



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

www.drogenbeauftragte.de

Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

15. Februar 2012

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

denken wir an gesundheitliche Prävention, dann in erster Linie an viel Bewegung, eine gesunde Ernährung und die regelmäßige Wahrnehmung von ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Doch gesundheitliche Prävention umfasst weitaus mehr als die genannten Bereiche. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol gehört genauso dazu wie der Verzicht auf Tabak und illegale Drogen.

Als Bundesregierung sorgen wir mit unserer Gesundheitspolitik für Rahmenbedingungen, die es Ihnen leichter machen, gesundheitliche Prävention zu leben. Dazu gehört es auch, Sie im richtigen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln zu unterstützen.

Die Ihnen vorliegende „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ legt deshalb einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention: Mit dem Ziel, die Menschen in unserem Land in einem gesunden Lebensstil zu fördern, zeigt sie Wege auf, den Genuss- und Suchtmitteln im Alltag verantwortungsvoll zu begegnen und das richtige Maß zu finden.

Die auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Mechthild Dyckmans erarbeitete Strategie zur Drogen- und Suchtprävention stellt die Menschen und den Erhalt ihrer Gesundheit in den Mittelpunkt. Sie ist eine eigene Säule der allgemeinen Präventionsstrategie, die das Bundesministerium für Gesundheit derzeit vorbereitet und somit ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Gesundheitsförderung in Deutschland.

Daniel Bahr, MdB
Bundesminister für Gesundheit



Am 15. Februar 2012 hat die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ in der vorliegenden Fassung das Bundeskabinett passiert. Sie stellt die Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland auf eine moderne Grundlage. Die Nationale Strategie beschreibt die aktuellen Herausforderungen und Schwerpunkte für die Drogen- und Suchtpolitik der nächsten Jahre und löst den Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ab.

Sucht betrifft viele Millionen Menschen in Deutschland in erheblichem Maße. Zahlenmäßig sind davon in erster Linie die legalen Suchtmittel wie Tabak, Alkohol und der Missbrauch von Medikamenten betroffen. Neue Suchtformen wie Glücksspielsucht oder Onlinesucht kommen hinzu. Im Bereich der illegalen Drogen stellt uns besonders die Verbreitung synthetischer Drogen national wie international vor neue Aufgaben.

Um in der Drogen- und Suchtpolitik die betroffenen Menschen wirklich zu erreichen, müssen sich die Angebote an der Lebensrealität der Betroffenen orientieren. Der suchtgefährdete oder von Sucht betroffene Mensch steht daher in der Nationalen Strategie im Mittelpunkt. Vorrangiges Ziel ist die Vermeidung und Verringerung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel. Im Vordergrund der Nationalen Strategie steht deshalb die Prävention.

Drogen- und Suchtpolitik ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Bei Besuchen in Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe und der Präventionsfachstellen habe ich mich bei Gesprächen von der schwierigen Arbeit überzeugen können. Alle Akteure im Drogen- und Suchtbereich leisten hier einen wertvollen und unverzichtbaren Beitrag zu einer nachhaltigen Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Ich bedanke mich für die inhaltlichen Vorschläge und die konstruktive Zusammenarbeit bei der Abstimmung der Nationalen Strategie. Nun geht es darum, die Zielsetzungen und Maßnahmen in der Nationalen Strategie auf den verschiedenen Ebenen erfolgreich umzusetzen und diese kontinuierlich anzupassen.

Mechthild Dyckmans, MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	2		
Einleitung (Präambel).....	6		
Teil I – Zielsetzungen der Nationalen Strategie.....	8		
A. Grundlagen verantwortungsbewusster Drogen- und Suchtpolitik.....	8		
I. Die vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik.....	8		
II. Unser Menschenbild – Wie sehen wir den Menschen?.....	8		
B. Neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik – Vor welchen Problemen stehen wir?.....	10		
I. Demographische und gesellschaftliche Entwicklung.....	10		
II. Neue Suchtformen.....	10		
III. Trends und neue Konsummuster.....	11		
C. Eckpunkte zur Ausgestaltung der Drogen- und Suchtpolitik – Wo wollen wir hin?.....	12		
I. Der Mensch im Mittelpunkt.....	12		
II. Prävention auf Risikogruppen ausrichten.....	12		
III. Frühintervention ausbauen.....	13		
IV. Mehr Menschen vor Ort erreichen – Betriebliche Suchtprävention ausbauen.....	13		
V. Professionelle Zusammenarbeit an den Schnittstellen stärken – Netzwerke bilden.....	14		
VI. Geschlechtersensibilität durchgehend verankern.....	15		
VII. Forschung gezielt ausrichten.....	15		
VIII. Maßnahmen evaluieren.....	16		
IX. Gesetzgebung, wo sie erforderlich ist.....	16		
X. Sucht-Selbsthilfe stärken.....	16		
XI. Passgenaue Beratung und Behandlung.....	17		
Teil II – Teilbereiche der Nationalen Strategie.....	18		
A. Alkohol.....	18		
I. Ausgangslage: Alkoholkonsum und -missbrauch in Deutschland.....	18		
			Menschen und Sucht: Kinder aus suchtbelasteten Familien..... 19
		II.	Ziele und Maßnahmen..... 20
		1.	Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen..... 20
			Ziel 1: Reduzierung der Häufigkeit des Rauschtrinkens unter Kindern und Jugendlichen..... 20
			Ziel 2: Konsequente Umsetzung der bestehenden Regelungen des Jugendschutzgesetzes..... 21
			Ziel 3: Kinder und Jugendliche vor Alkoholwerbung schützen..... 22
		2.	Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung..... 22
			Ziel 4: Alkoholkonsum im Straßenverkehr reduzieren..... 23
			Ziel 5: Punktnüchternheit am Arbeitsplatz..... 24
			Ziel 6: Punktnüchternheit in Schwangerschaft und Stillzeit..... 25
			Ziel 7: Reduzierung der alkoholbedingten Gewalt..... 26
			Ziel 8: Konzentration auf Risikogruppen in der erwachsenen Bevölkerung..... 27
		B.	Tabak..... 28
		I.	Ausgangslage: Tabakkonsum in Deutschland..... 28
			Menschen und Sucht: Jugendliche..... 29
		II.	Ziele und Maßnahmen..... 30
			Ziel 1: Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen senken..... 30
			Ziel 2: Tabakentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen fördern..... 31
			Ziel 3: Reduzierung des Tabakkonsums bei Erwachsenen..... 32
			Ziel 4: Steigerung der Kompetenz in den Gesundheitsberufen für die Beratung zum Rauchverzicht..... 33
			Ziel 5: Nichtraucherchutz verbessern..... 34
		C.	Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch..... 36
		I.	Ausgangslage..... 36
			Menschen und Sucht: Sucht im Alter..... 37

