entwicklungsdefizite zurückzuführen sind. Drogenökonomien siedeln sich primär dort an, wo die strukturellen Rahmenbedingungen nur wenige alternative Lebensgrundlagen zulassen. Es ist kein Zufall, dass Anbauregionen für Drogenpflanzen meist fernab staatlicher Kontrollinstanzen und häufig in Gebieten mit Präsenz bewaffneter Gruppierungen liegen, wie dies etwa in einigen Regionen Afghanistans, Kolumbiens und Myanmars der Fall ist. Kleinbäuerinnen und -bauern, die in Drogenanbauregionen leben, zählen häufig zum ärmsten Segment der ländlichen Bevölkerung (vgl. dazu etwa neuere Forschung zum Fall Kolumbien, siehe unten). Drogenpflanzen sind für sie oftmals das einzige Produkt mit garantierter Abnahme durch Zwischenhändler, während für andere Agrarerzeugnisse in vielen Regionen der Marktzugang fehlt.

Mit dem Anbau von Drogenpflanzen geht jedoch ein hohes Risiko für die Kleinbäuerinnen und -bauern einher. Dazu gehören die Gefahr der Anbauvernichtung, repressive Maßnahmen durch Strafverfolgungsbehörden sowie die Exposition gegenüber

kriminellen Netzwerken und nichtstaatlichen bewaffneten Gruppen. Zudem schaden der Anbau in Monokultur und die Weiterverarbeitung von Koka und Schlafmohn mit hohem Chemikalieneinsatz massiv der Umwelt. Entwaldung, Bodenerosion und Verschmutzung von Gewässern sind direkte Folgen ländlicher Drogenökonomien. Für einige Länder der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist die ungelöste Drogenproblematik zu einem der größten Entwicklungshemmnisse geworden. Auch aufgrund des international anerkannten Grundsatzes der gemeinsamen und geteilten Verantwortung (Abschlussdokument der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltdrogenproblem 2016, siehe Kapitel 3.2) ergibt sich somit für die Bundesregierung ein Handlungsauftrag, der auf die Verbesserung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen und nicht lediglich auf die Bekämpfung der Symptome ausgerichtet ist.

Studie zu sozioökonomischen Daten der Kleinbäuerinnen und -bauern des Nationalen Programms zur Substitution illegaler Anbaukulturen in Kolumbien (auf Spanisch):

www.unodc.org/documents/colombia/2018/Agosto/Quienes_son_las_familias_que_viven_en_las_zonas_con_cultivos_de_coca_N.1.pdf

Abschlussdokument der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltdrogenproblem (UNGASS 2016):

www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf

Nachhaltiger Wandel durch Alternative Entwicklung

Alternative Entwicklung basiert auf einem integrierten Ansatz der ländlichen Entwicklung. Ziel ist es, die Abhängigkeit der betroffenen Familien vom illegalen Drogenanbau zu senken, indem alternative Einkommensmöglichkeiten geschaffen und die Lebenssituationen der Kleinbäuerinnen und -bauern verbessert werden. Ein grundlegender Pfeiler der Strategie Alternativer Entwicklung besteht darin, die strukturellen Ursachen des Drogenanbaus in marginalisierten ländlichen Regionen zu bekämpfen. Dies geschieht insbesondere durch die Diversifizierung landwirtschaftlicher Produktion und die Förderung nachhaltiger Entwicklung in den Anbauregionen, in denen die Drogenökonomie bisher die Haupteinkommensquelle darstellt. Alternative Anbauprodukte verringern für Kleinbäuerinnen und -bauern das Risiko, repressiven Maßnahmen ausgesetzt zu werden, sowie die Abhängigkeit von hochgradig unvorhersehbaren Kriegswirtschaften und Akteuren des organisierten Verbrechens. Neuere Studien des UNODC zeigen, dass etwa in Kolumbien nur 0,6 Prozent aller Bauern aus dem nationalen Programm für alternative Entwicklung erneut Koka gepflanzt haben, wohingegen Bauern, deren Felder ohne Alternativen zerstört wurden, zu mehr als 36 Prozent zum Kokaanbau zurückkehrten. Neben der Anbaudiversifizierung ist eine nachhaltige Boden- und Waldnutzung ein zentraler Aspekt bei der Kultivierung alternativer Agrarprodukte, um eine langfristige Bewirtschaftung der Böden zu ermöglichen. Außerdem sind für den Erfolg von Programmen die Stärkung lokaler Verwaltungsstrukturen und die Beteiligung der Bevölkerung an Entscheidungsprozessen maßgeblich.

Weiterführende Informationen (auf Spanisch):

www.ideaspaz.org/media/website/FIP_sustitucion_VOL06.pdf

Engagement der Bundesregierung

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. Das Ministerium wird zu Fragen der Drogenanbauproblematik von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH beraten. Internationale Menschenrechtsverpflichtungen werden bei der Gestaltung alternativer Entwicklungsmaßnahmen umfassend berücksichtigt. Darüber hinaus ist die Gleichstellung der Geschlechter ein Leitprinzip deutscher Entwicklungszusammenarbeit - und damit auch für den BMZ - Ansatz zu Alternativer Entwicklung. Somit leistet Alternative Entwicklung direkte Beiträge zu den nachhaltigen Entwicklungszielen der Agenda 2030.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit förderte 2018 Maßnahmen der Alternativen Entwicklung in Kolumbien und Myanmar, implementiert durch die GIZ oder 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. Im Jahr 2018 wurden die Regierungen Kolumbiens, Myanmars, Nigerias, Thailands und Perus durch GPDE und seinen Partnern zu verschiedenen Teilaspekten der Drogenpolitik beraten. Hinzu kommt die Förderung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Drogenpolitik gemeinsam mit renommierten internationalen Forschungsinstitutionen.

Weiterhin setzt die GIZ im Auftrag des BMZ die Komponente Alternative Entwicklung des EU-Vorhabens COPOLAD II um (Cooperation Programme between Latin America, the Caribbean and the European Union on Drugs Policies), das durch die spanische FIIAPP (Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas) geleitet wird. Im Rahmen der bereits zweiten Phase des COPOLAD-Vorhabens (2016–2020) werden Beratungs- und Pilotmaßnahmen gemeinsam mit inzwischen 16 teilnehmenden Ländern der Region durchgeführt. COPOLAD bietet eine Austauschplattform für interessierte Länder. An den Dialog- und

Quelle: GIZ

Fortbildungsmaßnahmen im Bereich Alternative Entwicklung nehmen Vertreterinnen und Vertreter von Drogenbehörden und Landwirtschaftsministerien sowie Erzeugergemeinschaften teil. Bisher haben Dialogforen in Bolivien, Guatemala, Kolumbien und Peru sowie Workshops zur Entwicklung landwirtschaftlicher Wertschöpfungsketten in Ecuador, Mexiko und Paraguay stattgefunden.

BMZ-Ansatz zu Alternativer Entwicklung:

www.giz.de/de/downloads/giz2013-en-alternative-development.pdf

Beitrag entwicklungsorientierter Drogenpolitik zu den nachhaltigen Entwicklungszielen:

www.gpdpd.org/de/aktuelles/meldungen/imagemap.php

4 | Projekte, Studien, Initiativen

Hinweis

Es gibt zahlreiche Projekte, Studien und Initiativen, die von staatlichen oder nichtstaatlichen Akteuren, oder Vertretern aus der Wirtschaft realisiert werden.

In Kapitel 4 (Projekte, Studien, Initiativen) kann nur eine Auswahl von Maßnahmen vorgestellt werden. Deshalb wurde der Fokus auf solche Vorhaben gelegt, die von der Bundesregierung (Ministerien) oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verantwortet bzw. finanziell gefördert werden.

4.1 Suchtstoff- bzw. suchtformbezogene Projekte

Tabak und Nikotin

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 es, den Prozess zu evaluieren und darauf aufbauend dieses Trainingsprogramm weiterzuentwickeln (Teil A). Anschließend sollen die Effekte des in Teil A fertig entwickelten Trainingsprogramms evaluiert werden (Teil B). Teil A wurde inzwischen erfolgreich abgeschlossen. Mit ersten Ergebnissen zu Teil B ist Ende 2019 zu rechnen.

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 beziehungsweise 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 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Die „rauchfrei“-Jugendkampagne ist als eine Informations- und Kommunikationskampagne konzipiert. Sie soll Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren in Deutschland Wissenswertes über das Rauchen bzw. Nichtrauchen vermitteln und will eine selbstkritische Auseinandersetzung der jungen Zielgruppe mit dem eigenen Rauchverhalten fördern.

Die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne beinhaltet als zentrales Element eine umfangreiche Informationsplattform im Internet. Das Portal www.rauchfrei-info.de informiert über Rauchen, Passivrauchen und Rauchstopp sowie die gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz. Zudem bietet es ein Online-Ausstiegsprogramm mit Online-rauchfrei-Lotsen, die individuell beim Rauchstopp beraten und begleiten. 2018 haben sich im Durchschnitt 1.100 Raucherinnen und Raucher jeden Monat für das Online-Ausstiegsprogramm angemeldet.

Auch die telefonische Beratung zum Rauchstopp unter der kostenfreien Rufnummer 0800 8 31 31 31 gehört zum Serviceangebot der BZgA. Infolge der Umsetzung der Tabakproduktverordnung im Mai 2016, die den Hinweis auf die kostenfreie Hotline auf jeder Tabakproduktverpackung vorgibt, hat sich das durchschnittliche Anrufvolumen deutlich erhöht: Im Jahr 2018 stieg die Zahl von durchschnittlich 1.000 Anrufen auf rund 5.300 Anrufe pro Monat. Ergänzend zu den Onlineangeboten und der Telefonberatung 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 1997/1998 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.

Trotz dieses Erfolgs ist kontinuierliche Aufklärung wichtig. Neue Produkte und Trends wie E Zigaretten, Wasserpfeifen und Tabakerhitzer sind auch bei Jugendlichen populär und können sie dazu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen. „Be Smart – Don‘t Start“ greift diese Trends und Themen auf und bestärkt Jugendliche darin, „Nein“ zu jeglicher Form von Zigaretten und Nikotin zu sagen.

Seit 2017 begleitet Dr. Eckart von Hirschhausen als Schirmherr den Wettbewerb. Ihm ist es ein besonderes Anliegen, den Einsatz der Klassen und der betreuenden Lehrkräfte zu würdigen und ihre Motivation zu stärken. Im Schuljahr 2018/2019 haben sich insgesamt 7.112 Schulklassen mit rund 185.000 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.

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

www.besmart.info

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Alkohol

STAD IN EUROPE – Communities preventing alcohol related harm

STAD („Stockholm prevents Alcohol and Drug problems) 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 benötigten Mittel als Komplementärförderung durch das BMG. Übergeordnetes Ziel des Vorhabens ist es, das Rauschtrinken und seine negativen Konsequenzen zu reduzieren. Hierzu wird die Alkoholverfügbarkeit in unterschiedlichen Settings verringert, in denen Alkohol konsumiert werden kann. Für die Modellregion Kiel wird das Vorhaben im Setting „Trinken zu Hause“ umgesetzt. Dazu wurde ein Interventionsmodell entwickelt, das sich konzeptuell am schwedischen Ansatz STAD orientiert. Kern der Intervention ist ein Elterntraining, das auf regulären Schulelternabenden angeboten wird. 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. Erste Ergebnisse sprechen dafür, dass insbesondere die Veränderung der Sichtbarkeit von Alkohol zu Hause am häufigsten von den Eltern umgesetzt werden konnte.

www.stadineurope.eu

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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

Um Personen mit riskantem bzw. missbräuchlichem Alkoholkonsum besser zu erkennen und die Diagnostik sowie Behandlung sicherzustellen, 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 durch.

Erste Studienergebnisse zeigen, dass den Behandelnden die S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen weitestgehend unbekannt ist und somit auch nur wenig Relevanz im Behandlungsalltag hat. Lediglich 20 Prozent aller Behandelnden führten ein leitliniengerechtes Screening durch. Als mögliche Barrieren für die Nutzung der Leitlinie werden vor allem fehlende Kenntnisse, wenig Wissen über mögliche Relevanz für den eigenen Arbeitsbereich, mangelnde zeitliche Ressourcen sowie fehlende Kooperationen angegeben. Als fördernde Faktoren wurden unter anderem Informationskampagnen, die Entwicklung von Fact-Sheets und Kitteltaschenversionen sowie die Berücksichtigung regionaler Strukturen genannt.

Im weiteren Verlauf der Studie werden Auswertungen entsprechend den Qualitätsindikatoren zu Screening, Diagnostik und Behandlung durchgeführt. Dazu gehört eine Sekundärdatenanalyse zu den Versorgungsleistungen von Personen mit einer ICD-10-Diagnose alkoholbezogener Störungen sowie eine darauf aufbauende Modellierung zu den Effekten einer leitliniengerechten Versorgung in Bremen.

www.impela.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

German economic cost analysis for alcohol use – Part 1: Modeling – GECO-ALC1

Die Hauptfragestellung des Projekts GECO-ALC1 lautet: Wie kann ein neuer Standard zur Berechnung der volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland gebildet werden, der auf internationalen Standards, wesentlichen Studien zur Gesundheitsökonomie und Informationen des Global Burden of Disease-Projekts aufbaut?

Dazu wird ein Methodenmix (Literaturanalyse, DELPHI-Befragung) zur Anwendung gebracht, um den aktuellen Forschungsstand angemessen zu berücksichtigen. Internationale Empfehlungen sollen an die spezifischen Gegebenheiten in Deutschland angepasst werden, um sowohl zwischenstaatliche Vergleichbarkeit zu ermöglichen als auch nationale Besonderheiten zu würdigen.

Das Projekt ist am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden angesiedelt und wird bis zum Herbst 2019 abgeschlossen. Der Bewertungsstandard wurde auf Grundlage einer durchgeführten systematischen Literaturrecherche entwickelt und im Sommer 2019 durch eine

Expertenbefragung evaluiert. Neben der Veröffentlichung der Ergebnisse auf Fachkonferenzen sowie in Fachzeitschriften soll zum Abschluss des Projektes ein detaillierter Fahrplan zur Bestimmung der volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland auf Basis des entwickelten Bewertungsstandards vorgelegt werden.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

„Null Alkohol – Voll Power" – BZgA-Präventionsprogramm für Zwölf- bis 16-Jährige

Mit der Alkoholpräventionskampagne „Null Alkohol – Voll Power" spricht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Jugendliche im Alter von zwölf bis 16 Jahren noch vor der Verfestigung riskanter Konsummuster an. Um den aktuell rückläufigen Alkoholkonsumtrend der Zielgruppe zu unterstützen, sollen dabei vor allem der Erstkonsum hinausgezögert und Nichtkonsumierende bestärkt werden. Neben der Information über alkoholbedingte Probleme und Risiken rücken positive Verhaltensalternativen in den Fokus. „Null Alkohol – Voll Power" kommuniziert präventive Inhalte, indem die Kampagne an für die Zielgruppe bedeutende Ressourcen anknüpft. Dies erfolgt über die Internetseite, die Jugendbroschüre „Infos über Alkohol. Wissen was geht", Rätsel- und Quizkarten sowie über die personalkommunikative Maßnahme der „Voll Power – Schultour". Diese setzt bei den Interessen von Jugendlichen an, etwa Musik, Sport und Tanz, und verknüpft jugendliche Neugier sowie Freude an der Selbst- und Gruppenerfahrung mit der Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Alkoholdistanz. Es werden Alternativen zum Alkoholkonsum aufgezeigt und eingeübt. Die Schultour fördert Lebenskompetenzen, selbstbestimmtes Handeln sowie eine positive Persönlichkeitsentwicklung und wirkt damit der Entstehung von kritischen Konsummustern und Suchtverhalten entgegen.