II.	Ziele und Maßnahmen.....	38			
	Ziel 1: Verbesserung der Datenlage zur Leistungssteigerung durch Medikamente und Entwick- lung zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen gegen Medikamentenmissbrauch.....	38			
	Ziel 2: Verbesserung der Information über Arzneimittelabhängigkeit durch Apotheker.....	39			
	Ziel 3: Verbesserung der bestimmungs- gemäßen Verschreibung von psycho- tropen Medikamenten durch Ärzte.....	39			
	Ziel 4: Stärkung der Früherkennung und Frühintervention zur Reduzierung der Arzneimittelabhängigkeit ins- besondere bei älteren Menschen.....	40			
D.	Pathologisches Glücksspiel	41			
I.	Ausgangslage.....	41			
II.	Ziele und Maßnahmen	42			
	Ziel 1: Suchtprävention und Spielerschutz	42			
	Ziel 2: Hoher Spielerschutz beim Automatenspiel	43			
	Ziel 3: Praxistaugliche Regelung für Internetglücksspiel	43			
E.	Online-/Mediensucht	44			
I.	Ausgangslage.....	44			
II.	Ziele und Maßnahmen	45			
	Ziel 1: Anerkennung als eigenständiges Krankheitsbild.....	45			
	Ziel 2: Verbesserung der Datengrundlage.....	45			
	Ziel 3: Weiterentwicklung der Diagnostik- und Behandlungsinstrumente.....	45			
	Ziel 4: Medienkompetenz früh vermitteln.....	46			
	Ziel 5: Verbesserung des Jugendschutzes bei Computerspielen.....	46			
F.	Illegale Drogen	46			
I.	Ausgangslage	46			
	Menschen und Sucht: Migranten.....	48			
II.	Ziele und Maßnahmen	49			
	Ziel 1: Neuen synthetischen Drogen schneller und wirksamer begegnen.....	49			
	Ziel 2: Ausbau der selektiven Prävention im Bereich illegaler Drogen	50			
	Ziel 3: Ausbau der indizierten Prävention und Therapie für Menschen mit einem riskanten Cannabiskonsum.....	51			
	Ziel 4: Stärkung der gesundheitspräven- tiven Effekte in den Angeboten zur Schadensminimierung	52			
	Ziel 5: Ausreichende und qualitativ hochwertige Angebote zur substi- tutionsgestützten Behandlung.....	53			
	Ziel 6: Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	54			
	Ziel 7: Lebenssituation älterer drogen- abhängiger Menschen verbessern.....	55			
	Ziel 8: Verbesserung der Situation von Drogen konsumierenden Häftlingen.....	56			
	Ziel 9: Nachhaltige Bekämpfung der Netzwerke international organi- sierter Drogenkriminalität.....	57			
G.	Internationale und europäische Drogen- und Suchtpolitik	58			
I.	Globale Herausforderungen – Globale Ansätze.....	58			
	1. Neue weltweite Trends.....	59			
	2. Entwicklungsorientierte Drogenpolitik.....	60			
	3. Schadensmindernde Ansätze (Harm Reduction).....	61			
	4. Globale Strategie zur Reduzierung von schädlichem Alkoholkonsum.....	61			
	5. Globale Maßnahmen zur Tabakprävention und -entwöhnung.....	62			
II.	Europäische Drogen- und Suchtpolitik.....	63			
	1. Europäische Drogenpolitik.....	63			
	2. Alkoholstrategie der Europäischen Union.....	64			
	3. Europäische Tabakpolitik.....	65			
	Impressum	68			

Einleitung (Präambel)

Sucht und Abhängigkeitserkrankungen sind gesamtgesellschaftliche Probleme, die im Interesse der betroffenen Menschen ein Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte erfordern. Die vorliegende Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik beschreibt die übergreifende nationale Ausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik für die nächsten Jahre in Deutschland und löst den Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ab. Die vielfältigen gemeinsamen Anstrengungen und Initiativen zur Suchtprävention sowie zur Verringerung des schädlichen Konsums und der Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen damit auf nationaler und internationaler Ebene aufeinander abgestimmt werden.

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 den verschiedenen Ebenen wie Ärzte¹, Apotheker, Psychologen oder Psychotherapeuten, die Suchthilfeeinrichtungen und Sozialverbände, die Erziehungs- und Familienberatung, die Selbsthilfe und nicht zuletzt eine Vielzahl von Menschen in weiteren Bereichen wie der Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Psychiatrie, den Schulen, den Betrieben, der Wirtschaft, etc. Diese Vielfalt der Akteure erfordert eine umfassende Koordination und Vernetzung. Gleichzeitig ist aber auch jeder Einzelne gefordert, Verantwortung für das eigene Verhalten und die eigene Gesundheit zu übernehmen. Eltern und alle Erwachsenen haben eine wichtige Vorbildfunktion für Kinder und Jugendliche.

Sucht ist kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland. In der Fachdiskussion wird seit Jahren nicht mehr von Sucht, sondern von Abhängigkeitserkrankungen gesprochen. Im Folgenden geht es jedoch um die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltenswei-

sen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) und um nichtstoffgebundene, riskante Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch) – deshalb haben wir uns entschieden, auch an dem Begriff „Sucht“ festzuhalten. Im Mittelpunkt unserer Drogen- und Suchtpolitik steht aber nicht die Sucht bzw. das Suchtmittel, sondern der Mensch als Individuum mit seinen spezifischen, meist suchstoffübergreifenden Problemen.

Sucht ist mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden. Sie betrifft den Abhängigen ebenso wie Familienangehörige, Freunde oder Kollegen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können.

Suchtmittel verursachen in Deutschland gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme. Nach aktuellen repräsentativen Studien rauchen 16 Millionen Menschen², 1,3 Millionen Menschen sind alkoholabhängig³, 1,4 Millionen Menschen sind von Medikamenten abhängig⁴. 600.000 Menschen weisen einen problematischen Cannabiskonsum auf, davon sind 220.000 abhängig von Cannabis⁵. Über 200.000 Menschen weisen einen problematischen Konsum anderer illegaler Drogen auf⁶. Bis zu 540.000 Menschen gelten als glücksspielsüchtig⁷. Es wird angenommen, dass ca. 560.000 Internetnutzer onlineabhängig sind⁸.

Der Entstehung von Sucht liegt meist ein komplexes Geflecht aus individuellen Vorbelastungen, bestimmten Lebensumständen, Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen, Störungen im emotionalen Gleich-

2 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 17

3 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 11

4 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 22

5 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 23

6 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 22 (Bei den 66 Millionen der 15- bis 64-Jährigen in Deutschland – Stand 31.12.2010 – ergeben sich exakt 217.800 problematisch Drogenkonsumierende)

7 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 27

8 Gemäß der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA I)“ der Universitäten Lübeck und Greifswald werden etwa 1 Prozent der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland als internetabhängig eingestuft. Das entspricht rund 560.000 Menschen.

1 Wegen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet; die weibliche Form ist damit ebenfalls immer gemeint.

gewicht, dem Einfluss wichtiger Bezugspersonen und der Verfügbarkeit von Suchtstoffen zugrunde. Die Wirkung psychoaktiver Substanzen kann am Ende zu dauerhaften Veränderungen im Gehirn führen, wodurch Verhaltensänderungen deutlich erschwert werden. Ein Ausstieg aus der Sucht eröffnet aber selbst in diesen Fällen neue Lebensperspektiven und die Möglichkeit, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Lebenszufriedenheit zu verbessern. Von daher muss es das Ziel sein, jedem Einzelnen bei der Überwindung seiner Abhängigkeit zu helfen.

Ganz oben auf der Agenda der Bundesregierung stehen die Prävention und die Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Sucht. Vorbeugende Maßnahmen richten sich in erster Linie an Risikogruppen. Kinder und Jugendliche sind eine besonders wichtige Zielgruppe, da bei ihnen schon der Einstieg in gesundheitsgefährdendes und suchtförderndes Verhalten verhindert werden muss.

Ziel unserer Drogen- und Suchtpolitik ist die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel sowie die Vermeidung der drogen- und suchtbedingten Probleme in unserer Gesellschaft. Die legalen Suchtmittel Alkohol, Tabak und psychotrope Medikamente finden aufgrund der weiten Verbreitung dabei eine besondere Beachtung bei der Weiterentwicklung der Suchtprävention und des Hilfesystems.

Die vorliegende Nationale Strategie versteht sich als gesundheitspolitische Leitlinie für eine moderne Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland. Sie formuliert die Schwerpunkte und suchtpolitischen Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen, dem bestehenden Suchthilfesystem, den rechtlichen Rahmenbedingungen und bewährten Konzepten zur Suchtprävention. Dabei bezieht die Strategie internationale Initiativen und Aktivitäten auf europäischer Ebene sowie auf der Ebene der WHO und der Vereinten Nationen mit ein.

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist in ihrer Zielsetzung und in ihren Vorhaben Teil der derzeit in Vorbereitung befindlichen allgemeinen Prä-

ventionsstrategie der Bundesregierung im Bereich der Drogen- und Suchtpolitik. Beide Strategien betonen die zentrale Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik. Deutschland verfügt hierbei über eine lange Erfahrung mit erfolgreichen Maßnahmen in der universellen, selektiven und indizierten Prävention und setzt ihre Schwerpunkte dabei auf Kinder und Jugendliche, um eine gesunde Entwicklung frühzeitig zu fördern sowie auf Erwachsene, um deren Gesundheit zu erhalten.

Qualitäts- und effizienzgesicherte Maßnahmen sollen in den Strategien die Gesundheit und Lebensqualität nachhaltig sicherstellen bzw. verbessern und den aktuellen Herausforderungen auf den demographischen Wandel in einer älter werdenden Gesellschaft begegnen.

Prävention erhält damit neben den bestehenden Angeboten zur Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung sowie der Repression eine zentrale Bedeutung in der Drogen- und Suchtpolitik.

Teil I – Zielsetzungen der Nationalen Strategie

A. Grundlagen verantwortungsbewusster Drogen- und Suchtpolitik

Die Bundesregierung setzt auf eine moderne und zeitgemäße Strategie zur Reduzierung der Drogen- und Suchtprobleme in Deutschland.

Wir verfolgen einen integrativen Ansatz der Suchtpolitik. Anders als in einigen anderen europäischen Ländern werden legale wie illegale Suchstoffe gemeinsam in den Blick genommen. Wir orientieren unsere Politik nicht an einzelnen Suchstoffen, sondern an den Bedürfnissen des einzelnen Menschen – getreu unserem Motto „Der Mensch im Mittelpunkt“. Dabei halten wir an den bewährten Grundlagen der Suchtpolitik – wie sie auch im Koalitionsvertrag 2009 beschreiben sind – fest: „Unsere Drogen- und Suchtpolitik stellt Prävention, Therapie, Hilfe zum Ausstieg und die Bekämpfung der Drogenkriminalität in den Mittelpunkt.“ Hinzu kommen Maßnahmen zur Schadensreduzierung.

I. Die vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik

Prävention

Präventionsmaßnahmen dienen dazu, durch Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittel- oder Drogenkonsums dafür zu sorgen, dass es gar nicht erst zu einem gesundheitsschädlichen Konsum oder einer Sucht kommt. Besonders wichtig ist Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Je früher es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein problematisches Konsumverhalten verhindert werden kann.

Beratung- und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg

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

Maßnahmen zur Schadensreduzierung

Überlebenshilfen oder Maßnahmen zur Schadensreduzierung wie z. B. die Drogenkonsumräume mit Angeboten zum Spritzentausch stabilisieren die gesundheitliche und soziale Situation des Suchtkranken. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für einen späteren Ausstieg aus der Sucht.

Repression

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

II. Unser Menschenbild – Wie sehen wir den Menschen?

Abhängige sind kranke Menschen, die umfassende medizinische Hilfe und Unterstützung brauchen. Sucht ist eine Krankheit, die jeden betreffen kann. Sie ist kein persönliches Versagen, sondern oft Ergebnis individueller Lebensumstände und Lebenserfahrungen.

Unser Menschenbild geht vom freien, unabhängigen Menschen aus. Wer abhängig ist, kann nicht frei über sein Leben entscheiden.

Unsere Drogen- und Suchtpolitik will diesen Freiraum sichern, Eigenverantwortung fördern und – wo der Freiraum verlorengegangen ist – Hilfen zur Wiedererlangung geben. Sie setzt auf Einsicht und Selbstverantwortung.

Prävention soll verhindern, dass es überhaupt zur Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung kommt. Sie soll zum Nachdenken und Umdenken anregen, um eigenes Verhalten ändern zu können.

Unsere Drogen- und Suchtpolitik setzt an erster Stelle auf Prävention und Hilfe zum Ausstieg. Staatliche Repression ist das Ergebnis eines gesellschaftlichen Kon-

senses zum Schutz bestimmter schützenswerter Güter (wie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen oder der Schutz der Gesellschaft vor besonders gefährlichen Suchtmitteln) oder zur Verhinderung unerwünschter Folgen für die Gesellschaft – wie Unfälle oder Kriminalität. Wo der freie, selbstverantwortliche Mensch nicht nur sich, sondern auch seine Mitmenschen schädigt, müssen die Gemeinschaft und der Staat Regeln aufstellen und durchsetzen.

In unserem anerkannten, professionellen Hilfesystem übernehmen täglich viele tausend Menschen Verantwortung für andere. Sie sind für den Erfolg der Suchthilfe unverzichtbar. Die Übernahme von Verantwortung ist wesentliches Fundament unserer Drogen- und Suchtpolitik. Jeder Einzelne kann dazu beitragen, dass Abhängigkeit nicht entsteht und Menschen einen Ausweg aus der Sucht finden können.

B. Neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik – Vor welchen Problemen stehen wir?

Die Drogen- und Suchtpolitik steht vor großen Herausforderungen. Dazu zählen unter anderem der demografische Wandel, der gesellschaftliche Umbruch, alte und neue Suchtformen und entsprechende Konsumtrends. Stärker als in der Vergangenheit muss nicht nur die Abhängigkeit in den Blick genommen werden, sondern vor allem auch riskantes Konsumverhalten, das gesundheitsschädlich und entwicklungseinschränkend ist, auch wenn es nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt.

I. Demographische und gesellschaftliche Entwicklung

In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat sich unsere Gesellschaft grundlegend gewandelt und wandelt sich immer noch. Soziale und zwischenmenschliche Beziehungen sind einem weitreichenden Wandel unterworfen, neue Lebensformen und Formen des Zusammenlebens entwickeln sich. Immer mehr Menschen leben allein. Der Gewinn an Individualität und erweiterten Entscheidungsmöglichkeiten in unserer modernen Gesellschaft können auch zum Verlust von Sicherheit und sicher geglaubten Gewissheiten führen. Menschen können sich angesichts des praktisch unbegrenzten Angebots an Lebensweisen überfordert fühlen. Ihnen kann eine emotionale Stütze fehlen oder sie sind im Alltag mehrfachen Belastungen beispielsweise durch Beruf und Kindererziehung sowie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen durch Verhaltens- und Konsumorientierung innerhalb der Peergroup ausgesetzt. Suchtprävention und Suchthilfe müssen sich auf diese Umstände einstellen.