Neben der Fokussierung auf die Lebenskompetenzen der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler dient die Maßnahme zudem der Förderung der kommunalen Vernetzung im Bereich Suchtprävention. Die „Voll Power – Schultour" richtet sich daher vorrangig an suchtpräventiv aktive Schulen und unterstützt Präventionsfachkräfte dabei, die kommunalen Strukturen zu festigen. Im Jahr 2018 machte die „Voll Power – Schultour" der BZgA an insgesamt 15 Schulen in den Ländern Niedersachsen, Hessen, Bayern und Baden-Württemberg Station. Es konnten insgesamt 2.700 Schülerinnen und Schüler aktiv teilnehmen, außerdem wurden zahlreiche Lehrkräfte, Präventionsfachkräfte und Eltern erreicht.

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. 2018 wurde die Kampagne weiter ausgebaut, um die Zielgruppen in konkreten Lebenswelten zu erreichen. In den Kommunen wurde das qualitätsgesicherte Netzwerkmanagement mit speziellen kommunalen Schulungen zum Thema „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ (GigA) gefördert. Fachkräfte der kommunalen Alkoholprävention konnten sich zudem individuell zum Thema Netzwerkarbeit und Kooperation beraten lassen und Anschubfinanzierungen für Projekte und Initiativen in den Kommunen in Anspruch nehmen.

Zusätzlich wird seit 2015 der neu konzipierte Klassenwettbewerb zur Prävention des Rauschtrinkens „Klar bleiben – Feiern ohne Alkoholrausch“ im Rahmen der Kampagne umgesetzt und begleitend evaluiert. Er richtet sich an Schulklassen aller Schultypen ab der 10. Klasse.

Nach der positiven Evaluation von zwei Modellphasen in Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein wurde der Wettbewerb im Schuljahr 2018/2019 erstmalig in ganz Deutschland angeboten. Zentrales Element von „Klar bleiben“ ist – ähnlich wie beim Klassenwettbewerb „Be Smart – Don‘t Start“ (siehe Tabak und Nikotin) – die Selbstverpflichtung der Klassen, für einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen auf Rauschtrinken zu verzichten; die Einhaltung der Verpflichtung wird dokumentiert. Lehrkräfte erhalten im Wettbewerb außerdem aktuelles didaktisches Material, das dazu anregt, das Thema „verantwortlicher Umgang mit Alkohol“ auch im Unterricht mit den Schülerinnen und Schülern zu besprechen. In der Lebenswelt „Freizeit“ waren 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 deutschlandweit sowie auf Festivals und anderen Veranstaltungen. Neben der persönlichen Zielgruppenerreichung in den Lebenswelten spielt die Internetkommunikation eine große Rolle: Die Kampagnenwebsite, der Social Media-Kanal auf der 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. Das Online-Programm „Change your drinking“ auf der Kampagnenwebsite unterstützt Nutzende außerdem bei einer Verhaltensänderung hin zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol.

Zur Weiterentwicklung der Internetkommunikation wurde 2018 die Facebook-Präsenz der Kampagne mit wissenschaftlichen Methoden evaluiert. Außerdem ist die Kampagne seit 2018 bei Instagram vertreten. Die Mitmachaktion „#wasbesseresvor“ auf Instagram ruft Jugendliche dazu auf, unter dem gleichnamigen Hashtag Alternativen zum Alkohol-Kater als Foto auf Instagram zu posten. Im

ersten Aktionszeitraum im Sommer 2018 wurden rund 170 Beiträge von Jugendlichen und jungen Erwachsenen hochgeladen – überwiegend Stimmungsbilder, die Freizeit-, Sport- oder Gruppenaktivitäten zeigten.

www.kenn-dein-limit.info

www.klar-bleiben.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„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 Informationen, Tests zur Selbstreflexion und Angebote zur Konsumreduktion, beispielsweise die Fastenaktion „Alkohol? Kannst du ohne?“, im Rahmen derer die Teilnehmenden ihren Alkoholkonsum reduzieren oder ganz auf Alkohol verzichten. Eine ausführliche Kommunikation der Fastenaktion, auch über Social Media, hat dazu geführt, dass die Presse vielfach über das Thema Alkoholfasten berichtete.

Die Prävention der Fetalen Alkoholspektrumstörungen bzw. des Fetalen Alkoholsyndroms ist ein besonderer Schwerpunkt der Kampagne. Daher werden als besondere Zielgruppe Schwangere und ihre Partner adressiert, um somit den Alkoholverzicht in der Schwangerschaft und auch Stillzeit zu fördern. In Kooperation mit den relevanten Berufsverbänden werden regelmäßig Informationsmaterialien rund um eine gesunde, alkoholfreie Schwangerschaft und Stillzeit abgegeben. Weitere Schwerpunkte bilden die Informationen für Eltern, für ältere Menschen sowie für Fachkräfte zum Thema Kinder aus alkoholbelasteten Familien.

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, dass sich Erwachsene 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. Sportvereine 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 2018 wurden bundesweit rund 9.200 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 in diesem Jahr die bundesweite „Plakataktion gegen Alkohol“ durchgeführt. Großflächenplakate in einer Auflagenhöhe von 7.600 Stück waren im Herbst/Winter 2018/2019 an wechselnden Standorten mit Schwerpunkten in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Berlin, Hamburg, Bremen, Hannover, Kiel, Leipzig, Dresden, Potsdam, Schwerin, Magdeburg und Rostock 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 der Zahl alkoholbedingter Unfälle sowie eine damit im Zusammenhang stehende Reduzierung der Zahl 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

Medikamente

Datenquellen und Erhebungsinstrumente

In Deutschland sind geschätzt 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig. Andere Schätzungen gehen von bis zu 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen aus . Im Rahmen eines Fachgesprächs zum Thema Medikamentenabhängigkeit und nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauch psychotroper Medikamente ergab sich folgender Informationsbedarf:

- Welche Datenquellen (Register, Krankenkassendaten, Surveys) stehen zur Verfügung, aus denen Informationen zum (missbräuchlichen) Konsum von Medikamenten gewonnen werden können?
- Welche Daten liefern diese Quellen und welche Aussagekraft haben die Daten?
- Welche psychometriischen Instrumente (Fragenkataloge zur Erhebung psychologischer Kennwerte wie z. B. Medikamentenabhängigkeit) werden in Deutschland und international eingesetzt?

Um diese Fragen zu beantworten, wird von VDI/VDE Innovation + Technik GmbH ein systematischer Überblick über vorhandenen Datenquellen, aus denen Informationen zum (missbräuchlichen) Konsum von Medikamenten gewonnen werden können, und über psychometrische Instrumente, die national und international eingesetzt werden, erstellt. Das Projekt soll auch Forschungs- und Erkenntnislücken zur Erhebung von Medikamenten- und Konsumabhängigkeiten darstellen.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

EDER-MIA (Entwicklung, Dissemination und Evaluation von Gesundheitsinformationen zur Reduktion von Missbrauch und Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln).

Gute Gesundheitsinformationen zum Thema Schlaf- und Beruhigungsmittel können dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten informierte Entscheidung hinsichtlich ihrer Behandlung und Therapie treffen können und kompetent im Umgang mit ihrem Gesundheitsproblem werden. Mittel- und langfristig könnte so der Anteil von Menschen mit einem missbräuchlichen Konsum oder einer Medikamentenabhängigkeit verringert werden. Ziel des Projektes des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist es, das Wissen bzw. die Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Bürgern, Betroffenen sowie ihren Angehörigen, v.a. zur korrekten Anwendung, zum möglichen Missbrauch und zum Risiko einer Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, zu verbessern.

Das Projekt gliedert sich in drei Teilprojekte. Zunächst sollen bereits vorhandene Gesundheitsinformationen zum Thema systematisch erfasst werden. Daraufhin werden aus diesen Gesundheitsinformationen geeignete Materialien ausgewählt und unter Einbeziehung der Zielgruppen (mittels Fokusgruppen) und von Expertinnen und Experten (mittels eines entsprechenden Gremiums) zielgruppenspezifisch weiterentwickelt. Abschließend werden zielgruppenspezifische Verbreitungskonzepte entwickelt, erprobt und evaluiert.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

ImagenPathways – 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. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf dem Übergang vom legalen zum illegalen Drogenkonsum. Der Konsum illegaler Drogen beginnt in Deutschland meist im Jugendalter, was auf einen 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, die Teilnehmende für Imagen Pathways rekrutiert und detailliert zu ihrem Drogenkonsum befragt. 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 MDMA, Kokain und Cannabis untersucht. Mithilfe von Online-Befragungen und ethnografischen 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.

www.de.imagen-europe.com

Gefördert durch: EU und Bundesministerium für Gesundheit

Weiterentwicklung des Selbsthilfeportals Breaking-Meth.de für verschiedene Nutzergruppen

Breaking Meth ist ein Selbsthilfeportal für Menschen mit methamphetaminbezogenen Störungen. Es wurde vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg entwickelt und wird aktuell im Rahmen eines vom BMG geförderten Forschungsvorhabens für unterschiedliche Nutzergruppen optimiert. Auch die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen unterstützt das Projekt. Der Betrieb erfolgt in Kooperation mit dem szenenahen Präventionsprojekt „Drug Scouts“ (Träger: SZL Suchtzentrum gGmbH, Leipzig). Die ansprechend gestaltete Plattform ist auf internetfähige Computer sowie auf Mobilgeräte abgestimmt. Dabei wird besonderer Wert auf den Schutz der Mitglieder gelegt. Die Moderatoren steuern regelmäßig aktivierenden Input bei. Aufgrund verschiedener virtueller Kommunikationsräume können unterschiedliche Nutzergruppen angesprochen werden. Dank der Unterstützung des US-amerikanischen Buchautors Joseph Sharp, eines ehemaligen Crystal-Abhängigen, umfasst das Angebot des Portals nun auch eine online verfügbare deutsche Fassung des Selbsthilfebuches „Quitting Crystal Meth“.

Die Mitgliedschaft im Portal steht allen Betroffenen offen, ist anonym möglich und selbstverständlich kostenfrei. Aufgrund der sorgfältigen Moderation kann das Angebot sowohl für noch Konsumierende mit Abstinenzwunsch als auch für bereits Abstinente zur Rückfallprophylaxe und soziale Unterstützung empfohlen werden.

www.breaking-meth.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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

Seit Ende 2016 evaluiert die Psychiatrische Klinik der LMU München in einer Langzeitstudie die Wirksamkeit von stationärer Entwöhnungstherapie bei Methamphetaminkonsumierenden. Hierzu wurden insgesamt 108 Patientinnen und Patienten aus zwei deutschen Suchtfachkliniken rekrutiert und zu Beginn der Behandlung, zum Ende der Behandlung und ein Jahr nach Behandlungsende mittels standardisierter Diagnostikinstrumente untersucht. Die beteiligten Kliniken unterscheiden sich in ihren Konzepten darin, dass ein Zentrum (Bezirksklinik Hochstadt) eine spezifische, am kalifornischen „Matrix Modell“ orientierte Indikativgruppe für Konsumierende Amphetamintypischer Substanzen (ATS) zusätzlich zur regulären Gruppentherapie anbietet, während die zweite Klinik (MEDIAN Klinik Mecklenburg) den Crystalkonsumierenden eine konventionelle Gruppentherapie anbietet, ohne vorgegebenen inhaltlichen Fokus auf Stimulanzien. Ergebnisse zum mittelfristigen Therapieerfolg zeigen, dass von den 108 Patientinnen und Patienten 40,7 Prozent die Therapie vorzeitig beendeten. Die Abbruchrate unterschied sich dabei zwischen den Kliniken nicht. Nach sechsmonatiger Therapie zeigten sich unabhängig von der Behandlungsmethode eine signifikante Reduktion des Cravings und der psychiatrischen Symptome sowie eine signifikante Verbesserung der

psychosozialen Ressourcen, der kognitiven Flexibilität und der Verarbeitungsgeschwindigkeit. Es folgen noch die Katamnese-Erhebungen, die Ergebnisse zum langfristigen Therapieverlauf liefern.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

CaSCH-T1 - Pilotprojekt Illegaler Substanzkonsum während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind

Es gibt für Deutschland keine repräsentativen Zahlen zum Gebrauch illegaler Substanzen bei schwangeren Frauen und Müttern.

Das Pilotprojekt „CaSCH-T1“ (September 2018 bis April 2019) hatte zum Ziel, die Häufigkeit, Folgen und Behandlung des Substanzkonsums bei Frauen während der Schwangerschaft zu ermitteln. Dazu wurde die wissenschaftliche Literatur nach Übersichtsarbeiten und randomisierten Kontrollstudien systematisch durchsucht (2008-2018). Parallel dazu wurde eine bundesweite, nichtinterventionelle anonyme Online-Befragung durchgeführt.

Die Literaturrecherche ergab, dass nur sieben methodisch akzeptable Publikationen zum Thema vorliegen. Die Daten stammen größtenteils aus den USA. Die Prävalenz des illegalen Substanzkonsums bei schwangeren Frauen ist unklar und reicht von zwei bis 32 Prozent. Einige Arbeiten stellten einen Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Frühgeburten, einem niedrigen Geburtsgewicht und einem erhöhten Risiko für Anämie, bei Sturzgeburten, bei einem kleinen Reifealter, beim Aufenthalt in einer Neugeborenen-Intensivstation nach der Geburt und bei einem reduzierten Aortendurchmesser fest. Jedoch zeigten nicht alle Studien diese Befunde zu den Folgen des prä- und perinatalen Substanzkonsums. Es existieren keine Übersichtsarbeiten zur Behandlung des chronischen Cannabisgebrauchs während der Schwangerschaft.

Bei der Online-Befragung gingen 1.503 statt der anvisierten 200 vollständigen Fragebögen von schwangeren Frauen und Müttern ein. 13 Prozent gaben Substanzkonsum während der Schwangerschaft an (69 Prozent Nikotin, 31 Prozent Alkohol, 22 Prozent Cannabis, zwei Prozent Opiate, 1,5 Prozent Amphetamine und ein Prozent Benzodiazepine). Insgesamt wurden 45 Fragebögen vollständig durch medizinisches Fachpersonal ausgefüllt. Hiervon wurden elf von Ärzten beantwortet.

Die publizierte Datenlage zu Prävalenz und Folgen des Substanzgebrauchs während der Schwangerschaft reicht nicht für evidenzbasierte Aussagen aus. Die geringe Teilnehmerzahl der Ärzte trotz intensiver Rekrutierungsbemühungen ist angesichts der gefundenen Risiken von psychotropen Substanzen für Mutter und Kind als „alarmierend“ zu bewerten.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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

Im Rahmen der Evaluationsstudie „Dresdner Versorgungspfad Crystal“ wurden zunächst qualitative Interviews mit betroffenen (werdenden) Müttern sowie Pfadbeteiligten geführt. 2020 werden mittels quantitativer Auswertung von Routinedaten die Durchführbarkeit sowie die Nützlichkeit eines transsektoralen und multiprofessionellen Versorgungskonzepts untersucht, das auf Crystal Meth konsumierende werdende Mütter und ihre Kinder zugeschnitten ist.

Als Zwischenergebnis des von 2017 bis 2020 laufenden Projekts wurde ein Handbuch zur Implementierung des „Dresdner Versorgungspfads Crystal“ an weiteren Standorten Deutschlands erarbeitet. Darin werden Prozesse des Versorgungspfades beschrieben und Empfehlungen zur transsektoralen Zusammenarbeit abgeleitet. Unter anderem beinhaltet das Implementierungshandbuch Informationen zu:

- Fall- und Informationsübergaben an den identifizierten Schnittstellen,
- Vorteile des Versorgungspfades und Empfehlungen zur Überwindung identifizierter Barrieren im Versorgungspfad,
- Empfehlungen zum Erreichen und Halten von Betroffenen,
- Einschätzung von Nachsorgemaßnahmen und
- Optimierungspotenziale in den Prozessen von „Mama, denk an mich“ (Versorgungskonzept).