Eine wesentliche gesellschaftliche Veränderung unserer Tage stellt die demografische Entwicklung dar. Durch sie nimmt die Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter erheblich zu. Studien zeigen eine wachsende Zahl älterer Menschen mit höherem Konsum, Missbrauchsverhalten und eine zunehmende Zahl von Abhängigen. Dies

betrifft insbesondere den Alkohol- und Medikamentenkonsum. Während die Bedeutung der Suchtprobleme im Alter von Experten anerkannt ist, bestehen in der praktischen Arbeit noch vielfältige Defizite. Vieles deutet darauf hin, dass die bestehenden Beratungs- und Hilfsangebote der Suchthilfe nur sehr eingeschränkt für ältere Menschen geeignet sind. Beim Ausbau spezieller Hilfen für ältere Menschen besteht daher ein großer Handlungsbedarf.

II. Neue Suchtformen

Die Entwicklung hin zur Wissensgesellschaft und die verbreitete Nutzung digitaler Medien stellt auch die Suchtpolitik vor neue Herausforderungen. Die Nutzung des Internets und von Computern sind im Alltag der Menschen unentbehrlich geworden. Das Internet bietet einerseits eine Vielzahl von Möglichkeiten im Bereich der Prävention, beispielsweise um Betroffene frühzeitig zu erreichen. Andererseits kann die Nutzung von Computer und Internet bei einem Teil der Nutzer zunehmend zu einem exzessiven Gebrauch und in extremen Fällen zum Verlust der Selbstkontrolle bis zu einem Abhängigkeitsverhalten führen. In der wissenschaftlichen Diskussion finden sich verschiedene Begrifflichkeiten. Pathologischer Internetgebrauch, Medien- oder Onlinesucht – die Bezeichnungen sind vielfältig. Dies hat damit zu tun, dass die diagnostische Zuordnung bei den gängigen Klassifikationssystemen derzeit noch aussteht. Tatsache ist jedoch, dass es eine wachsende Zahl betroffener Personen gibt, für die geeignete Hilfsmaßnahmen entstehen müssen.

Auch bei der Glücksspielsucht als stoffungebundene Abhängigkeit steht die Suchtpolitik nicht zuletzt wegen aktueller technischer, politischer und rechtlicher Veränderungen (z. B. durch das Internet und neuer Regelungen für das gewerbliche Automatenpiel) vor neuen Herausforderungen.

III. Trends und neue Konsummuster

In den letzten Jahren haben sich die Verhaltensmuster beim Suchtstoffkonsum verschoben. Während früher der Konsum illegaler Drogen hauptsächlich kleinere gesellschaftliche Randgruppen betraf, ist der Konsum von illegalen Suchtmitteln heute auch in der Mitte der Gesellschaft verbreitet.

Eine steigende Anzahl von Personen jeglicher Alters- und Bildungsschicht zeigt ein problematisches, zum Teil exzessives Konsumverhalten auch bei legalen Suchtmitteln, das nicht zwangsläufig zu einer Abhängigkeit führen muss. Riskanter Alkoholkonsum beispielsweise betrifft heute Jugendliche ebenso wie Menschen im fortgeschrittenen Alter, junge, erfolgreiche Frauen ebenso wie Männer im mittleren Lebensalter. Dies alles macht neue Ansätze in der Drogen- und Suchtpolitik notwendig.

Eine weitere Herausforderung stellt das Auftauchen immer neuer psychoaktiver Substanzen (sog. „legal-highs“) dar. Dazu gehören neue synthetische Stoffe und Substanzen, wie die synthetischen Cannabinoide in den als Kräutermischungen (z. B. „Spice“) verkauften Produkten oder Cathinone in als Badesalze vertriebenen Produkten. Diese Substanzen und ihre chemischen Abwandlungen treten in zunehmendem Umfang am Markt auf. Ihre gesundheitlichen Risiken sind schwer einzuschätzen.

Hinzu kommt, dass junge Menschen vermehrt verschiedenartige psychoaktive Substanzen gleichzeitig konsumieren. Gerade von diesem Mischkonsums geht jedoch ein besonderes Risiko aus. Die Wirkungen, die eine Kombination von zwei oder mehr Substanzen auslöst, sind schwer einzuschätzen und entsprechen in der Regel nicht der Summe der Einzelwirkungen. Je nach Substanz potenzieren oder verstärken sich die jeweiligen Effekte, oder sie beeinflussen Körper und Psyche in verschiedene Richtungen. Beides ist für den Körper extrem belastend. Die Gefahr gesundheitsgefährdender Zwischenfälle erhöht sich durch diesen Mischkonsum.

Es ist deshalb erforderlich, den Mischkonsum unter jungen Konsumenten bei den Präventionsansätzen mehr zu beachten, hierfür zielgerichtete Präventionsmaßnahmen wie für junge Partygänger zu entwickeln und das Hilfesystem hierfür weiter zu qualifizieren.

Das Internet stellt uns zudem vor neue Herausforderungen. Spezielle Websites vermitteln den Zugang zu einigen der psychoaktiven Substanzen und bieten vor allem Jugendlichen und jungen Erwachsenen Möglichkeiten zum ungehinderten Austausch über den Konsum der verschiedenen legalen und illegalen Substanzen nicht selten mit detaillierten Anweisungen für intensive Rauschergebnisse.

C. Eckpunkte zur Ausgestaltung der Drogen- und Suchtpolitik – Wo wollen wir hin?

Das bestehende System der Prävention und Suchthilfe bietet gute Voraussetzungen, um den skizzierten neuen Herausforderungen zu begegnen. Es gibt in einigen Bereichen Optimierungsbedarf, in anderen müssen die bisherigen Ansätze kontinuierlich fortgesetzt werden, in einigen sind neue Schwerpunktsetzungen erforderlich. Diese sollen im Folgenden skizziert werden. Im zweiten Teil der Nationalen Strategie werden sie mit konkreten Zielsetzungen und Maßnahmen unterlegt.

Die Bereitstellung der erforderlichen Mittel zur Sicherung einer kontinuierlichen und erfolgreichen Umsetzung der Nationalen Strategie soll auf den verschiedenen Ebenen durch die jeweils zuständigen Akteure erfolgen. Etwaiger Mehrbedarf des Bundes an Sach- und Personalmitteln wird finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan der Ressorts ausgeglichen.

Die Darstellung der Drogen- und Suchtpolitik in einer nach Suchtstoffen separierten Betrachtungsweise, wie sie in Teil II vorgenommen wird, dient der Übersichtlichkeit. Querschnittsthemen in herausgestellten Textkästen verdeutlichen beispielhaft, wo Menschen suchstoffübergreifend betroffen sind.

I. Der Mensch im Mittelpunkt

Im Mittelpunkt der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung steht der suchtkranke Mensch als Person und nicht seine Erkrankung. Um Abhängigkeit zu verhindern und erkrankten Menschen zu helfen, müssen die gesamten Lebensumstände in den Blick genommen werden. Seinen Hintergrund, seine Abhängigkeiten und seinen individuellen Hilfebedarf müssen wir ermitteln und dort mit unserer Hilfe ansetzen. Dies bedeutet auch, dass die sozialrechtliche Segmentierung unseres ohne Zweifel insgesamt bewährten Systems nicht immer den Bedürfnissen eines einzelnen Hilfebedürftigen gerecht wird.

Darüber hinaus brauchen wir Menschen als Helfer. Nichts kann die unmittelbare Ansprache eines Suchtkranken durch andere Menschen ersetzen, seien es Ärzte, Apotheker, Mitarbeiter in der Suchthilfe, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige. Sie sind deshalb der wichtigste Ansatzpunkt für unsere helfende Drogen- und Suchtpolitik.

II. Prävention auf Risikogruppen ausrichten

Prävention und Gesundheitsförderung stehen auch in Zukunft im Vordergrund einer modernen Drogen- und Suchtpolitik. Sie sind der wesentliche Ansatz für die Stärkung der Selbstkompetenz, um das eigene Leben verantwortlich gestalten zu können. Prävention muss aber zielgenauer werden, sich mehr auf Risikogruppen fokussieren. Für jedes Suchtmittel sind die besonderen Risikogruppen herauszufinden und gezielt anzusprechen. Zur Vermeidung von späterem Suchtverhalten müssen Kinder und Jugendliche sich zu selbstbewussten und starken Personen entwickeln können. Um dieses Ziel zu erreichen, brauchen sie beim Aufwachen ein stabiles familiäres und soziales Umfeld, das ihnen ausreichend Sicherheit, Anerkennung und Verständnis entgegenbringt. Diese Unterstützung gibt ihnen die nötige Kraft, Herausforderungen des Lebens auch in kritischen Zeiten bewältigen zu können. Damit Kindern und Jugendlichen diese Ressourcen ausreichend zur Verfügung stehen und sie Nein sagen können zu Tabak, Alkohol und Drogen, müssen Suchtprävention und Gesundheitsförderung in enger Kooperation mit Schule sowie der Familien- und Jugendhilfe und Erziehungs- und Familienberatung insbesondere benachteiligte Kinder und Jugendliche mit gezielten Angeboten unterstützen. Stärker als bislang muss der Schwerpunkt auf den Gefahren der Suchtentstehung, auf riskanten Konsummustern und damit der Entwicklung von Kompetenzen zum Umgang mit den Risiken liegen. Junge Menschen, die „cool“ sein wollen, begreifen sich kaum als suchtgefährdet. Deshalb ist es notwendig, spezifische Präventionsangebote für gefährdete Jugendliche im Bereich der selektiven Prävention zu entwickeln.

Zu den Risikogruppen zählen auch Menschen mit negativen Erfahrungen, wie sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt in der Kindheit oder Abhängigkeit eines Elternteils, die das Risiko für eine spätere Abhängigkeit wesentlich erhöhen. Auch Belastungssituationen wie Arbeitslosigkeit stellen ein besonderes Risiko dar und müssen in der Suchtprävention und -intervention gezielter angesprochen werden. Präventionsansätze und Behandlungsangebote müssen sich verstärkt auf diese Risikogruppen ausrichten, damit die gesundheitlichen Gefahren des riskanten und schädlichen Konsums legaler wie illegaler Suchtstoffe wahrgenommen und diese Gruppen von entsprechenden Hilfsangeboten erreicht werden können.

III. Frühintervention ausbauen

In Deutschland steht für Suchtkranke bereits ein differenziertes Sucht- und Drogenhilfesystem mit vielfältigen Angeboten zur Verfügung. Dieses ist im europäischen und weltweiten Vergleich gut ausgebaut und erfolgreich. Jedoch bestehen noch Defizite in der Inanspruchnahme der Beratungs- und Behandlungsangebote. Zu wenig suchtkranke Menschen werden durch das Hilfesystem rechtzeitig erreicht. Viele Suchtkranke nehmen die bestehenden Behandlungsangebote viel zu spät, oft erst nach vielen Jahren einer bereits bestehenden Abhängigkeit in Anspruch. Dies gilt für alle Suchtformen, vom Alkohol über Tabak bis hin zum Glücksspiel.

Eine Suchtentwicklung oder missbräuchlicher Konsum können frühzeitig erkannt werden, wenn in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung nach Suchtproblemen gefragt wird. Besonders die ärztliche Behandlung eignet sich als Setting für Frühinterventionen, weil dort die gesamte Bevölkerung Kontakt zum medizinischen Hilfesystem hat. Deshalb muss es in Zukunft darum gehen, Ärzte – vor allem Hausärzte sowie Kinderärzte – in ihrer Rolle als frühzeitige Ansprechpartner zu stärken. Gerade im Bereich Alkohol ist die Wirksamkeit einer Frühintervention (im Sinne einer kurzen motivierenden Beratung zur Konsumreduktion) in den Hausarztpraxen durch nationale und internationale Studien gut belegt.

IV. Mehr Menschen vor Ort erreichen – Betriebliche Suchtprävention ausbauen

Ein weiterer wichtiger Ort, an dem Menschen verschiedener Altersgruppen und Schichten für ein stärker gesundheitsförderliches Verhalten erreicht werden können, ist der Arbeitsplatz. Nach dem Arbeitsschutzgesetz ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren für seine Mitarbeiter zu ergreifen. Betriebsärzte haben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz die Aufgabe, den Arbeitgeber in allen Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes zu unterstützen. In diesem Rahmen beraten Betriebsärzte auch zur betrieblichen Suchtprävention. Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge zielt darauf ab, neben dem frühzeitigen Erkennen und Verhüten von arbeitsbedingten Erkrankungen einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und der Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes zu leisten. Arbeitsmedizinische Vorsorge kann deshalb auch Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge wie individuelle Suchtprävention und Suchtberatung umfassen. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wozu auch Angebote der Alkohol- und Suchtprävention gehören, sind für die Krankenkassen Pflichtaufgaben. Die in den Betrieben vorhandenen Potentiale zur Verhinderung von Suchterkrankungen wurden von großen Unternehmen bereits erkannt. Sie bieten ihren Beschäftigten umfassende Programme der Gesundheitsförderung an, die auch das Thema Sucht (z. B. Ausstieg aus dem Tabakkonsum, aber auch Hilfen bei Alkoholabhängigkeit) umfassen. Unser Ziel ist es, die Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass dieses Instrumentarium breiter genutzt wird. Schon heute engagieren sich Krankenkassen gemeinsam mit den Unternehmen in der betrieblichen Suchtprävention. Dieses Engagement muss umfassender und flächendeckender erfolgen. Wir wollen außerdem kleinere und mittlere Betriebe, in denen der Großteil der Beschäftigten in Deutschland tätig ist, darin unterstützen, die betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung mit Unterstützung der Suchtselbsthilfe auszubauen. Nur so kann eine Situation entstehen, von der die Mitarbeiter durch eine verbesserte Gesundheit und höhere Arbeitsmotivation

sowie die Betriebe durch weniger Fehltag und eine bessere Arbeitsleistung profitieren.

V. Professionelle Zusammenarbeit an den Schnittstellen stärken – Netzwerke bilden

Das Drogen- und Suchthilfesystem ist in Deutschland weitgehend subsidiär aufgebaut und auf unterschiedliche Zuständigkeiten verteilt. Verschiedene und teilweise voneinander getrennt agierende Hilfe- und Beratungsangebote in der Suchthilfe, Jugendhilfe, Schule, Sozial- und Arbeitsverwaltung und im Gesundheitssystem arbeiten zu häufig neben- statt miteinander.