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)

Bisher fehlte es an suchtspezifischen, evaluierten Elternprogrammen, welche die besonderen Charakteristika einer Methamphetaminabhängigkeit berücksichtigen. In dem Forschungsprojekt „Crystal Meth und Familie II“ wurde ein derartiges Programm entwickelt: das „SHIFT-(Suchthilfe-Familien-Training)-Elterntraining“. Es wurde in Sachsen und Thüringen (in Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe) implementiert und evaluiert. Das modularisierte Gruppenprogramm für methamphetaminabhängige Eltern mit Kindern bis acht Jahren zielt darauf ab, die Elternkompetenzen und die familiäre Widerstandsfähigkeit zu stärken. Gleichzeitig soll es die elterliche Substanzabstinenz stabilisieren und die weitere Inanspruchnahme von Hilfen fördern. „SHIFT“ beinhaltet acht Module, die wöchentlich durchgeführt wurden. Zur Überprüfung und Bewertung der Intervention wurde ein multizentrisches Forschungsdesign umgesetzt. Hierbei wurde eine „SHIFT“-Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe ohne zusätzliche Intervention zu drei Messzeitpunkten verglichen. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich SHIFT bezüglich der Förderung positiven Erziehungsverhaltens und der Reduzierung drogenbezogener Probleme als wirksam erwiesen hat. Beide Gruppen verbesserten sich hinsichtlich Familienfunktionalität, psychischer Belastung sowie Elternstress. Auch

SHIFT
Elterntraining

kindliche Problemlagen konnten in beiden Gruppen reduziert werden. Darüber hinaus erzielte „SHIFT“ eine außergewöhnlich hohe Akzeptanz sowohl bei Trainerinnen und Trainern als auch Eltern. Hierbei empfanden die Teilnehmer vor allem ressourcenorientierte Ansätze als hilfreich.

Das Manual zum Training wurde im Frühsommer 2019 über den psychologischen Fachverlag Hogrefe veröffentlicht.

www.shift-elterntraining.de

www.disup.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

SHIFT Plus – Weiterentwicklung und Evaluation des Sucht-Hilfe-Familientrainings für drogenabhängige Eltern

Das Projekt „SHIFT Plus“ basiert auf den Ergebnissen des Vorgängerprojektes „SHIFT-Elterntraining“, das speziell für die Zielgruppe methamphetaminabhängiger Eltern konzipiert wurde. Das modularisierte SHIFT-Programm wird nun für die gesamte Bandbreite der Abhängigkeit von illegalen Substanzen weiterentwickelt, um Module für Angehörige beziehungsweise Kinder ergänzt und somit im Bereich Familienresilienz vertieft. Es werden dabei sowohl der Konsum von Opiaten, Cannabis und Stimulanzien als auch multipler Substanzkonsum und Mischkonsum berücksichtigt.

Die Umsetzung von „SHIFT Plus“ soll bundesweit an insgesamt zehn Praxisstandorten in Zusammenarbeit mit der Sucht- und Jugendhilfe erfolgen. Im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Forschungsdesigns wird die Intervention in Bezug auf Akzeptanz und Wirksamkeit überprüft.

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

ATTUNE
Understanding Pathways to Stimulant Use across Europe

Ziel des europaweit durchgeführten Projektes zum Amphetaminkonsum ist es, Konsumverläufe von Nutzenden amphetaminartiger Substanzen (ATS) in fünf Ländern zu untersuchen. Durch die Erhebung und Analyse individueller „Konsumkarrieren“ sollen potenzielle Risiko- und Resilienzfaktoren identifiziert werden, die mit der Ausbildung bestimmter Konsummuster (kontrolliert bis abhängig) in Zusammenhang stehen können. Neben aktuellen und ehemaligen Konsumierenden werden auch gezielt Personen rekrutiert, welche die Möglichkeit zum ATS-Konsum hatten (etwa weil in ihrem

sozialen Umfeld ATS konsumiert werden), diesen aber abgelehnt haben. Dadurch ist es möglich, Umstände und Gründe zu ermitteln, warum manche Personen mit dem Konsum von ATS beginnen, andere wiederum nicht.

Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung ZIS) hat die Projektleitung übernommen, weitere Partner des Konsortiums mit eigenständiger Projektdurchführung und eigenem Budget kommen aus Großbritannien, der Tschechischen Republik, den Niederlanden und Polen.

Für das Projekt wurde ein mixed-methods-basiertes Forschungsdesign entwickelt, das aus zwei Modulen besteht. Im bereits abgeschlossenen qualitativen Modul wurden insgesamt 280 halbstrukturierte Interviews mit unterschiedlichen Konsumentengruppen geführt. Die Auswertungen zeigen, dass die Gruppe der ATS-Konsumierenden sehr heterogen ist. Diverse individuelle, soziale und umweltbezogene Einflüsse stehen mit unterschiedlichen Konsumverläufen im Zusammenhang. Auch die Art der genutzten ATS spielt eine Rolle. Beispielsweise versuchen Ecstasykonsumierende, die positiven Wirkungen der ersten Konsumerfahrungen (zumeist im Partykontext) zu wiederholen, und intensivieren hierfür teilweise ihren Konsum. Zeigen sich negative (beispielsweise gesundheitliche) Konsequenzen oder bleibt die gewünschte Wirkung aus, wird der Konsum verringert oder zeitweise ausgesetzt. Die intensive Nutzung von Amphetaminen wiederum steht oft mit beruflichem Stress und dem „Funktionieren“ im Alltag im Zusammenhang. Einschneidende Lebensereignisse, familiäre Veränderungen oder auch Haftstrafen können dazu führen, dass der Konsum reduziert oder ganz eingestellt wird.

Auf Grundlage der aus dem qualitativen Modul gewonnenen Erkenntnisse sowie unter Einbeziehung der Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews wurde ein standardisierter Fragebogen für das quantitative Modul entwickelt. Diese tabletgestützte Befragung wird derzeit mit insgesamt 2.000 Personen durchgeführt.

Die Ergebnisse des Projekts, die für Ende 2019 erwartet werden, können dazu dienen, neue Präventionsangebote für ATS-Konsumierende zu entwickeln beziehungsweise bereits bestehende anzupassen.

www.zis-hamburg.de/projekte/projektdetails/ATTUNE-Understanding-Pathways-to-Stimulant-Use/

Gefördert durch: EU und Bundesministerium für Gesundheit

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

Neue psychoaktive Stoffe (NPS) stellen die Gesellschaft und die Gesundheitspolitik vor große Herausforderungen. Die Vielfalt der Substanzen, deren schnelle Weiterentwicklung und der anonyme Vertrieb über das Internet stellen Gesetzgebung und Prävention vor ernst zu nehmende Probleme.

Das Projekt Phar-Mon NPS führt seit 2015 ein zielgruppenspezifisches Monitoring in Deutschland durch und sammelt Daten zum Konsum von NPS in Risikopopulationen. Es stehen Informationen aus Befragungen im Zusammenhang mit Partyprojekten, ambulanten Beratungsstellen und der externen Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten (JVA) zur Verfügung. Darüber hinaus wurden über eine Giftinformationszentrale und über das HaLT-Projekt in Bayern Daten zu Vergiftungen gesammelt. Zudem wurden das Angebot und die Preise von NPS in Online-Shops ausgewertet. Zusätzlich wurden Informationen des Early Warning Systems (EWS) der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) berücksichtigt.

In den verschiedenen Szenen wurde am häufigsten der Konsum synthetischer Cannabinoide gemeldet, mit Ausnahme der Beratungsstellen, deren Klientinnen und Klienten einen häufigeren Konsum von Cathinonen berichteten. Auch in Online-Shops dominierten Kräutermischungen das Gesamtangebot. Als Hauptmotiv für den Konsum von NPS wurde in der Partyszene sowie in Beratungsstellen und von Insassen der JVA häufig Neugierde genannt. In der JVA spielten zudem psychosoziale Probleme eine Rolle. Unter den 46 Notfällen, die von deutscher Seite an die EBDD gemeldet wurden, traten zusätzlich zu synthetischen Cannabinoiden vor allem synthetische Opioide auf. Insgesamt werden etablierte illegale Substanzen aber viel häufiger konsumiert als NPS. Um Entwicklungen in Bezug auf NPS, aber auch im Konsum und der Verbreitung anderer psychoaktiver Substanzen in Deutschland zukünftig zu beobachten, wird seit Januar 2019 das Anschlussprojekt Phar-Mon plus durchgeführt.

www.legal-high-inhaltsstoffe.de/en/pharmon-nps.html

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Vollerhebung zum Substanzkonsum in der Justizvollzugsanstalt Wittlich

Die Untersuchung des Konsums psychoaktiver Substanzen – und damit in Verbindung stehende Angebote der Gesundheitsfürsorge in Haft – hat in der Forschung in Deutschland bisher relativ wenig Aufmerksamkeit erfahren. Zahlreiche verfügbare Daten zu Prävalenzen und anderen drogenbezogenen Indikatoren im intramuralen Setting sind veraltet und zum Teil widersprüchlich.

Im Rahmen einer aktuellen Untersuchung wurden basierend auf Selbstauskünften der Inhaftierten der Männerhaftanstalt Wittlich in Rheinland-Pfalz Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen erhoben. Bezogen auf alle Inhaftierten lag die Erreichungsquote bei 41,45 Prozent (n = 193). Der Fragebogen war in vier Themenbereiche unterteilt: Konsum von Alkohol und Tabak, illegale Drogen, Risikoverhalten und Wissen zu Hilfsangeboten sowie Konsequenzen des Substanzkonsums in Haft.

Über 80 Prozent der Befragten gaben an, aktuelle Raucher zu sein. Dieser Wert liegt 2,6-mal höher als in der männlichen Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Um dieses Problem anzugehen, plant die Leitung der JVA Wittlich, einige der Justizvollzugsbeamten zu schulen, um den Insassen Rauchentwöhnung anbieten zu können.
Unter den Konsumenten illegaler Drogen spielen vor allem Cannabis und Neue psychoaktive Stoffe (NPS) wichtige Rollen. Ein Augenmerk auf diese Substanzen ist daher sinnvoll. Dies geschieht in Wittlich vor allem im Bereich der NPS durch ein Projekt zur Erkennung des NPS-Konsums durch geschulte Justizvollzugsbeamte. Die Lebenszeitprävalenzen der Inhaftierten lag für jede der abgefragten illegalen Substanzen deutlich über den Lebenszeitprävalenzen der männlichen Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, fachliche Beratung zu den Folgen des Konsums anzubieten und Behandlungsangebote zu unterbreiten.

Insgesamt haben die befragten Inhaftierten angegeben, in Haft mehr Kontakt zu Beratungsangeboten aufgenommen zu haben als in Freiheit.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Erhebung der in Deutschland abgegebenen Konsumutensilien und ausgebender Einrichtungen

Konsumierende illegaler Substanzen haben ein stark erhöhtes Risiko, sich mit Krankheiten wie HIV und Hepatitis anzustecken, wenn sie nichtsterile Konsumutensilien (zum Beispiel Spritzen, aber auch Röhrchen zum nasalen Konsum und andere) verwenden. Diese Gruppe mit sterilen Konsumutensilien zu versorgen ist deshalb eine wichtige (drogen-)gesundheitspolitische Maßnahme. Bisher war unbekannt, wo und wie viele Konsumutensilien in Deutschland verteilt werden. Das Forschungsprojekt hat deshalb zunächst eine geografische Verteilung derjenigen Projektträger erstellt, die in Deutschland diese Versorgung übernehmen. Die Ergebnisse können als Grundlage für die Planung zielgruppenspezifischer Maßnahmen und der Sicherstellung der Versorgung dienen.

Es konnten für etwa ein Drittel der deutschen Landkreise und kreisfreien Städte, in denen circa die Hälfte der deutschen Bevölkerung lebt, Ausgabestellen recherchiert werden. Städte sind wesentlich besser versorgt als ländliche Gegenden: In fast zwei Dritteln der kreisfreien Städte, in denen fast 90 Prozent der in kreisfreien Städten lebenden Personen gemeldet sind, wurden Ausgabestellen registriert. Im Gegensatz hierzu konnte nur in knapp einem Viertel der Landkreise, in denen ungefähr ein Drittel der in den Landkreisen gemeldeten Personen wohnt, eine Ausgabestelle gefunden werden. Verschiedene epidemiologische Indikatoren zeigen, dass der Anteil von Drogenkonsumierenden in Ballungszentren höher ist als auf dem Land; somit kann davon ausgegangen werden, dass über die Hälfte der Drogenkonsumierenden Deutschlands in Gegenden mit prinzipiell vorhandenem Zugang zu einer Konsumutensilienausgabe lebt. Gleichzeitig scheint die Versorgung im ländlichen Raum nicht flächendeckend sichergestellt. Auf den bisherigen Projektergebnissen aufbauend werden abgegebene Konsumutensilien gezählt, um einschätzen zu können, wie gut die Versorgung in den Gebieten mit einer Ausgabe ausgebaut ist.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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

Russischsprachige Konsumierende von illegalen Drogen weisen im Vergleich zu einheimischen Konsumierenden andere Risikofaktoren und riskantere Konsummuster auf – mit entsprechenden Folgen, zum Beispiel 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 ausreichend abgedeckt wird.

Der Bundesverband russischsprachiger Eltern (BVRE) hat sich das Ziel gesetzt, schwer erreichbare russischsprachige Familien über das Präventions- und Suchthilfesystem zu informieren sowie den Familien mit bestehender Suchtproblematik bei

Jugendlichen von 13 bis 22 Jahren deutschlandweit einen niedrigschwelligen Zugang zu diesen Informationen anzubieten.

Dabei setzt der BVRE auf sein seit mehreren Jahren aufgebautes Multiplikatorensystem, das sich in der sozialen Arbeit mit bestimmten Migrantengruppen bereits als erfolgreich erwiesen hat. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden Personen aus dem Milieu der Projektzielgruppe gewonnen, die das Vertrauen der Zielgruppe besitzen, die Sprache der Zielgruppe beherrschen und mit kulturellen Besonderheiten der Zielgruppe vertraut sind. Die Multiplikatoren werden auf die anstehende Arbeit mit der Zielgruppe professionell vorbereitet und in der Anfangsphase ihrer neuen Tätigkeit begleitet. Sie stellen ein Bindeglied zwischen der Zielgruppe und dem etablierten Hilfesystem in Deutschland dar.

Innerhalb von zwei Jahren (2017-2019) wurden 40 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu verschiedenen Themen rund um die Prävention von Drogenabhängigkeit geschult und bei Informationsveranstaltungen für Eltern und Angehörige der suchtgefährdeten sowie betroffenen Jugendlichen deutschlandweit begleitet.

Alle Themen werden kultursensibel aufgearbeitet und präsentiert. Ein Handbuch, das theoretische Grundlagen mit den im Projekt erarbeiteten Inhalten verbindet, sichert die Nachhaltigkeit der kultursensiblen Präventions- und Suchthilfearbeit.

www.bvre.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Diversity orientierte und partizipative Entwicklung der Suchtprävention und Suchthilfe für und mit Migrantinnen und Migranten (PaSuMi)

Das bundesweite Modellprojekt PaSuMi wurde vor dem Hintergrund initiiert, dass nicht alle drogenkonsumierenden oder suchtgefährdeten Menschen einen barrierefreien Zugang zur Versorgung haben. Es wurde 2017 bis 2019 in acht lokalen Einrichtungen der indizierten sowie selektiven Suchtprävention und Suchthilfe in enger Zusammenarbeit mit sog. „Peers“ partizipativ umgesetzt.