So findet beispielsweise heute die Beratung bei Suchtmittelproblemen in den Suchtberatungsstellen statt, die überwiegend von der Kommune getragen werden. Die Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung von Suchtmittelabhängigen findet in Krankenhäusern oder speziellen Stationen in der Psychiatrie statt, deren Kosten mit den Krankenkassen ausgehandelt werden. Für die häufig auf einen Entzug folgende Entwöhnungsbehandlung, die medizinische Rehabilitation Suchtkranker, ist dagegen in der Regel die Deutsche Rentenversicherung der zuständige Kostenträger. Für die engere Nachsorge im Sinne einer Rückfallprophylaxe sind sowohl die Rentenversicherung als auch die Suchtberatungsstellen zuständig. Für die Integration in Arbeit sind die Grundversicherungsstellen und Arbeitsagenturen, für eventuelle Schuldenprobleme die Schuldnerberatungsstellen und für die Behandlung der mit einer Suchterkrankung häufig einhergehenden weiteren psychischen Probleme sind die psychiatrischen Fachärzte, Psychologen oder psychologischen Psychotherapeuten Ansprechpartner. Zwischen allen diesen Stellen mit ihren jeweils eigenen Verfahren und Finanzierungen befindet sich der Suchtkranke auf der Suche nach Hilfe. Dies ist besonders deshalb häufig problematisch, weil mit der Suchterkrankung in der Regel soziale Probleme und Komorbiditäten einhergehen, sodass für eine erfolgreiche Beratung und Behandlung eine Ausrichtung allein auf das Suchtproblem nicht ausreicht.

Um eine bessere Verzahnung zu erreichen, muss der Fokus der Politik auf die Schnittstellen in und zwischen den Hilfesystemen gerichtet sein, damit dort kein Suchtkranker verloren geht. Die verschiedenen Träger müssen mit ihren Angeboten eine intensive Vernetzung und Kooperation im Sinne der Betroffenen sicherstellen.

Eine Form des wirksamen Schnittstellenmanagements sind Netzwerke und integrierte Versorgungsansätze, die sich in unterschiedlicher Art und Weise in Deutschland seit langem etabliert haben. Sie dienen einer möglichst reibungslosen und nachhaltigen Kooperation der verschiedenen professionellen Fachkräfte in den zu koordinierenden Systemen und bieten die Möglichkeit, dass die mit einer Suchterkrankung einhergehenden vielfältigen Probleme des Ratsuchenden umfassend angegangen werden können. Hier muss nach Wegen gesucht werden, bei denen die erforderlichen Hilfen durch unterschiedliche Akteure ineinander greifen und sich ergänzen.

In den kommunal oder regional orientierten Netzwerken der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention sind zahlreiche Akteure aus verschiedenen Berufsgruppen und aus unterschiedlichen Sektoren engagiert. Beteiligt sind hier nicht nur zahlreiche ambulante und stationäre Einrichtungen, Verbände und Gremien des Gesundheitswesens, sondern auch andere Hilfebereiche, die Schnittmengen zu den Aufgaben der Sucht- und Drogenhilfe aufweisen. Dazu gehören unter anderem die Schulen, Betriebe, Sportvereine, Freizeiteinrichtungen, Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit, Erziehungs- und Schuldnerberatungsstellen und Arbeits- und Beschäftigungsprojekte.

Als ein Beispiel für eine notwendige Vernetzung zur Überwindung von Schnittstellenproblemen kann die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe und Schule genannt werden. Die verschiedenen Hilfesysteme haben sich in den vergangenen Jahren aufeinander zu bewegt und Beratungs- und Versorgungsangebote besser abgestimmt. Es hat sich gezeigt, dass trotz möglicher unterschiedlicher Herangehensweisen viele gemeinsame Schnittmengen für eine gute Kooperation bestehen, auf der weiter aufgebaut werden kann. In der

jeweiligen professionellen Zuständigkeit schafft eine gelungene Arbeitsteilung zusätzliche Synergien.

Qualität und Effektivität von Netzwerken sind nicht unerheblich von den Akteuren abhängig; allerdings ist eine personelle Kontinuität bei allen beteiligten Akteuren aber nur in seltenen Fällen über einen längeren Zeitraum gegeben. Daher benötigen funktionierende Netzwerke verbindliche Absprachen zwischen den Einrichtungen als ein wesentliches Fundament ihrer Arbeit. Die Zusammenarbeit in Netzwerken steht damit vor der ständigen Herausforderung, immer wieder neu mit Leben gefüllt zu werden.

VI. Geschlechtersensibilität durchgehend verankern

Nach wie vor bestehen bei Suchterkrankungen große Unterschiede zwischen den Geschlechtern, auch wenn sich in den letzten Jahren in einigen Bereichen ein Trend zur Angleichung zeigt, z. B. im Rauchverhalten oder beim Alkoholkonsum junger Frauen. Noch immer ist jedoch der Konsum illegaler Drogen und der Alkoholmissbrauch mehr ein männliches Problem, während Medikamentenmissbrauch überdurchschnittlich häufig bei Frauen vorkommt.

Daher müssen die spezifischen Gründe weiblichen und männlichen Suchtverhaltens sowie deren Verlauf und Ursachen in der Suchtprävention gesondert betrachtet werden. Dazu gehört auch, geschlechtsspezifische Angebote zu entwickeln, ohne Geschlechterrollen weiter zu verfestigen.

Eine wichtige Zielgruppe in der Prävention sind Schwangere. Gerade in der Schwangerschaft wächst bei vielen Frauen die Bereitschaft, ihr Konsumverhalten zu überdenken und neue Wege zu beschreiten. Gleichzeitig ist eine Schwangerschaft mit Risiken für das ungeborene Kind beim Konsum von Alkohol, Tabak oder Medikamenten verbunden. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft hat erhebliche Auswirkungen für die einzelne Frau und ihr Kind. Deshalb ist es unser Ziel, gezielt diejenigen Schwangeren zu erreichen, bei denen ein problematischer Konsum zu befürchten ist.

VII. Forschung gezielt ausrichten

Die Suchtforschung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt. Mit den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten vier Suchtforschungsverbänden, der versorgungsorientierten Ressortforschung im Bundesministerium für Gesundheit und vielen weiteren Förderungen ist in den letzten 15 Jahren eine tragfähige Struktur entstanden, die sich auch im internationalen Vergleich sehen lassen kann. Die Suchtforschung in Deutschland umfasst sowohl epidemiologische als auch biologische, psychische, soziale und rechtliche Aspekte und verbindet unterschiedliche Wissenschaftstraditionen. Dabei reicht das Spektrum von der Grundlagen- bis zur Versorgungsforschung. Insbesondere die anwendungsbezogene Forschung muss im Suchtbereich weiter verstärkt werden, um die Wirksamkeit drogen- und suchtpolitischer Konzepte und Initiativen durch evidenzbasierte und evaluierte Maßnahmen zu erhöhen. Im Rahmen der Ressortforschung des BMG wird deshalb sowohl die Bearbeitung substanzspezifischer wie substanzübergreifender Forschungsfragen in enger Kooperation mit Versorgungseinrichtungen gefördert, um Beratungs- und Behandlungskonzepte praxisnah weiter zu entwickeln und die Forschungsergebnisse möglichst nahtlos in den Versorgungsalltag der beratenden und behandelnden Institutionen übertragen zu können. Die vom BMG geförderten Modell- und Forschungsprojekte haben zunehmend substanzübergreifende und zielgruppenspezifische Ansätze in Prävention und Behandlung untersucht und erprobt; in den letzten Jahren galt das Interesse darüber hinaus verstärkt der Frage, wie die verschiedenen Hilfebereiche durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement effektiver arbeiten können. Ergänzend dazu fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Maßnahmen im Bereich des exzessiven Internetgebrauchs. Neben dem klinisch-therapeutischen Aspekt geht es darum, medienerzieherische und medienpädagogische Präventionsansätze zu entwickeln sowie mögliche Zusammenhänge zwischen exzessiver Computer- und Internetnutzung und familialer Interaktion herauszufinden. Angesichts der hohen Dynamik, mit der sich Computer- und Internetnutzung als Bestandteil der

Mediennutzung verbreiten, ist davon auszugehen, dass sich die durchschnittliche Nutzungsdauer, aber auch die Problemwahrnehmung zeitintensiver Mediennutzung zügig verändern. Darüber hinaus muss sich Forschung auch den neuen Herausforderungen wie beispielsweise der Onlinespielsucht oder den erstmalig auftauchenden psychoaktiven Substanzen annehmen.