Die Peers sind im gesamten Projektverlauf an den Entscheidungen beteiligt. Ihre Perspektiven resultieren aus der eigenen Migrations- oder Fluchterfahrung. Sie gehören zu oder haben Bezug zu unterschiedlichen Gruppen, die Drogen gebrauchen oder gebraucht haben beziehungsweise suchtgefährdet sind, sprechen unterschiedliche Sprachen, einige von ihnen sind Sexarbeiter (m, w, trans) und teilen komplexe Ungleichbehandlungen in der Gesundheitsversorgung.

Ziele:

- gemeinsame Entwicklung und Evaluation neuer Ansätze für selektive und indizierte Maßnahmen der Suchtprävention
- Anpassung der Maßnahmen der Suchtprävention an den Bedarf und die Lebenswelt unterschiedlicher Migrantinnen- und Migranten-Communities

- Reflexion und Orientierung der Arbeit in den Einrichtungen am Diversity-Ansatz
- Identifikation von bundesweit anwendbaren und praxisnahen Handlungsempfehlungen

Methoden:

- Community-Map, Videos, Kunst, Sport, Peer-Research
- standortübergreifende Weiterbildungs- und Auswertungsworkshops für Praktikerinnen und Praktiker sowie Peers zur fachlichen und methodischen Unterstützung
- wissenschaftliche Begleitung
- Qualitätssicherung durch den unabhängigen Fachbeirat

www.pasumi.info/

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland. Repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Substanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe – LOGIN

Gleichwohl es in Deutschland mittlerweile erste Studien zum Dogenkonsum unter Geflüchteten gibt, fehlen nach wie vor Erkenntnisse zur Verbreitung des Substanzkonsums unter erwachsenen Geflüchteten. Ziel des LOGIN-Projektes ist es daher, die Verbreitung des Substanzkonsums unter Geflüchteten sowie die Inanspruchnahme der Suchthilfe durch substanzkonsumierende Geflüchtete zu ermitteln. Dazu wird eine repräsentative Erhebung unter Geflüchteten in den Flüchtlingsunterkünften in NRW, Bayern, Sachsen und Niedersachsen durchgeführt. In den vier Bundesländern befinden sich etwa 50 Prozent aller Geflüchteten.

Für eine repräsentative Stichprobe werden 1.617 erwachsene Geflüchtete mit einem strukturierten Fragebogen zu ihrem Substanzkonsum befragt. Vollständige Angaben sollen voraussichtlich von insgesamt 1.537 Geflüchteten vorliegen, die analysiert und gewichtet nach Alter und Geschlecht ausgewertet werden. Die Befragung erfolgt per Tablet in den Sprachen Farsi, Arabisch, Tigrinya, Französisch oder Englisch und – nach Bedarf – mithilfe von Dolmetschern.

Zurzeit ist der Fragebogen erstellt und die Programmierung für das Tablet abgeschlossen. Vor dem eigentlichen Einsatz wird der tabletgestützte Fragebogen an unterschiedlichen Geflüchteten in Hamburg und Umgebung pilotiert. Mit großer Unterstützung zuständiger Institutionen wie Landesdirektionen und Sozialämtern sind bereits Gemeinschaftsunterkünfte für die Befragung ausgewählt worden. Mit der Erhebung werden epidemiologische Erkenntnisse erwartet, die für ganz Deutschland gelten.

Die Laufzeit des LOGIN-Projektes ist von Dezember 2018 bis Februar 2021.

www.zis-hamburg.de/projekte/projektdetails/LOGIN/

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

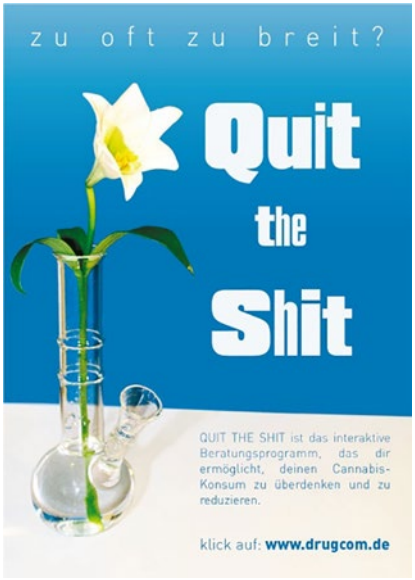
drugcom.de

Der Konsum legaler und illegaler Drogen ist insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreitet. Mit der Internetplattform 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 Nutzerinnen und Nutzer der Webseite auf ein umfangreiches, stetig wachsendes Informationsangebot zugreifen, das durch verständlich aufbereitete aktuelle Meldungen aus der Suchtforschung ergänzt wird. 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 200.000 Besucherinnen und Besuchern pro Monat gehört 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. Professionelle und speziell geschulte Beraterinnen und Berater unterstützen sie bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum. Seit Beginn haben mehr als 8.000 Personen von diesem Angebot profitiert. Das Ausstiegsprogramm wird seit 2006 in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen durchgeführt.

Mit dem „Speed Check“ wurde 2018 ein neuer Selbsttest entwickelt, der die Risiken des Konsums von Amphetaminen in den Blick nimmt. Der Test greift unterschiedliche Konsummotive und Lebensumstände auf, um leicht verständlich die spezifischen Risiken zu erläutern. Ziel des Tests ist es,



Konsumierenden nachvollziehbare Erklärungen und Empfehlungen zu geben und sie zu motivieren, ihren Konsum zu überdenken und möglichst einzustellen.

Seit 2018 besteht für drugcom.de ein eigener Kanal auf YouTube, der bei Jugendlichen beliebtesten Social Media-Plattform. Ziel des neuen YouTube-Kanals ist es, in adressatenspezifischer, grafisch ansprechender Weise sachgerecht über die Risiken und Wirkungen von Substanzen zu informieren und gleichzeitig die Reichweite von drugcom.de weiter zu erhöhen. Es wurden bislang fünf Clips zu verschiedenen Substanzen und Themen erstellt. Sie haben mit mehr als 400.000 Aufrufen eine hohe Verbreitung gefunden. Insgesamt konnten bis März 2019 bereits 8.500 Abonnentinnen und Abonnenten des neuen YouTube-Kanals von drugcom.de gewonnen werden.

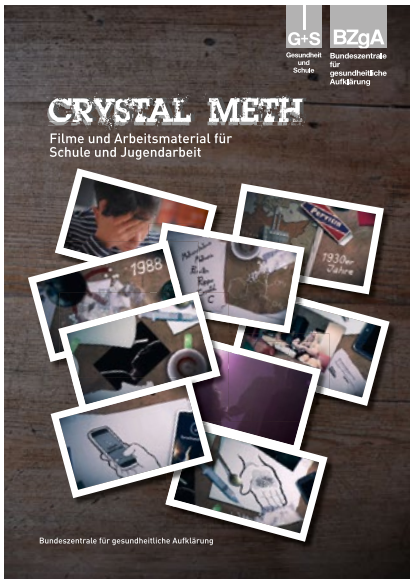
www.drugcom.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Unterrichtsmaterialien zum Thema „Crystal Meth“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlicht Unterrichtsmaterialien für Lehrkräfte und pädagogisches Fachpersonal zu verschiedenen Themen der Gesundheitserziehung und -förderung für alle Schularten und Schulstufen. Die Handreichungen enthalten Sachinformationen zur Thematik und baukastenartige Angebote zur Realisierung eines Themas im Unterricht.

In Ergänzung des bereits erschienenen Unterrichtsmaterials „Crystal Meth – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 8-12“ können Lehr- und Fachkräfte das Medienpaket „Crystal Meth – Filme und Arbeitsmaterial für Schule und Jugendarbeit“ kostenfrei bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beziehen.

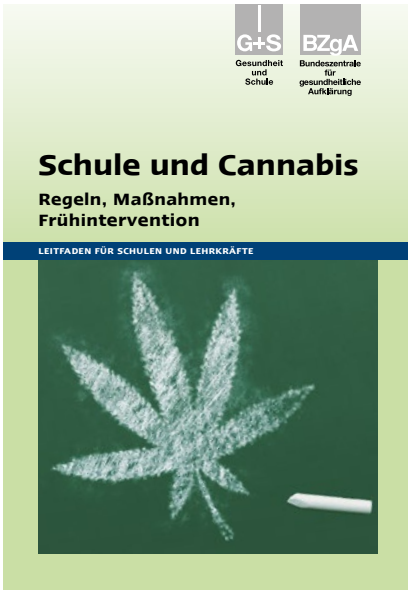


Das Medienpaket umfasst vier Kurzfilme mit Sachinformationen und Unterrichtsbausteinen zum Thema „Crystal Meth“. Das Filmangebot regt dazu an, dass sich Jugendliche ab 14 Jahren nachdenklich und produktiv sowohl mit dem aktuellen Thema „Crystal Meth“ (Methamphetamin) auseinandersetzen als auch mit Lebenssituationen, in denen Suchtmittel aller Art auftauchen und eine spezifische Rolle spielen können. Die Materialien unterstützen Lehrkräfte bei der Aufgabe, junge Menschen so in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern, dass sie in ihrem Leben selbstbestimmt, sozial verantwortlich und überlegt „Nein“ zu illegalen Drogen sagen können und andere Wege finden, um mit schwierigen und herausfordernden Lebenssituationen oder Stress umzugehen.

Veröffentlicht von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„Schule und Cannabis – Regeln, Maßnahmen, Frühintervention“

Ein Leitfaden für Schule und Lehrkräfte



Der Leitfaden „Schule und Cannabis“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) enthält Vorschläge zum Umgang mit dem Thema „Cannabis“ in der Schule und geht dabei auf zwei wesentliche Fragenkomplexe ein:

1. Wie kann die Schule als Ganzes mit der illegalen Droge Cannabis umgehen?
   Welche Regeln müssen gelten und welche Maßnahmen sollten im Fall von Konsum getroffen werden?

2. Wie können Lehrkräfte in konkreten Konsumsituationen mit Schülerinnen und Schülern konstruktiv umgehen?

Der Leitfaden vermittelt Ideen zur Entwicklung eines schulinternen Regelsystems und gibt Lehrerinnen und Lehrern Hinweise, wie sie im konkreten Fall auf Problemsituationen adäquat reagieren können. Schließlich werden Anregungen zur Entwicklung eines Interventionsleitfadens vorgestellt, dem man im Fall von Übertretungen und Regelbrüchen folgen kann. Sachinformationen Zahlen, Fakten und die Gesetzeslage zu Cannabis betreffend sowie Hinweise auf Internetseiten, Materialien und Ansprechpersonen in den Bundesländern ergänzen das Angebot.

Veröffentlicht 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 das Hepatitis-C-Virus betreffend. 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, anonymen Tests auf HIV und HCV für Drogenkonsumierende. Das Projekt baut auf den Ergebnissen und Empfehlungen der vom RKI durchgeführten DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland) auf.

Es hat sich zum Ziel gesetzt, ein niedrigschwelliges Beratungs- und Testangebot zu HIV und Hepatitis für Drogen gebrauchende Menschen mit keinem oder nur einem eingeschränktem Zugang zu medizinischen Angeboten einzurichten, HIV- und/oder HCV-Infektionen frühzeitig zu erkennen, um eine Behandlung einzuleiten, und den Wissensstand zu HIV- und Hepatitis-Virus-Infektionen in der Zielgruppe (weiter) zu erhöhen. An den sechs Projektstandorten werden im Zeitraum Januar 2018 bis August 2019 wöchentlich Beratungen zu HIV, Hepatitis, Risikosituationen wie das Teilen von Konsumutensilien und Schutzmöglichkeiten durchgeführt. Begleitend werden kostenlose und anonyme Schnell- und Labortests auf HIV und HCV zur Verfügung gestellt. Bei einem positiven Testergebnis wird Unterstützung bei der Weiterleitung in eine Behandlung angeboten, unter anderem 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 e. V. (PKV) finanziert (Standorte Hamburg, Bremen, Hannover, Troisdorf und Begleitevaluation). Die beiden zusätzlichen Standorte Dortmund und Düsseldorf werden durch das Land NRW gefördert.

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Central Asia Drug Action Programme (CADAP)

Die zentralasiatischen Staaten Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan sind Schlüsselregionen für internationale Aktivitäten zur Bewältigung der dort wachsenden Drogenproblematik geworden. Die Nachbarregion zu Afghanistan ist zunehmend mit dem Schmuggel von Opium, Heroin und Cannabis und neuerdings NPS sowie mit einer wachsenden Zahl von Drogenabhängigen, insbesondere injizierenden Heroinabhängigen, konfrontiert.

Dies stellt nicht nur ein gesundheitliches Problem dar, sondern ist gleichzeitig Ausdruck wachsender wirtschaftlicher sowie sozialer Instabilität und Korruption. Nachdem das Problem zunächst geleugnet wurde, reagierte die Gesellschaft schließlich mit zunehmender strafrechtlicher Verfolgung von Heroinkonsumierenden. Insbesondere aufgrund der drohenden Ausbreitung von Infektionsrisiken wie HIV und Hepatitis wird der Drogenkonsum inzwischen als gesundheitliches und soziales Problem wahrgenommen. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist die Zahl der Opiatnutzer schnell angewachsen. Mindestens 400.000 Heroinkonsumierende leben in der gesamten Region. Nur ein kleiner Teil von ihnen ist bislang in das gesundheitliche und psychosoziale Versorgungssystem eingebunden. Dabei sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Versorgungssystems nicht nur hochmotiviert, sondern auch fachlich gut qualifiziert. Zunehmend orientieren sie sich weg von der traditionellen, russisch geprägten „Narkologie“ hin zu modernen Methoden der Psychotherapie und der medikamentösen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

Zu den bisher erreichten Erfolgen zählt die Verbesserung der Datensituation über die Drogenproblematik, die Einführung moderner und effektiver Präventionsstrategien und die Entwicklung psychosozialer Behandlungsmethoden für Drogenabhängige, einschließlich der Etablierung von Substitutionsbehandlung. Das von der EU geförderte Projekt CADAP soll diese Erfolge festigen. Ein europäisches Konsortium setzt es von 2015 bis 2019 bereits in der sechsten Phase um. Die Frankfurt University of Applied Sciences ist für die Komponente Behandlung zuständig und organisiert Schulungen von Expertinnen und Experten aus der zentralasiatischen Region mit Trainerinnen und

Trainern aus Deutschland. Diese verfügen über langjährige Erfahrungen im deutschen Suchthilfesystem. Hierbei waren und sind sie auch mit einer nicht unerheblichen Anzahl von russischsprachigen Drogenkonsumierenden und deren sozialkulturellem Verständnis von Abhängigkeit und Behandlung konfrontiert.

Diese Erfahrungen können wichtige Impulse für die Behandlungspraxis in Zentralasien geben – insbesondere bei russischsprachigen Klientinnen und Klienten.

Gefördert durch: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Promoting alternative livelihood, sustainable livelihood and job creation at the border provinces of Iran-Afghanistan

Das 2016 bis 2017 geförderte Projekt von UNODC (Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen) soll den Grundstein legen, um für die lokale Bevölkerung langfristige Alternativen zu Drogenanbau und –schmuggel zu schaffen. Ein wichtiger Aspekt dabei ist es, in der wirtschaftlich unterentwickelten Zielregion Arbeitsplätze außerhalb der Drogenproduktion zu schaffen. Zunächst wurde in den iranischen Provinzen Khorosan Razavi, Südkorosan und Sistan-Belutschistan sowie in den afghanischen Provinzen Farah, Herat und Nimrouz eine Machbarkeitsstudie „Alternative Livelihood and Sustainable development" durchgeführt, in der Alternativen für die Sicherung des Lebensunterhalts und die Berufsausbildung in den Regionen aufgezeigt wurden. Drei Workshops in der iranisch-afghanischen Grenzregion befassten sich mit den dringendsten Herausforderungen und Problemen in der Region, mit denen sich Frauen in ihrer neuen Rolle als Haushaltsvorstand und neu gegründete Kleinstunternehmen konfrontiert sehen. An diesen Workshops nahmen überwiegend Frauen teil.
Auf der Konferenz „Tehran Meeting on Sustainable Development and Job Creation" am 26./27. September 2017 in Teheran wurden die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie sowie zwei weitere Studien präsentiert. Die rund 80 Teilnehmenden aus dem Iran, Afghanistan und der internationalen Gemeinschaft stellten ergänzend dazu ihre Ideen zu diesen Themen vor und diskutierten in Kleingruppen intensiv über Lösungsvorschläge.

Studie:

www.bit.ly/Feasibility-Research-Alternative-Livelihood_2016-2017

www.bit.ly/SME-Entrepreneurship-paper-workshops-2016-2017

Konferenzbericht:

www.unodc.org/islamicrepublicofiran/en/tehran-meeting-on-sustainable-development-and-job-creation--26-27-september-2017--tehran.html

Gefördert durch: Auswärtiges Amt

Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung – Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD)

Die internationale Drogenpolitik richtet sich zunehmend an entwicklungs-, menschenrechts- und gesundheitsorientierten Ansätzen aus. Für die Umsetzung dieser Ansätze fehlen interessierten Regierungen jedoch oft hinreichend entwickelte, evidenzbasierte Instrumente.

Hierbei setzt das Vorhaben Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung an. Das Vorhaben wird 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 umgesetzt. Es trägt dazu bei, innovative Ansätze der Drogenpolitik in den Sektoren ländliche Entwicklung, öffentliche Gesundheit und Menschenrechte international zu positionieren und mit ausgewählten Partnerregierungen umzusetzen.

Das Vorhaben wurde im März 2019 vom BMZ mit der Umsetzung im Rahmen einer Folgephase von März 2019 bis Mai 2022 beauftragt. Aktuell agiert das Projekt an den Standorten Berlin, Bonn, Bogotá und Bangkok.

Der Fokus liegt auf folgenden vier **Handlungsfeldern:**

1. Das Vorhaben fördert den internationalen drogenpolitischen Dialog. Ziel ist die Verankerung von entwicklungs-, menschenrechts- sowie gesundheitspolitischen Aspekten der globalen Drogenproblematik auf normativer Ebene im Rahmen der Vereinten Nationen und anderen relevanten globalen Foren. Darüber hinaus stärkt das Vorhaben gemeinsame Positionen interessierter Regierungen zu diesen Ansätzen der Drogenpolitik.

GPDPD Global Partnership on Drug Policies and Development

2. Das Vorhaben fördert auf bilateraler Ebene durch Beratungs- und Pilotmaßnahmen die Anpassung der drogenpolitischen Instrumente interessierter Regierungen in Asien, Südosteuropa und Lateinamerika in den Bereichen ländliche Entwicklung, Menschenrechte und öffentliche Gesundheit.

3. GPDPD trägt zu einer Erweiterung der wissenschaftlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Drogenpolitik bei. Es entwickelt und testet innovative Ansätze im Rahmen einer entwicklungs-, menschenrechts- und gesundheitsorientierten Drogenpolitik.

4. GPDPD erhöht die Sichtbarkeit der drogenpolitischen Ansätze der Bundesregierung und der EU mit den o. g. Schwerpunkten in digitalen Medien.

In allen vier 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) sowie fallweise mit anderen Partnern.

www.gpdpd.org

Gefördert durch: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

iPIN: intervenieren bei Problematischer InternetNutzung – Präventive Maßnahmen bei Risikogruppen

Problematischer und pathologischer Internetgebrauch stellen ein häufiges Problem dar. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene sind vulnerable Gruppen hinsichtlich der Entwicklung eines Suchtverhaltens. Ziel des Projektes ist es deshalb, innerhalb dieser Risikogruppen die Wirksamkeit einer telefonischen Kurzintervention zu prüfen und die Studienteilnehmenden zu einer Änderung ihrer problematischen Internetnutzung zu bewegen. Bis Ende Februar 2019 nahmen 8.347 Berufsschülerinnen und -schüler am Screening im Klassenverband teil.

427 Teilnehmende wurden in tiefergehenden Telefon-Interviews befragt. Bei mindestens zwei erfüllten Diagnosekriterien für Internetbezogene Störungen nach DSM-5 erfolgt eine Randomisierung in Interventions- und Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe erhält bis zu drei telefonische Beratungsgespräche basierend auf der motivierenden Gesprächsführung. Nach sechs und zwölf Monaten werden beide Gruppen telefonisch nachbefragt. Das Projekt endet im März 2020.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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

Geschlechtsspezifische Vergleiche haben ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Prävalenz von internetbasierten Störungen bei Männern und Frauen gibt. Gleichzeitig wendet sich lediglich ein geringer Anteil weiblicher Betroffener an das suchtspezifische Hilfesystem. Ziel der Studie ist die Überprüfung der Ursachen dieser Diskrepanz zwischen Prävalenz und Inanspruchnahme des Suchthilfesystems. Dabei wird insbesondere drei Haupthypothesen nachgegangen: fehlende Wahrnehmung durch Dritte, Aufsuchen anderer Versorgungsbereiche, Methodenartefakte .

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass es keine substanziellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf psychopathologische Symptombelastung und Funktionsniveau gibt.

Stattdessen zeichnet sich ab, dass Frauen andere, teilweise deutlich schwerwiegendere komorbide Störungen aufweisen als Männer. So treten bei Männern häufiger unipolare depressive Störungen sowie soziale und Agoraphobien auf, während sich bei Frauen vermehrt psychotische, Zwangs- oder Borderlinestörungen finden lassen. Auch zeichnen sich unterschiedliche Zugangswege ab: Während Männer direkt durch Eigeninitiative oder Angehörige den Weg ins Suchthilfesystem finden, werden Frauen zumeist von Vorbehandelnden dorthin verwiesen.

Die Grundidee des Projekts ist, künftig zielgerichtete Angebote auszuarbeiten und zu implementieren, um für die betroffenen Frauen eine entsprechend angepasste Versorgung zu gewährleisten.

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." wurde 2003 ins Leben gerufen und 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.

SCHAU HIN! kooperiert mit mehr als 60 Initiativen und Organisationen aus den Bereichen Pädagogik, Wohlfahrt und Prävention. Dazu gehören unter anderem 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. Hierbei 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, ein Umfeld 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 zudem 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 „Ins Netz gehen“ richtet sich vorrangig an junge Menschen im Alter von zwölf bis 18 Jahren. Die Kampagne umfasst jugendgerechte Informations- und Mitmachangebote.

Ein zentrales Kampagnenmodul ist dabei das Internetportal. Dort finden Jugendliche vielfältige themenbezogene Informationen, die interaktiv und zum Teil spielerisch aufbereitet sind. Unter anderem können sie bei einem Online-Selbsttest herausfinden, ob sie tendenziell schon zu einer exzessiven Mediennutzung neigen. Wenn das Testergebnis eine derartige Tendenz zeigt, können Jugendliche im Anschluss am Online-Verhaltensänderungsprogramm „Das andere Leben“ teilnehmen. Dieses bietet ihnen interaktive Aufgaben zur Auseinandersetzung mit der eigenen Mediennutzung inklusive einer individuellen Beratung und regelmäßigem Feedback durch einen persönlichen Coach.

Ein weiteres Kampagnenmodul ist das Multiplikatorenportal für Eltern, Lehr- und Fachkräfte. Sie können sich dort über die Kampagne und das Peerprojekt „Net-Piloten“ informieren und die Broschüre sowie den Flyer kostenfrei bestellen oder downloaden. Zudem steht eine Beratungsstellendatenbank zur Verfügung. Ergänzt wird das Angebot durch eine Mailberatung für Eltern, Lehr- und Fachkräfte, die sich Sorgen um die Mediennutzung bei Jugendlichen machen. Allgemeine Fragen und konkrete Anliegen werden individuell durch wissenschaftlich gesicherte Antworten und pädagogisch bewährte Tipps beantwortet.

ins-netz-gehen.de
Online sein mit Maß und Spaß.

Seit September 2014 wird das bundesweite Peerprojekt „Net-Piloten“ in Schulen umgesetzt. In Zusammenarbeit mit den Länderkoordinatorinnen und -koordinatoren für Suchtprävention sowie den kommunalen Fachstellen für Suchtprävention und Schulen konnten bislang rund 22.000 Jugendliche und ihre Eltern mit dem Peerprojekt erreicht werden. Das Projekt befindet sich in der Phase der Verstetigung und soll mit „Train-the-Trainer-Schulungen“ und in enger Abstimmung mit dem Kultuskreis bundesweit implementiert werden.

www.ins-netz-gehen.de

www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Pathologisches Glücksspiel

Früherkennung von Problemspielerinnen und Problemspielern an Geldspielautomaten: Praxistest zur Validierung eines Screening-Instrumentes

In der Studie wurde das von Hayer et al. (2013) entwickelte Screening-Instrument mit 18 Kriterien zur Früherkennung von Problemspielerinnen und Problemspielern in Spielhallen überprüft. Das Screening-Instrument erfüllt für die Personengruppe mit mindestens vier DSM-5-Kriterien (Grenzwert zur Diagnose einer Störung durch Glücksspielen) die Gütekriterien für ein nützliches Früherkennungsinstrument. Entscheidende Kennwerte sind dabei Sensitivität und Spezifität des Screening-Instruments. Bei gleichwertiger Optimierung von Sensitivität und Spezifität ergibt eine Anzahl von mindestens sechs zutreffenden Screening-Kriterien einen optimalen Grenzwert zur Identifikation der betreffenden Person. Personen mit geringerer Symptomschwere erkennt das Instrument nicht zuverlässig. Ein Fünftel der Personen mit mindestens vier DSM-5-Kriterien fiel dem Personal durch kein einziges Screening-Item auf.

Laut Selbstauskunft ist das Instrument durch das Personal insbesondere für Stammspielerinnen und -spieler gut einsetzbar. Es lässt sich in der Gesamtbewertung als ein nützliches Hilfsmittel zum Erkennen stark belasteter Personen ansehen. Die Schwierigkeiten bei der Früherkennung und -intervention in Spielstätten können dadurch jedoch nicht vollständig behoben werden.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 2007 mit der Kampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ bundesweite Maßnahmen zur Prävention von Glücksspielsucht durch. Die massenmediale Kampagne erreicht die Bevölkerung über Internetauftritte, Printmaterialien sowie verschiedene Telefonberatungsangebote.

Das Internetportal www.spielen-mit-verantwortung.de bietet als eher hochschwelliges Angebot inhaltliche und juristische Informationen zum Thema Glücksspielsucht und klärt über die Gefahren einzelner Glücksspiele auf.

Das Internetportal www.check-dein-spiel.de ist ein interaktives und eher niedrigschwelliges Angebot für die Allgemeinbevölkerung. Es bietet neben einem Wissens- und einem Selbsttest eine individuelle E-Mailberatung und das Online-Verhaltensänderungsprogramm „Check out“.

Wer an dem Programm teilnimmt, hat unter anderem die Möglichkeit, sich regelmäßig und ganz persönlich von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten online beraten zu lassen.

Von 2007 bis Februar 2019 konnten mit „Check out“ 2.145 Personen erreicht werden. Annähernd 250.000 Personen (Stand Februar 2019) haben den Online-Selbsttest zur Einschätzung des eigenen Glücksspielverhaltens gemacht.

Als niedrigschwelliges, kostenfreies und anonymes Angebot ist die BZgA-Telefonberatung zur Glücksspielsucht an 363 Tagen im Jahr (ausgenommen der 24.12. und der 31.12.) unter der Telefonnummer 0800-1372700 für von Glücksspielsucht betroffene Menschen, deren Angehörige und Freunde zu erreichen.

Spezielle türkisch-, polnisch- und russischsprachige Telefonberatungsangebote richten sich an Menschen mit Migrationshintergrund. Detaillierte Informationen hierzu sind auf www.check-dein-spiel.de zu finden.

Die Kampagne bietet darüber hinaus zielgruppenspezifische, schriftliche Informationsmaterialien zur Glücksspielsuchtprävention in verschiedenen Fremdsprachen wie Englisch, Französisch, Arabisch, Russisch und Türkisch. Zum Themenbereich „Risiken von Sportwetten“ wurden spezielle Materialien – ebenfalls in den genannten Fremdsprachen – erstellt.

www.spielen-mit-verantwortung.de

www.check-dein-spiel.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

4.2 Suchtstoff- bzw. suchtformübergreifende Projekte

Forschungsverbund zu Suchterkrankungen: Früherkennung und Intervention über die Lebensspanne

Der Forschungsverbund AERIAL (Addiction: Early Recognition and Intervention Across the Lifespan) untersucht neue Möglichkeiten der Früherkennung, gesundheitlichen Versorgung und ärztlichen Behandlung von Alkohol- und Tabaksucht, etwa durch internet- und smartphonebasierte Anwendungen. Das Verbundprojekt läuft von 2015 bis 2021.

Eine Beobachtungsstudie untersucht molekulare Mechanismen von Risiko und Resilienz in Bezug auf Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen. Die Untersuchungen umfassen funktionelle und strukturelle Bildgebung sowie genetische und neuropsychologische Tests. Insgesamt werden rund 700 Probandinnen und Probanden untersucht. Begleitend finden genetische und epigenetische Analysen statt.

Eine smartphonebasierte klinische Studie richtet sich an Personen, die regelmäßig rauchen und in riskantem Umfang Alkohol trinken. Betroffene sollen zu einer Verhaltensänderung motiviert werden. Eine weitere klinische Studie untersucht die Wirksamkeit individueller E-Health-Intervention in der Primärversorgung bei problematischem Alkoholkonsum und komorbiden depressiven Symptomen. In beiden klinischen Studien konnte die erforderliche Probandenzahl erreicht werden. Derzeit erfolgen spezifische Zielgruppenanalysen sowie Optimierungen der entwickelten E-Health-Plattformen.

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

Gefördert durch: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Forschungsverbund IMAC-MIND: Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung der Suchtgefahr im Kindes- und Jugendalter

Der Forschungsverbund IMAC-MIND hat das Ziel, Risikofaktoren für die Entstehung von Suchterkrankungen zu identifizieren und diagnostische Verfahren zu verbessern. Außerdem sollen speziell auf Kinder und Jugendliche zugeschnittene Präventionsprogramme entwickelt und in ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Beispielsweise wird für schwangere Frauen eine Smartphone-App mit einem psychotherapeutischen Programm entwickelt und erprobt. Ziel ist es, Stress, Alkoholkonsum und Rauchen während der Schwangerschaft zu verhindern. Eine klinische Studie untersucht die Wirksamkeit einer achtsamkeitsbasierten Intervention für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Das siebenwöchige Präventionsprogramm „Familien stärken“ soll eine Verringerung des Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen im Alter von zehn bis 14 Jahren, bei denen frühe Verhaltensauffälligkeiten vorliegen, bewirken. Der Forschungsverbund wird über vier Jahre von 2017 bis 2021 gefördert.

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

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

Das von 2017 bis 2020 laufende 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, sodass 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 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

Expertenkonferenz Alkohol und Tabak – Auftaktveranstaltung zur Identifizierung der Aktualisierungsbedarfe

Unter der Leitung von Prof. F. Kiefer (Mannheim) und Prof. A. Batra (Tübingen) beschäftigten sich auf einer Expertentagung am 29. und 30. April 2019 in Mannheim 32 Delegierte unterschiedlicher Fachgesellschaften mit der Weiterentwicklung einer leitliniengerechten Suchttherapie; Dr. M. Nothacker von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. moderierte die Tagung.