VIII. Maßnahmen evaluieren

Maßnahmen und Konzepte zur Verringerung des Drogen- und Suchtmittelkonsums müssen wirksam sein. Um sie im Hinblick auf die gesetzten Ziele und den Mitteleinsatz bewerten zu können, muss Evaluation und wissenschaftliche Begleitforschung ein selbstverständlicher Bestandteil der Maßnahmenentwicklung sein. Alle Ansätze in der Prävention, Suchthilfe, Schadensminimierung und Repression sind auf ihre Wirkung und Relevanz zu prüfen. Dies gilt in besonderem Maße in Zeiten knapper Finanzen, um die vorhandenen Mittel möglichst zielgerichtet einsetzen zu können.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen muss nachgewiesen sein, bevor sie in der Fläche zu Anwendung kommen. Nur auf der Grundlage evaluierter und evidenzbasierter Maßnahmen besteht eine empirisch begründete und verlässliche Basis für die Umsetzung und Weiterentwicklung von Präventionsstrategien.

Dabei steht die Messbarkeit von Erfolgen vor allem im Bereich der Prävention vor besonderen Herausforderungen. Ziel der Prävention ist es, dass ein Ereignis nicht eintritt, sei es der Beginn des Konsums einer Substanz oder die Entstehung von missbräuchlichem Verhalten oder Abhängigkeit. Die Aufgabe der Erfolgskontrolle ist also die Messung des Nichteintritts eines Ereignisses. Hierin liegt ein zentraler Grund, warum die Evaluation von Prävention zu den methodisch schwierigsten Evaluationsbereichen gehört. Dennoch sind auf diesem Gebiet in den letzten Jahren große Fortschritte zu verzeichnen. Die Bundesregierung unterstützt eine Vielzahl von Projekten mit wissenschaftlicher Begleitforschung. Nur wenn wir klare Erkenntnisse darüber haben, dass eine Maßnahme wirkt und die richtige Zielgruppe

erreicht wird, ist es sinnvoll, sie flächendeckend in der Praxis umzusetzen.

IX. Gesetzgebung, wo sie erforderlich ist

Den Menschen in den Mittelpunkt der Drogen- und Suchtpolitik zu stellen, bedeutet in erster Linie, ihn in seiner Eigenverantwortung zu stärken. Von größter Bedeutung ist es, in der Gesellschaft einen breiten Konsens über die bestehenden Gefahren des Suchtmittelkonsums unter den verschiedenen Akteuren auf den unterschiedlichen Ebenen zu erzielen. Dennoch können gesetzliche Normen wichtig sein, um gesundheitsförderliches Verhalten zu erreichen. Werden Einzelne durch ein gesundheitsgefährdendes Verhalten anderer geschädigt oder gefährdet, sind gesetzliche Maßnahmen wie zum Beispiel im Bereich des Nichtraucherschutzes unbedingt erforderlich. Den Schutz von Kindern und Jugendlichen hat der Staat mit gesetzlichen Regelungen sicherzustellen, wenn sonstige Maßnahmen für einen wirksamen Schutz nicht ausreichen. Gesetzgeberische Maßnahmen müssen auf die neuen Herausforderungen adäquate Antworten finden. Im Bereich der neuen synthetischen Stoffe beispielsweise stehen wir vor dem Problem, dass nur speziell bezeichnete Stoffe und Substanzen durch ein relativ zeitaufwendiges Gesetzgebungsverfahren verboten werden können. Diese Verbote können allerdings leicht durch die Synthese neuer Stoffe oder die geringe chemische Abwandlung vorhandener Substanzen umgangen werden. Die Möglichkeiten hierfür sind international vorhanden; der Vertrieb erfolgt grenzüberschreitend mit geringem Aufwand über das Internet. Hier ist nach Möglichkeiten zu suchen, um einen wirksamen und schnellen Schutz der Bevölkerung vor diesen Substanzen sicherzustellen.

X. Sucht-Selbsthilfe stärken

Die Sucht-Selbsthilfe in Deutschland leistet als älteste Form der Selbsthilfe einen unverzichtbaren Beitrag im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe. Selbsthilfeeinrichtungen sind die Orte, an denen unser Ideal von der Hilfe zur Selbsthilfe und der Überwindung der Sucht mit

Leben erfüllt wird. Das Hilfsangebot richtet sich an die Suchtkranken vor, während und nach der Therapie, an die Angehörigen und Freunde. Selbsthilfe ist Ansprechpartner für Dienstleister (u. a. Betriebe, Arztpraxen, Beratungsdienste). Es gibt Selbsthilfegruppen für alle Formen von Abhängigkeiten (z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel, Computer, Internet). Sie leisten Motivationshilfe und Unterstützung für Betroffene, Begleitung und Stärkung für Angehörige und tragen durch Aufklärung über Suchterkrankungen zu einem Bewusstseinswandel in der Öffentlichkeit bei.

Die meisten Organisationen der Suchtselbsthilfe sind Mitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen: Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher, Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund. Es bestehen eine Reihe von Selbsthilfegruppen, die sich direkt den Wohlfahrtsverbänden der Arbeiterwohlfahrt, dem Deutschen Caritasverband, der Diakonie oder dem Deutschen Roten Kreuz angeschlossen haben oder aber Fachverbänden wie dem Fachverband Glücksspielsucht. Die überwiegende Anzahl der Selbsthilfegruppen im Bereich illegaler Drogen gehören den JES-Gruppen an (Junkies, Ehemalige, Substituierte), die durch die Deutsche Aidshilfe betreut werden. Mit der Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesetzliche Rentenversicherung ist in Deutschland eine hervorragende Grundlage für die Arbeit der gesundheitlichen Selbsthilfe vorhanden.

XI. Passgenaue Beratung und Behandlung

Alle Akteure in der Sucht- und Drogenhilfe und den angrenzenden Hilfebereichen stehen immer wieder vor der Herausforderung, die bewährten und etablierten Angebote und Hilfen zu überprüfen. Bei Bedarf müssen sie modifiziert werden, um auch neuen Gegebenheiten zu genügen. Ratsuchende und Suchtkranke haben einen Anspruch darauf, die für sie maßgeschneiderten Hilfen zu erhalten. Besonders anspruchsvoll sind solche Hilfen immer dann, wenn verschiedene Akteure zusammen-

arbeiten müssen, um dem ratsuchenden Menschen optimal zu helfen. Eine solche Komplexleistung bedarf nicht nur einer klaren Aufgabenteilung, sondern auch der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven der Leistungserbringer. Bei der wünschenswerten Kooperation von Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe beispielsweise spielen die unterschiedlichen Perspektiven von professioneller und ehrenamtlicher Hilfe eine wichtige Rolle.