Ziel war es einerseits, einen Überblick über den wissenschaftlichen Fortschritt der vergangenen fünf Jahre zu gewinnen, indem seit 2014 erschienene systematische Reviews zur Behandlung der Alkohol- bzw. Tabakabhängigkeit ausgewertet wurden. Zum anderen sollten Aktualisierungsbedarfe bestehender S3-Behandlungsleitlinien festgestellt und Impulse zur Überarbeitung dieser Leitlinien entwickelt werden.

Die Bedeutung der aktuellen Leitlinien für die Behandlung der Alkohol- und Tabakabhängigkeit wurde kritisch bewertet. Diskutiert wurde, wie eine weitere Implementierung in der Breite der Versorgung gelingen kann, etwa durch Einbeziehung der Fachverbände der Hebammen, der Selbsthilfe und von Kostenträgern.

Am ersten Tag des Treffens lag der Fokus auf den Behandlungsmöglichkeiten des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums im Hinblick auf die Forschungslage. Es zeigte sich, dass insbesondere in den Themenbereichen der Motivationsbehandlung und der Kurzinterventionen, der schwangeren

Konsumentinnen und im Bereich der Versorgungssituation die Behandlungsleitlinien weiterentwickelt werden müssen. Der umfangreiche neue Forschungsstand zu Risiken und potenziellem Nutzen von E-Zigaretten führte zu lebhaften Diskussionen. Ebenfalls wurde der Frage nachgegangen, wie vorhandene medikamentöse Behandlungsansätze bei Jugendlichen angewandt werden sollten oder welche therapeutische Bedeutung den computer- bzw. smartphonebasierten Apps in diesem Bereich zuzuschreiben ist.

Am zweiten Tag betrachteten die Experten den aktuellen Forschungsstand bei alkoholbezogenen Störungen. Hierbei wurden aktuelle Entwicklungen im Bereich der computer- bzw. smartphonebasierten Diagnostik und deren Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der alkoholbezogenen Störungen hervorgehoben. Ebenfalls zeigte sich in der Forschungsliteratur ein Entwicklungstrend im Bereich der digitalisierten Kurzinterventionen sowie achtsamkeitsbasierter Therapieansätze. Hieraus ergaben sich weitere wichtige Schlussfolgerungen für die Patientenversorgung. Einen weiteren zentralen Aspekt stellte die aktualisierte Forschungslage zu komorbiden somatischen sowie psychischen Störungen dar.

Um der Breite der Unterthemen gerecht zu werden, wurden mehrere Arbeitsgruppen für engere Zusammenarbeit gebildet. Diese werden eine detaillierte Beschreibung des aktuellen Stands der Teilbereiche und der daraus resultierenden Implikationen für die Behandlung der Patienten anhand ihrer Expertise und der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur erarbeiten. Es ist geplant, in einer weiteren Expertentagung 2020 diese Implikationen zur Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums sowie der alkoholbezogenen Störungen zusammenzutragen.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Individualisierte, risikoadaptierte internetgestützte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren (IRIS)

Mit dem Rauchen von Zigaretten und dem Trinken alkoholischer Getränke nehmen Schwangere reproduktionstoxische Substanzen zu sich, die gravierende Folgen (Fehl- und Frühgeburten, Missbildungen, Fetales Alkoholsyndrom etc.) haben können.

Bereits 2013 wurde an der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung des Universitätsklinikums Tübingen mit der Unterstützung aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit damit begonnen, die interaktive Onlineplattform IRIS aufzubauen. IRIS soll Schwangere, die rauchen oder Alkohol konsumieren, dazu motivieren, diesen Konsum einzustellen oder zumindest zu reduzieren. Neben sorgfältig didaktisch aufbereiteten, seriösen Informationen bietet IRIS bewährte Techniken der Verhaltenstherapie an. IRIS stellt dabei ein anonymes und von möglichen Schuldvorwürfen freies Lernumfeld bereit, sodass Barrieren überwunden werden können, die ansonsten die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung behindern würden. IRIS kann auch auf sehr persönliche Fragen und Probleme eingehen, denn über eine „E-Coach“-Funktion kann auf Wunsch mit psychotherapeutisch geschulten Psychologinnen per E-Mail kommuniziert werden.

Mit der Überarbeitung von IRIS-III wurde IRIS flexibilisiert, sodass es selbstbestimmt und nach den Bedürfnissen der Schwangeren ausgerichtet genutzt werden kann. Die Überarbeitung $IRIS_{plus}$ soll IRIS noch stärker auf unterschiedliche Zielgruppen ausrichten und die Textverständlichkeit sowie die Usability weiter verbessern. Anfang 2021 wird IRIS zu einem effektiven und dabei weiterhin kostenlosen Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weiterentwickelt sein. IRIS ist bereits jetzt in der Version IRIS-III kostenfrei und anonym nutzbar.

www.iris-plattform.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Suchtprävention in der Ausbildung

Ziel des Projektes war es, die Verbreitung, die Inanspruchnahme und den Einfluss von Suchtpräventionsmaßnahmen in berufsbildenden Schulen zu untersuchen. Das Vorhaben knüpfte an eine Längsschnittstudie 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. Zwei Drittel der seinerzeit befragten Auszubildenden besuchten eine berufliche Schule, in der laut Aussage der Einrichtung eine Suchtpräventionsmaßnahme angeboten wurde. Ein Viertel der Auszubildenden war laut Selbstaussage in Kenntnis dieses Angebots. Am häufigsten nahmen sie an, dass eine Tabakpräventionsmaßnahme angeboten wurde (20 Prozent), beim Thema Alkohol waren es 16, bei Cannabis elf und bei Glücksspiel drei Prozent. Die selbstberichtete Teilnahmequote lag bei 26 Prozent. In schulischen Ausbildungsgängen war diese Quote mehr als doppelt so hoch wie in Ausbildungsgängen des dualen Systems.

Es zeigten sich Hinweise, dass Auszubildende, die von einer Teilnahme berichteten, in den ersten 18 Monaten der Ausbildung ihren Cannabiskonsum seltener steigerten und häufiger den Tabakkonsum reduzierten als diejenigen ohne Teilnahme. Zusammengefasst zeigte sich, dass trotz des Engagements vieler beruflicher Schulen, suchtpräventive Maßnahmen anzubieten, diese nur einem kleinen Teil der Auszubildenden zugänglich oder bekannt sind. Aus Sicht vieler Einrichtungsleitungen ist die Kompetenz der Lehrkräfte zur Durchführung suchtpräventiver Programme zu niedrig bis nicht vorhanden. Zwar zieht es die Mehrheit vor, dass die Programme von externen Kräften durchgeführt werden. Jedoch sah aber auch etwa die Hälfte die Möglichkeit interner Durchführungen – je nachdem, welche Maßnahme organisatorisch passend erscheint. Die Erarbeitung eines flächendeckenden Fortbildungskonzeptes erscheint daher sinnvoll.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

JugendFilmTage

Die JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ sind Teil der BZgA-Jugendkampagnen „rauchfrei“, „Alkohol? Kenn dein Limit.“ und „Null Alkohol – Voll Power“. Von 2004 bis 2018 machte die bundesweite BZgA-Tour 225 Mal in insgesamt 147 Städten bzw. Landkreisen Station. Insgesamt erreichten die BZgA-JugendFilmTage seit 2004 mehr als 200.000 Schülerinnen und Schüler und annähernd 14.000 Lehrkräfte. Ende 2018 kam die Tour zum Abschluss. Seither werden die JugendFilmTage von Ländern und Kommunen eigeninitiativ mit Unterstützung der BZgA umgesetzt.

Filmvorführungen in großen Kinokomplexen und Mitmach-Aktionen in den Kinofoyers, also in attraktiven außerschulischen Lernorten, motivieren Schülerinnen und Schüler aller Schulformen im Alter von zwölf 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.

JUGENDFILMTAGE
Nikotin und Alkohol
Alltagsdrogen im Visier

Die BZgA hat mit insgesamt elf Bundesländern Kooperationsvereinbarungen zur eigeninitiierten Umsetzung der JugendFilmTage in den Ländern und Kommunen geschlossen und unterstützt den Verstetigungsprozess auch 2019 mit einem individuellen Beratungsservice sowie dem Mitmach-Aktionen-Set und weiteren Angeboten.

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

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

„KlarSicht“-Mitmach-Parcours und „KlarSicht“-Koffer 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 Einsätzen in 46 Schulen bundesweit konnte der „KlarSicht“-Mitmach-Parcours im Jahr 2018 annähernd 12.000 Schülerinnen und Schüler sowie rund 350 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreichen.

Aufgrund der hohen Nachfrage nach dem „KlarSicht“-Mitmach-Parcours wurde eine flexibel einsetzbare Koffervariante entwickelt. Sie wurde erfolgreich evaluiert. Train-the-Trainer-Schulungen ermöglichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einen qualitätsgesicherten Einsatz und eine nachhaltige Verankerung in Kommunen. Im Jahr 2018 konnten über die BZgA mit Unterstützung der Privaten Krankenversicherung 80 KlarSicht-Koffer kostenfrei an die Länderkoordinatorinnen und –koordinatoren für Suchtprävention abgegeben werden.

KlarSicht
MitmachParcours zu Tabak und Alkohol

www.klarsicht.bzga.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Klasse2000

Klasse2000 ist ein bundesweit angebotenes Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, sowie Sucht- und Gewaltvorbeugung in Grundschulen. Es begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten 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 etwa 15 Stunden im Schuljahr. Bis zu drei Stunden gestalten geschulte Klasse2000-Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer, die restlichen Stunden die Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer. Dafür erhalten sie 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 unter anderem Lebensqualität, Selbstwert, Verhaltensstärken und -auffälligkeiten, Klassenklima, Opfer- und Täterschaft von Bullying, Freizeitverhalten, Alkoholkonsum und Rauchen. Neben einer Studie in vierten 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. Sie will die Lebenskompetenzen fördern und die Persönlichkeit von Kindern im Alter von vier bis zwölf Jahren stärken. Im Rahmen der Initiative sollen die Kinder Konflikt-, Kommunikations- und Teamfähigkeit erlernen und Eigenverantwortung sowie Selbstvertrauen verbunden mit einem gesunden Selbstwertgefühl entwickeln.

Die Initiative richtet sich an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder tragen: Eltern und Erziehende, Lehrkräfte der Grundschule und der Sekundarstufe I sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die im Sportverein mit Kindern arbeiten. Im Jahr 2018 war die Initiative „Kinder stark machen“ auf bundesweit 20 Sport- und Familienveranstaltungen mit insgesamt rund 400.000 Besucherinnen und Besuchern präsent.

Ein Schwerpunkt der Initiative 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 2018 wurden auf Nachfrage der Sportvereine knapp 2.000 „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 der Initiative konnten im Jahr 2018 außerdem rund 2.000 Trainerinnen und Trainer persönlich erreicht werden.

www.kinderstarkmachen.de

Durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

KidKit

Das Projekt KidKit – Hilfe für Jugendliche bei Problemeltern – bietet Kindern und Jugendlichen, die in Familien mit Suchterkrankungen (einschließlich Glücksspielsucht), Gewalt und/oder psychischen Erkrankungen aufwachsen, internetbasiert Informationen, Beratung und Hilfe an. Neben altersgerechten, ausführlichen Informationen zu diesen Themen gibt es die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per E-Mail oder Chat. Die besondere Stärke des Projektes ist die Anonymität und Niedrigschwelligkeit. Als Online-Plattform ist www.KidKit.de bundesweit für alle betroffenen Kinder und Jugendlichen anonym und kostenfrei zugänglich.

Das neue Projekt KidKit networks hat ein bundesweites Netzwerk von Hilfeangeboten aufgebaut. Das Portal auf der Internetseite von KidKit dokumentiert alle Beratungs-, Therapie- und Gruppenangebote, die für betroffene Kinder und Jugendliche bundesweit bestehen. Auf der KidKit-Website sind sie anschaulich in Form einer digitalen Landkarte dargestellt, um einen schnellen Zugang zu ermöglichen.

Mit einem bundesweiten Adresssystem spezifischer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche aus sucht-, gewalt- und psychisch belasteten Familien wurde eine sehr transparente und innovative Übersicht geschaffen, die sowohl betroffenen Kindern und Jugendlichen als auch Fachkräften und Multiplikatoren die Suche nach passgenauen Angeboten entscheidend erleichtert. Nicht in jeder Kommune gibt es für die besonderen Problemlagen individuell geeignete Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten. In einem landesweiten Adresssystem kann gezielt nach dem nächstgelegenen passgenauen Angebot gesucht werden. Zudem ermöglicht die Plattform eine bessere Vernetzungsmöglichkeit der Fachkräfte untereinander. Analog gilt dies auch für Eltern, betroffene Familienangehörige, Freunde und Verwandte.

Die animierte, bundesweite Datenbank konnte im vergangenen Jahr erfolgreich auf der KidKit-Website unter dem neuen Reiter „Hilfe vor Ort" online gestellt werden und wurde über eine Dauer von drei Monaten in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung evaluiert.

Erfreulicherweise ergab sich Mitte 2018 die Möglichkeit, KidKit networks bundesweit auf alle

Zielgruppen zu erweitern – ursprünglich wurde nur die Zielgruppe Kinder suchtkranker Eltern finanziert. Die Bundesregierung teilte hierbei eine weitere Bewilligung für die Zielgruppe Kinder glücksspielsüchtiger Eltern mit. Im Zuge dessen wurde die Datenbank aus Eigenmitteln der Drogenhilfe zusätzlich um die Zielgruppen Kinder psychisch kranker Eltern und Kinder von gewalttätigen Eltern ergänzt, sodass eine bundesweite Versorgung für alle betroffenen Kinder und Jugendliche erreicht werden konnte.

www.kidkit.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien

In den vergangenen zehn Jahren sind Fachwelt und Politik zunehmend darin übereingekommen, dass der Aufbau disziplinübergreifender Hilfenetzwerke zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe sowie medizinischer Versorgung für eine bedarfsgerechte Unterstützung von Familien mit Suchtproblematik dringend notwendig ist.

Unter Einbezug der vorliegenden relevanten Studien und Arbeitsgruppenergebnisse soll mit dem Projekt über eine Laufzeit von drei Jahren (2018 bis 2021) mit qualitativen und quantitativen Methoden

1. untersucht werden, unter welchen Strukturbedingungen der Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgung gelingen kann, und

2. evaluiert werden, ob die Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe auf Fallebene suchtbelastete Familien wirksam unterstützt.

Ziel ist es, Steuerungswissen und eine evidenzbasierte Handlungsorientierung zu schaffen, um die Implementierung bundesweit flächendeckender Hilfenetzwerke für die Zielgruppe zu fördern und die wirksame interdisziplinäre Leistungserbringung weiterzuentwickeln und zu qualifizieren.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Evidenz und Implementierung familienbasierter Interventionen bei Abhängigkeitserkrankungen

Angehörige von suchtkranken Menschen stellen eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer und somatischer Beeinträchtigungen dar. Obwohl evidenzbasierte Behandlungs- und Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe existieren, sind sie im deutschen Versorgungssystem unzureichend umgesetzt. Eine nachhaltige Finanzierung ist nicht gewährleistet. Für eine Verbesserung der Versorgungssituation ist eine Bestandsaufnahme der wirksamen Behandlungskonzepte und der bereits national und international implementierten Verfahren erforderlich. Im Rahmen des Projektes EVIFA wird der internationale Forschungsstand zu evaluierten Behandlungsangeboten in einem systematischen Review differenziert nach verschiedenen Zielgruppen (Art der Abhängigkeit und der Beziehungskonstellation zu der suchtkranken Person) und therapeutischen Ansätzen gesichtet sowie methodisch nach Evidenzgraden eingeordnet. Zusätzlich erfolgt eine Bestandsaufnahme der Implementierung in Deutschland und international durch Experten- und Versorgerinterviews sowie durch eine Befragung von Vertreterinnen und

Vertretern der Kostenträger. Dadurch sollen Best-Practice-Modelle generiert werden. Die Ergebnisse werden Impulse für die Verbesserung der Versorgungssituation in struktureller und inhaltlicher Hinsicht geben.

Das Projekt endet im April 2020.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

TANDEM – Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe

Inklusion und Normalisierungskonzepte führen zu Veränderungen in der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung, bergen aber auch mehr Möglichkeiten, Suchtmittel zu erwerben und zu konsumieren. Die Sucht- und die Behindertenhilfe stehen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und Suchtproblematik meist vor einer großen Herausforderung. Es gilt, Hilfsangebote bedarfsgerecht auszugestalten.

Vor diesem Hintergrund fördert das im September 2018 gestartete Projekt TANDEM die Vernetzung der Behinderten- und der Suchthilfe und bietet passgenaue Schulungsmaßnahmen. Konkret wird in der dreijährigen Laufzeit eine Angebotsstruktur geschaffen und erprobt. Hierfür werden evaluierte Instrumente aus den Niederlanden (Screening, Suchttherapie) nach Deutschland transferiert und durch ein selektives Suchtpräventionsprogramm ergänzt. Ein gemeinsames Handeln der beiden Hilfesysteme ermöglicht einen Dialog über die spezifischen Bedingungen der Zielgruppe und der notwendigen Strukturen der Hilfesysteme.

www.lwl-ks.de/de/tandem/

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

aktionberatung – einfach.gut.beraten. Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum

Das 2018 in Wiesbaden gestartete Projekt hat das Ziel, exemplarisch ein Hilfeangebot für geistig behinderte Menschen mit problematischem Substanzkonsum zu erarbeiten. Die Projektlaufzeit beträgt drei Jahre. Der Jugend- und Suchthilfeträger Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. (JJ) sowie die EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH entwickeln ein Handbuch, das Anforderungen an die Beratungspraxis von Menschen mit geistigen Behinderungen beschreibt. Diese Praxisanleitung soll anderen Leistungsanbietern helfen, ein ähnliches Angebot zu etablieren. In einem zweiten Schritt werden für Fachkräfte weitere Praxismaterialien und Medien in einer internetgestützten Datenbank zur Verfügung gestellt. Das Kennzeichen von aktionberatung ist, dass alle Entwicklungen in enger Partizipation von und mit Menschen mit geistiger Behinderung erfolgen.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Hochschule Fulda sowie durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt am Main.

www.aktionberatung.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

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

Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht
Modellprojekt 2015 – 2017 gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Nach vierjähriger Projektlaufzeit endete im Dezember 2018 die Förderung des Kooperationsprojektes GeSA als Bundesmodellprojekt durch das Bundesministerium für Gesundheit. Im Rahmen der Modellphase hat sich gezeigt, dass es durch die Reduzierung von Schnittstellenproblemen zwischen den Hilfesystemen und eine kontinuierliche Form der Kooperation mit nur wenig mehr als den vorhandenen Ressourcen durchaus möglich ist, die Situation von Frauen, die von einer Dualproblematik betroffen sind, zu verbessern.

Die Modellphase hat gezeigt, dass es durchaus möglich ist, die Situation der von einer Dualproblematik betroffenen Frauen zu verbessern – wenn die Schnittstellenprobleme zwischen den Hilfesystemen reduziert und die vorhandenen Ressourcen für eine kontinuierliche Kooperation leicht aufgestockt werden.

Betroffene, die von GeSA-Kooperationspartnerinnen betreut werden, profitieren von einer höheren Sensibilität für eine mögliche Belastung durch eine Dualproblematik und einer vorurteilsfreieren Begegnung. Das Wissen darum, dass Gewalterfahrungen mögliche Auslöser für die Entwicklung eines problematischen Konsums von Suchtmitteln sein können, reduziert die Gefahr einer ausschließlich symptomorientierten Behandlung. Denn dazu verleiten die breit gefächerten Folgen und Auswirkungen einer Dualproblematik leicht.

Eine gute Kenntnis bezüglich der beteiligten Hilfesysteme und enge Kooperationen ermöglichen Unterstützungsangebote, die stärker auf die Bedürfnisse betroffener Frauen zugeschnitten sind. Hierbei eröffnete vor allem die Verknüpfung von Beratungs- und Behandlungsangeboten im ambulanten Bereich vielfältige Handlungsoptionen. Die Gestaltung niedrigschwelliger Übergänge erleichtert es den Betroffenen, diese in Anspruch zu nehmen.

Eine Strategie für eine professions- und systemübergreifende Zusammenarbeit wurde mit der Konzeption von Fachforen und Fallkonferenzen entwickelt. Sie ist in besonderer Weise geeignet, Stigmata und Vorurteile zu reduzieren, den Transfer von Wissen zwischen den Hilfesystemen zu gewährleisten und neue Wege der Kooperation im Einzelfall zu erschließen. GeSA hat damit einen Weg aufgezeigt, der nicht nur regional übertragbar ist, sondern auch für den Umgang mit anderen besonders vulnerablen Zielgruppen wegweisend sein kann, zum Beispiel Menschen mit psychischen Erkrankungen oder körperlichen Beeinträchtigungen.

Im letzten Arbeitsjahr innerhalb der Modellphase lag der Schwerpunkt auf der gemeinsamen

Erarbeitung regionaler Handlungsleitlinien als Orientierung für den Umgang mit betroffenen Frauen und auf der bundesweiten Verbreitung der Grundidee von GeSA.

In den beiden Modellregionen Rostock und Stralsund entschieden sich die beteiligten Einrichtungen und Institutionen für eine Fortsetzung der Zusammenarbeit über die Modellphase hinaus. Dabei wird sich der Fokus der Zusammenarbeit künftig auf die konkrete Fallarbeit, die Etablierung der entwickelten Kooperationsformen sowie die Durchführung regelmäßiger Basisseminare zum kontinuierlichen Wissenstransfer richten.

Angelehnt an den Arbeitsauftrag und die Zusammensetzung der Kooperationsteams von GeSA wird empfohlen, regionale Coachingteams aus Vertreterinnen und Vertretern der Suchthilfe und den Unterstützungseinrichtungen gegen Gewalt flächendeckend zu etablieren und regelhaft zu finanzieren. Dies wäre die Grundlage eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes, der die Themen Sucht und Gewalt in der Praxis zusammenführt. Neben der Vernetzung regionaler Hilfestrukturen, der Umsetzung konkreter Beratungs- und Behandlungsangebote für betroffene Frauen und deren Kinder muss dieser Ansatz auch eine breite Öffentlichkeitsarbeit und präventive Maßnahmen umfassen.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Suchtprävention in der Bundeswehr

In der Thematik der Suchtprävention verfolgt die Bundeswehr das Ziel, die Gesundheit ihrer Angehörigen zu erhalten, Abstinenz zu fördern sowie den Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern. Hierbei arbeiten die Dienststellen der Bundeswehr in einem etablierten Netzwerk zusammen, in dem sich viele Organisationen, Vereine und Initiativen engagieren. Sie alle bieten den Vorgesetzten, den Soldatinnen und Soldaten, den zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den jeweiligen Familienangehörigen professionelle und profunde Beratung und Unterstützung an. 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 neben einem strukturierten Meldewesen BGM-Maßnahmen, Aktionen, Broschüren sowie Vorträge und noch viele weitere. Als zentrale Anlaufstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr fungiert die „Zentrale Ansprechstelle für Suchtprävention“ (ZAS) am Zentrum Innere Führung in Koblenz.

BUNDESWEHR

Link-Liste:

www.aktionberatung.de

www.soldatenselbsthilfe.de

www.bundeswehr-support.de

www.angriff-auf-die-seele.de

www.sozialdienst.bundeswehr.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 zehn Prozent der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) betroffen sind.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) bietet in ihren Agenturen für Arbeit und den Jobcentern kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie Dienstleistungen für die berufliche (Wieder-)Eingliederung von arbeitslosen Menschen an. Mit den BA-eigenen Fachdiensten (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service) steht zusätzlich medizinisches und psychologisches Fachpersonal zur Verfügung.

Im Jahr 2016 beteiligten sich mit 237 Jobcentern in gemeinsamer Einrichtung (das heißt, Agentur für Arbeit und Kommune sind gemeinsam Träger des Jobcenters) fast 80 Prozent an einer 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 Strategie 2025 im Handlungsfeld „Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit und der Hilfebedürftigkeit“ auf.

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesprogramm „rehapro - Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation gemäß § 11 SGB IX“

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird eine der großen sozialpolitischen Reformen der vergangenen Legislaturperiode umgesetzt. Das BTHG verpflichtet die Träger von Rehabilitationsleistungen (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 oder wiederherzustellen.

Vor dem Hintergrund der stetig hohen Zugänge in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungshilfe beziehungsweise Sozialhilfe hat der Bundesgesetzgeber im Rahmen des BTHG mit § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Auftrag erteilt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen. Das Bundesprogramm rehapro setzt diesen Auftrag um und fördert innovative Modellprojekte im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI). Dafür hat der Gesetzgeber bis 2026 Mittel in Höhe von rund einer Milliarde Euro zur Verfügung gestellt.

Die Jobcenter und Rentenversicherungsträger sollen innovative Leistungen oder Leistungsformen, Ansätze, Methoden und/oder innovative Organisationsstrukturen erproben, welche die Grundsätze

„Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ stärken. Im Rahmen der Modellprojekte soll das Augenmerk unter anderem auf Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen und komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen gerichtet werden. Damit soll insbesondere auch den psychischen Beeinträchtigungen einschließlich der Störungen durch Alkohol- und Medikamentenkonsum Rechnung getragen werden. Die sozioökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen hat in den vergangenen Jahrzehnten massiv zugenommen. Beispielsweise hat sich die Anzahl der Krankschreibungen und der Arbeitsunfähigkeitstage laut Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen sowie die Anzahl der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung vervielfacht.

Nicht nur erwerbstätige, sondern auch arbeitslose Menschen sind von psychischen Störungen und Suchtmittelkonsum betroffen. So ist bei mehr als einem Drittel der SGB-II-Leistungsbeziehenden innerhalb eines Jahres mindestens eine psychische Beeinträchtigung festgestellt worden.

Alkoholerkrankungen spielen nach Depressionen bei Männern eine wesentliche Rolle bei psychisch bedingten Frührenten.

Mit den Modellprojekten sollen zusätzliche Erkenntnisse für die Entwicklung effektiver und nachhaltiger Lösungsansätze gewonnen werden. Dementsprechend sollen möglichst vielfältige innovative Ansätze und Ideen erprobt werden. Ziel ist es, einen gemeinsamen Lernprozess anzustoßen, der Ansätze zur Übertragbarkeit und Verstetigung der Erkenntnisse aus den Modellprojekten liefern kann. Darauf aufbauend kann gegebenenfalls eine Entscheidung des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen vorbereitet werden. Davon sollen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen profitieren.

www.modellvorhaben-rehapro.de

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 deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten. Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihren Angehörigen sollen bundesweit niedrigschwellige Angebote 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 Januar 2018 rund 500 Beratungsangebote gefördert werden. Im Dezember 2017 nahm die Fachstelle Teilhabeberatung ihren Betrieb auf. Seit Januar 2018 steht allen Interessierten zudem eine Informationsplattform zur Verfügung. Eine App bietet auch auf mobilen Endgeräten eine Suchfunktion für Beratungsangebote sowie die Möglichkeit, Termine zu vereinbaren. Die Fachstelle hat unter anderem 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, welche die bestehenden

ergänzen. Ein besonderes Förderkriterium stellt die Beratungsmethode des „Peer Counseling“ dar. Es ermächtigt Ratsuchende dazu, mehr Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung wahrzunehmen. Sie wird Menschen mit Behinderungen künftig eine deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung soll den Ratsuchenden insbesondere die notwendige Orientierung zur Erkennung von Teilhabemöglichkeiten geben, bevor sie konkrete Leistungen beantragen. 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, das am 31.12.2018 endete, ermöglichte gezielt zusätzliche Hilfen für junge Menschen in einer schwierigen Lebenslage, um sie (zurück) auf den Weg in Bildungsprozesse, Maßnahmen der Arbeitsförderung, Ausbildung oder Arbeit zu bringen. Das Programm richtete sich an 15- bis 25-Jährige, die aufgrund ihrer individuellen Situation Schwierigkeiten haben, eine schulische oder berufliche Qualifikation zu erreichen oder ins Arbeitsleben einzutreten, und die von den Sozialleistungsangeboten zumindest zeitweise nicht erreicht werden. Nicht selten liegt den Schwierigkeiten der jungen Menschen ein Suchtverhalten zugrunde.

Gefördert wurden zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsleistungen, insbesondere aufsuchende und niedrigschwellige Angebote, die Vertrauen und Sicherheit schaffen sowie einen kontinuierlichen, 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, welches das Leistungsangebot des SGB II an der Schnittstelle zur Jugendhilfe ergänzt. Junge Menschen unter 25 Jahren, die von den Regelangeboten der Sozialleistungssysteme nicht (mehr) erreicht werden, können gezielt gefördert werden, um sie (zurück) auf den Weg in Bildungsprozesse, Regelangebote der Arbeitsförderung, Ausbildung oder Arbeit zu holen. Somit können durch § 16h SGB II in allen Jobcentern zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden.

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

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 die Jobcenter 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. An 129 Standorten (Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung, kommunale Jobcenter, Agenturen für Arbeit) in allen 16 Bundesländern wird das Vorhaben bereits umgesetzt. 2019 und 2020 wird es eine Ausweitung auf weitere Standorte geben. Die Zusammenarbeit erfolgt auf der Grundlage des Präventionsgesetzes. Ziel ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit sozial Benachteiligter.

Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement

Im Rahmen der Qualifizierung von Integrationsfachkräften der Bundesagentur für Arbeit zu zertifizierten Fallmanagerinnen/Fallmanagern 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“ (Wahlmodul) angeboten. Inhalte dieses Moduls sind unter anderem die Grundlagen von Abhängigkeitserkrankungen und deren Auswirkungen, Sensibilisierung für das Erkennen von Abhängigkeit, Vorstellung von Ansprachekonzepten in der Beratungssituation sowie die Vermittlung von Impulsen für die Praxis - beispielsweise für die Netzwerkarbeit mit lokalen Partnern (Drogen- und Suchtberatung).

Gesundheitsorientierung in Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen

Mit dem Modul „Gesundheitsorientierung“ steht den Jobcentern ein flexibel einsetzbarer Baustein zur Ausgestaltung von Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen zur Verfügung.

Träger von Arbeitsmarktdienstleistungen können entsprechende Angebote professionell entwickeln. Das Modul beinhaltet die Säulen Stressbewältigung, Bewegung, gesunde Ernährung, Umgang mit eigenem Konsumverhalten sowie Selbstmanagement. Der Umfang richtet sich nach den mit der Maßnahme verfolgten Zielen. Das Modul darf jedoch nicht überwiegender Inhalt der Maßnahmen sein.

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.

Gefördert durch: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Stichwortverzeichnis

Alkohol ... 10 ff., 51 ff., 65 ff., 76 f., 86, 125, 130 ff., 135, 138, 143, 166 ff., 175, 179, 194 ff., 207
Alternative Entwicklung ... 148, 153 f., 159 ff.
Amphetamine ... 31, 72, 81, 152, 155, 175
Angebotsreduzierung ... 9 f., 31
Arzneimittel ... 30, 71, 73 f., 76 ff., 83, 89, 91 ff., 152

Behandlung ... 9 f., 15 ff., 21, 28 f., 61, 64, 69, 71 f., 79, 88 ff., 95, 104, 125, 135 f., 138, 150, 156, 163, 167, 172, 174 f., 186 f., 194 ff., 198, 203, 210
Beratung ... 9 f., 12, 15 f., 22, 24 f., 29 f., 125, 139 f., 160, 163 f., 169, 178 f., 183, 185 f., 188 ff., 198, 200, 202 ff., 207 ff.
Betäubungsmittelgesetz ... 30 f., 71, 91, 98 ff.
Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ... 91, 95, 135

Cannabis ... 16 f., 19, 21 f., 31 f., 78 ff., 84 ff., 99, 150, 152 ff., 157 f., 173, 175, 177, 179, 183, 185 f., 197
Cannabis als Medizin ... 79
Computerspiel- und Internetabhängigkeit ... 61, 104 ff., 124, 189 ff.
Crystal Meth ... 31, 81, 100, 174, 176, 184

Darknet ... 149
Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht ... 218
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) ... 160, 188
Digitalisierung ... 26 f.
Drogenanbau ... 148, 154, 158 ff., 187
Drogenbedingte Todesfälle ... 29, 82
Drogenhandel ... 31
Drogenkonsumräume ... 10, 28, 30
Drogenkriminalität ... 10, 31
Drogen und Sucht in Haft ... 29, 125 ff., 179

Entwicklungszusammenarbeit ... 158 ff.
E-Shishas ... 35
Europa ... 9, 14, 30 f., 44 f., 56, 61, 65, 69, 79, 88, 101, 147 ff., 157, 166, 173, 177 f., 186, 188
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ... 30, 148 f., 178 f.
Europäischer Drogenbericht ... 150
E-Zigaretten ... 34, 36 f., 40, 42, 45, 47 f., 50, 196

FAS/FASD ... 66 ff.

Geflüchtete Menschen ... 182
Glücksspiel ... 16 f., 19, 21 f., 106 f., 111, 115 ff., 138, 192 f., 197
Grundstoffüberwachung ... 32

Hepatitis ... 28 f., 82, 90, 125, 135, 152, 180, 185 f.
Heroin ... 31, 81 ff., 89 f., 98, 135 f., 152, 155, 186
HIV ... 28 ff., 61, 79, 90, 125, 153, 180, 185 f.

Illegale Drogen ... 81 ff., 150 ff., 173 ff.
Infektionskrankheiten ... 28 f., 49, 90, 125, 135, 185
Internationale Entwicklungszusammenarbeit 158 ff.
Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB) ... 153 f., 156 f.
Internationales ... 147 ff.
Internetabhängigkeit ... 104 ff., 189 ff.
Internet Gaming Disorder ... 104, 108

Jahrestagung der Drogenbeauftragten ... 138 f., 143
Jugendschutz ... 110, 120, 122, 143

Kinder aus suchtbelasteten Familien ... 140, 143 f., 194
Kinder- und Jugendmedienschutz ... 110
Kokain ... 17, 19, 31 f., 81, 83, 101 ff., 130 ff., 150, 152, 155, 157 f., 173

Medien ... 10, 14, 17, 19, 21 f., 45 f., 61, 105 ff., 164, 173, 184, 188, 190 f., 195, 202
Medikamente ... 20, 29, 71 ff., 82 f., 98, 172, 178, 207
Methamphetamin ... 21, 31, 82 f., 100 f., 150, 152, 157, 174, 176 f., 184

Nahtlosverfahren ... siehe Suchtrehabilitation
Nationale Strategie ... 9 f.
Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) ... 31, 99 f.
Neue psychoaktive Stoffe (NPS) ... 31, 81 ff., 99 f., 178 f., 186

Opiate ... 71, 83, 89, 175
Opioide ... 17 ff., 21 f., 30 f., 71, 77 f., 81 ff., 89 f., 98, 100, 125, 130 ff., 150, 152, 179

Passivrauchen ... 33, 39 f., 164
Pathologisches Glücksspiel ... 16 f., 19, 115 f., 118, 192
Prävention ... 9 ff., 26, 28, 45, 65 ff., 78, 104, 117, 121, 138 ff., 149 f., 164 ff., 168 ff., 173 f., 178, 180 f., 183 f., 186, 190 ff., 197 f., 200, 202, 205, 207, 209
Präventionsgesetz ... 11 ff., 209
Projekte ... 13, 16, 29 f., 45, 65, 67, 140, 151, 163, 165, 167 ff., 171 ff., 175, 177 ff., 185, 187, 189, 191, 193 ff., 197, 199 ff., 203, 205 ff., 209

Rauchen ... 33 f., 36, 39 ff., 47 ff., 66 f., 102 f., 138, 164 f., 194, 196, 198 f.
Rauchfrei unterwegs ... 164 f., 198
Rehabilitation ... 15 f., 19, 21, 24, 61, 91, 140, 206 f.

Safer-Use ... 28 f.
Schadensminimierung ... 10, 150
Selbsthilfe ... 9, 22 f., 150, 195
Sicherstellung von illegalen Drogen ... 86
Social Media Disorder ... 106, 108 f.
Spielsucht ... 107, 115 ff., 121, 192 f., 200 f.
Stigmatisierung ... 136
Strafverfolgung ... 9 f., 31, 149, 153, 158
Studien ... 29, 33, 40, 45, 47 ff., 51, 53, 58, 62, 65, 78 ff., 84, 86 ff., 104 f., 159, 163 ff., 182 f., 185, 187, 189, 191, 193 ff.
Substitution ... 29, 82, 89, 91, 95, 134, 159
Substitution in Haft ... 134 ff.
Substitutionsregister ... 91 ff.
Suchtprävention ... 9 ff., 121, 138 ff., 168, 180 f., 183 f., 191, 197 f., 205
Suchtproblematik im Justizvollzug ... 125 f., 132, 134, 178 f.
Suchtrehabilitation ... 20, 21, 24, 210
Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) ... 148, 151, 153

Tabak ... 10, 12 ff., 17, 19, 33 ff., 88 f., 163 ff., 169, 179, 194 ff.
Tabakerhitzer ... 42, 48 ff., 165
Tabakrahmenkonvention ... 45 f.
Tabaksteuer ... 45
Tabakwerbeausgaben ... 46
Teilhabe ... 9, 15, 24, 43, 64, 67, 110, 206 ff.
Thirdhand-Smoke ... 40
Trends ... 9 ff., 52 ff., 90 ff., 149 f., 165

UNGASS ... 148, 153, 159
UNODC ... 29, 151 ff., 158 ff., 187 f.

Vereinte Nationen ... 151
Volkswirtschaftliche Folgen ... 89

Wasserpfeifen ... 35, 49 f., 165
Weltdrogenbericht ... 151 f., 158

Zigaretten ... 14, 33 f., 36 f., 40, 42, 44 ff., 165, 196

Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten

Tabelle 20: 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	www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-welle-2.html
	Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland (DRUCK- Studie)	2.077	2011-2015	www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/DruckStudie.html
Institut für Therapieforschung (IFT)	Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA)	8.000–9.000	ESA 2018	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	2018	
	Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland	11.500	2017	
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)	E-Zigaretten: Konsumverhalten in Deutschland	2.000	2018	www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA)	2.000	2016 - 2019	debrastudy.wordpress.com/
DAK	Gesundheitsreport	5.614	2019	www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf
Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung	Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug	41.896	2018	www.berlin.de/justizvollzug/_assets/senjustv/sonstiges/bericht_suchtproblematik_justizvollzug_stand_august-2019.pdf

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, so dass 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

Abbildung01
Erstbetreuungen bzw. -behandlungen in ambulanten Einrichtungen 2017 17
Abbildung 02
Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung 2017 17
Abbildung 03
Erstbetreuungen bzw. -behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017 19
Abbildung 04
Hauptdiagnosen in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017 19
Abbildung 05
Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen durch die Deutsche Rentenversicherung 2018 20
Abbildung 06
Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende in ambulanten Einrichtungen 2017 21
Abbildung 07
Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Behandlungsende in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017 22
Abbildung 08
Prozess Digitalisierung 27
Abbildung 09
Entwicklung „Rauschgiftkriminalität“ 32
Abbildung 10
Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Sozialstatus 35
Abbildung 11
Aktuelles Rauchen bei elf- bis 17-jährigen Jungen nach Faktoren der sozialen Umgebung 36
Abbildung 12
Aktuelles Rauchen bei elf- bis 17-jährigen Mädchen nach Faktoren der sozialen Umgebung 36
Abbildung 13
Prävalenz aktuellen E-Zigarettenkonsums je Altersgruppe und Erhebungsjahr 36
Abbildung 14
Ein-Jahres-Prävalenz des E-Zigarettenkonsums je Rauchstatus 37
Abbildung 15
Gewichtete Ein-Jahres-Prävalenz aktueller Tabakraucher nach Bundesländern 38
Abbildung 16
Erhöhung des Risikos, verschiedene Atemwegserkrankungen zu erleiden (durch Rauchen und Passivrauchen) 39
Abbildung 17
Folgen des Rauchens 41
Abbildung 18
Konzentration gesundheitlich problematischer Luftschadstoffe im PKW 42
Abbildung 19
Direkte Kosten des Rauchens in Mio. € 43
Abbildung 20
Indirekte Kosten des Rauchens in Mio. € 44
Abbildung 21
Riskanter Alkoholkonsum von Männern und Frauen nach Bundesländern (mehr als 20 g bzw. 10 g Reinalkohol pro Tag) 54
Abbildung 22
Alkoholkonsum von Frauen und Männern stratifiziert nach Alters- und Sozialstatusgruppen 55
Abbildung 23
Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol in der Bevölkerung (ab 15 Jahren), 1961 bis 2014 55
Abbildung 24
Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung (ab 15 Jahren) in der Europäischen Union 56
Abbildung 25
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) 57
Abbildung 26
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) 57
Abbildung 27
Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei Jungen (12–17 Jahre) 58

Abbildung 28
Regelmäßiger und riskanter Alkoholkonsum bei Mädchen (12–17 Jahre) 58
Abbildung 29
Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingte Erkrankungen nach Geschlecht und Bundesländern 60
Abbildung 30
Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT 62
Abbildung 31
Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT 63
Abbildung 32
Jährliche direkte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum 64
Abbildung 33
Jährliche indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum 64
Abbildung 34
Abstufungen von Fetalen Alkoholspektrumstörungen 66
Abbildung 35
Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) in den verschiedenen Lebensphasen 67
Abbildung 36
Umfrage Alkoholkonsum in der Schwangerschaft – Bedenkliche Alkoholmenge 70
Abbildung 37
Einschätzungen der Auswirkung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft 70
Abbildung 38
Mindestens wöchentliche Einnahme von Medikamenten bei 18- bis 59-Jährigen 75
Abbildung 39
Veränderung des Konsums von psychoaktiven Arzneimitteln bei 60- bis 79-Jährigen 76
Abbildung 40
Gebrauch von psychoaktiven Arzneimitteln bei Personen mit und ohne Sturz in den letzten zwölf Monaten bei 60- bis 79-Jährigen 77
Abbildung 41
Konsum von Cannabis bei Jugendlichen (12–17 Jahre) 84
Abbildung 42
Konsum von Cannabis bei jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) 85
Abbildung 43
Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (18–59 Jahre) 85
Abbildung 44
Konsum von Opioiden (vorwiegend Heroin) bei Erwachsenen (18–59 Jahre) 89
Abbildung 45
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2009 bis 2018 (jeweils Stichtag 1. Juli) 92
Abbildung 46
Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte in Deutschland von 2009 bis 2018 92
Abbildung 47
Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierender Ärztin bzw. substituierendem Arzt 93
Abbildung 48
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 01.07.2018) 93
Abbildung 49
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2018 94
Abbildung 50
Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.07.2018) 94
Abbildung 51
Anzahl substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2018 96
Abbildung 52
Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 1.1.2018 97
Abbildung 53
Konsum von Kokain (einschließlich Crack) bei Erwachsenen (18–59 Jahre) 103

Abbildung 54
Verbreitung von Computerspiel- und Internetabhängigkeit nach Bildungs- und sozialen Merkmalen (Zwölf- bis 25-Jährige) 105
Abbildung 55
Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen 106
Abbildung 56
Riskante Nutzung Computerspiele 108
Abbildung 57
Computerspielverhalten wirkt sich deutlich auf die Arbeit aus 109
Abbildung 58
0,4 Prozent der Beschäftigten mit einer „Social Media Disorder“ 109
Abbildung 59
Empfehlungen der Kinder- und Jugendärzte für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch 111
Abbildung 60
Unterstützung gewünscht 114
Abbildung 61
Der deutsche Glücksspielmarkt – Regulierter (erlaubter) Markt, 2017 115
Abbildung 62
Der deutsche Glücksspielmarkt – Nicht-Regulierter (unerlaubter) Markt, 2017 115
Abbildung 63
Problematisches Glücksspielverhalten bei Jugendlichen (16–17 Jahre) 117
Abbildung 64
Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel (16–70 Jahre) 118
Abbildung 65
Problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten (16–70 Jahre) 118
Abbildung 66
Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht 127
Abbildung 67
Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Haftarten 129
Abbildung 68
Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsformen (Strafhaft inklusive Ersatzfreiheitsstrafe) 129
Abbildung 69
Gesamtüberblick zur Hauptsubstanz differenziert nach Geschlecht 130
Abbildung 70
Gesamtüberblick zur Hauptsubstanz differenziert nach Haftarten und Geschlecht 131

Tabellen

Tabelle 01
Angebote der Suchthilfe ... 16
Tabelle 02
Behandlungsfälle im Krankenhaus aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen 2017 ... 18
Tabelle 03
Prävalenzen des Rauchens (Zigaretten) bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 34
Tabelle 04
Prävalenzen der Nutzung von E-Zigaretten bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 34
Tabelle 05
Prävalenzen der Nutzung von Wasserpfeifen und E-Shishas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ... 35
Tabelle 06
Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 Euro, Wert jeweils gerundet) ... 46
Tabelle 07 ... 50
Tabelle 08
Prävalenzen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 53
Tabelle 09
Prävalenzen des Medikamentengebrauchs bei Erwachsenen ... 73
Tabelle 10
Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 81
Tabelle 11
Rauschgifttote nach Todesursachen 2017/2018 (Länderabfrage) ... 83
Tabelle 12
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2018) ... 95
Tabelle 13
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern (Stichtag 01.07.2018) ... 95
Tabelle 14
Prävalenzen des Glücksspielverhaltens bei Jugendlichen und Erwachsenen ... 116
Tabelle 15 ... 120
Tabelle 16 ... 120
Tabelle 17 ... 121
Tabelle 18
Datengrundlage der bundeseinheitlichen Erhebung und Anteil an allen Gefangenen am Stichtag in Deutschland ... 126
Tabelle 19
Substitutionsquote nach Geschlechtern ... 134
Tabelle 20
Datenquellen/Studien der Prävalenzdaten ... 213

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, Wolfgang Schmidt-Rosengarten vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum vom LVR-Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Essen, Dr. Tobias Effertz von der Universität Hamburg, Kai Abraham von der Länderübergreifenden Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, PD Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, PD Dr. Eva Hoch und PD Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf vom Universitätsklinikum München, dem Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Bundeskriminalamt und Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke vom Universitätsklinikum Göttingen.

Der Drogen- und Suchtbericht ist auch online abrufbar:

www.drogenbeauftragte.de

Hinweise/Impressum

Herausgeber:
Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
beim Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Redaktionsleitung:
Thomas Altenburg

Redaktionsassistenz:
Saskia Weidenhammer
Tabea von Viereck

Stand:
Oktober 2019

Gestaltung/ Satz:
Orca Affairs GmbH

Lektorat:
Orca Affairs GmbH

Druck:
Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:
Best.-Nr.: BMG-D-11033
Drogen- und Suchtbericht
der Bundesregierung 2019

Telefon: 030 18 272 2721

Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte:
gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Schriftlich: Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefax: 030 1810 272 2721

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 Zweck 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 Zweck 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: Gen Sadakane / EyeEm via Getty Images,
S. 8: © Arthimedes/shutterstock.com,
S. 146, S. 162: © tai11/shutterstock.com.

www.drogenbeauftragte.de