Neben dem Prozess einer kontinuierlichen Verbesserung der Angebote und Leistungen ist es – vor allem bei neuen Suchtformen oder neuen psychotropen Substanzen – erforderlich, neue spezialisierte Hilfen oder Angebote zu schaffen. Die Erfahrung im Bereich der Beratung und Behandlung von jungen Menschen, die wegen ihres Cannabiskonsums Hilfe suchen, hat gezeigt, dass schon eine räumliche Aufteilung in der Beratungsstelle für die unterschiedlichen Klienten oder eine Umbenennung der Suchtberatungsstelle dazu führen kann, dass wesentlich mehr Hilfesuchende die Leistungen der Beratungsstelle in Anspruch nehmen als zuvor. Im Bereich der Beratung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund wurde deutlich, dass Fachkräfte mit den entsprechenden sprachlichen, kulturellen und migrationsbezogenen Kompetenzen wesentlich dazu beitragen, die Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen zu erhöhen. Die Sucht- und Drogenhilfe steht auch vor der Herausforderung, auf die Erscheinungen des pathologischen Internetgebrauchs passgenau zu reagieren.

Teil II – Teilbereiche der Nationalen Strategie

A. Alkohol

I. Ausgangslage: Alkoholkonsum und -missbrauch in Deutschland

Das Trinken von Alkohol gehört für viele Menschen zum Konsumverhalten in unserem Kulturkreis. Ein missbräuchlicher oder riskanter Alkoholkonsum führt jedoch zu erheblichen gesundheitlichen Risiken und Schäden sowohl für die Konsumenten wie für Dritte. Prävention zielt grundsätzlich darauf ab, Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern, ohne dabei den Genuss von Alkohol in Frage zu stellen.

Eine Bedingung für eine erfolgreiche Alkoholprävention ist ein abgestimmtes Bündel aus gesetzlichen Regelungen, Information und verhaltenspräventiven Maßnahmen. Alkoholprävention ist eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und der Selbstverwaltung sowie weiterer gesellschaftlicher Interessengruppen wie beispielsweise Arbeitgeber, Gewerkschaften, Verbände und Einrichtungen der Suchtprävention. Unter den 20 häufigsten Krankenhausdiagnosen der vollstationär behandelten männlichen Patienten befinden sich „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) mit 334.000 Diagnosen vor allen anderen Erkrankungen.⁹ Wird die Gesamtbevölkerung betrachtet, so trinken 18,3 % der Erwachsenen Alkohol in riskanter Weise, d. h. mehr als 12 g Alkohol pro Tag bei Frauen und mehr als 24 g bei Männern, das entspricht 9,5 Millionen.¹⁰ 2,4 % der erwachsenen Bevölkerung sind alkoholabhängig, dies entspricht 1,3 Millionen Menschen.¹¹ Eine Differenzierung des Konsums nach Sozialschichten zeigt, dass der Alkoholkonsum in der unteren Sozialschicht tendenziell in den meisten Altersgruppen geringer ist.¹² Pro Jahr sterben mehr als 73.000 Menschen in Deutschland an den Folgen des missbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsums. Die

Kosten alkoholbezogener Krankheiten belaufen sich in Deutschland auf jährlich 26,7 Milliarden Euro.¹³ Zwischen exzessivem Alkoholkonsum und gewalttätigen Auseinandersetzungen besteht erwiesenermaßen ein Zusammenhang.

Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Einerseits nimmt der Anteil der Jugendlichen (12- bis 17-Jährige), die mindestens wöchentlich Alkohol konsumieren, seit 2004 ab und liegt 2010 bei 13 %. Damit konsumiert die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen Alkohol nicht regelmäßig. Andererseits nimmt riskantes Konsumverhalten zu. Die Zahl der Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren, die aufgrund von Alkoholvergiftungen in die Notaufnahme eines Krankenhauses eingeliefert werden mussten, ist zwischen 2000 und 2010 von 9.500 auf 26.000 gestiegen.¹⁴

Dies alles unterstreicht, warum die Reduzierung des Alkoholmissbrauchs ein vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik darstellen muss. Nicht zuletzt befindet sich Deutschland trotz des seit Jahren zu verzeichnenden leichten Rückgangs der pro Jahr konsumierten Menge Alkohol nach wie vor in der Spitzengruppe der Staaten mit dem höchsten Alkoholverbrauch. Zuletzt konsumierte jeder Bundesbürger pro Jahr 9,7 Liter reinen Alkohol.¹⁵

9 Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009): Diagnose-daten der Krankenhäuser

10 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 11

11 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 11

12 Vgl. Hapke, U., Hansich C. et al. (2009). Epidemiologie des Alkoholkonsums bei älteren Menschen in Privathaushalten: Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2007. In: Sucht 55(5), S. 281–291

13 Vgl. DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 13

14 Vgl. Statistisches Bundesamt (2011): Tabelle: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Akute Intoxikation (akuter Rausch) sowie http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Kopie_von_F100_Alkohol_Jugendliche_BL_00-10_absolut.pdf

15 DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 7

Menschen und Sucht: Kinder aus suchtblasteten Familien

In Deutschland sind bis zu 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Alkohollabhängigkeit des Vaters oder der Mutter oder beider Elternteile betroffen. Ca. 30.000 Kinder haben Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind. Diese Kinder haben ein sehr viel höheres Risiko, im Laufe ihres Lebens eine substanzbezogene Störung zu entwickeln. Mehr als 30% der Kinder aus suchtblasteten Familien werden selbst suchtkrank – meistens sehr früh in ihrem Leben. Da eine Suchterkrankung noch immer eine stigmatisierte Krankheit ist und als Schwäche, Versagen oder gar Schande angesehen wird, ist es für alle Beteiligten schwer, ein Suchtproblem einzugestehen. Durch die vielfachen Bemühungen aller Familienmitglieder, nach außen den Eindruck einer „heilen Welt“ zu vermitteln, erhalten Kinder oft keine adäquate Hilfe und Unterstützung von außen.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert die Entwicklung und Erprobung eines „Modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtblasteten Familien“ (www.projekt-trampolin.de) in einem dreijährigen Projekt bis 2011. Die Multicenter-Studie findet an 16 Projektstandorten in insgesamt zehn Bundesländern statt und überprüft die Wirksamkeit eines modularen Gruppenangebots für 8- bis 12-jährige Kinder aus suchtblasteten Familien unter verschiedenen strukturellen und lokalen Rahmenbedingungen mit standardisierten Messinstrumenten bei den Kindern und ihren Eltern. Ein Elterntraining ist in die Präventionsmaßnahme integriert. Ziel des Projektes ist es, die psychische Belastung der Kinder aus suchtblasteten Familien zu reduzieren, ihre Handlungskompetenz zu stärken und eine dauerhafte Erhöhung der Ressourcen und der Widerstandsfähigkeit der Kinder zu erreichen. Mit Vorlage der Ergebnisse ist eine Abschätzung über

Erreichbarkeit der Zielgruppe und Wirksamkeit der Maßnahme möglich. Darauf aufbauend wird die Bundesregierung den Transfer dieser Maßnahme prüfen.

Im Rahmen der Arbeit des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“, dessen Einrichtung unter anderem aufgrund des tragischen Todes eines Kindes von substituierten opiatabhängigen Eltern erfolgte, werden alle Aspekte berücksichtigt, die dazu beitragen können, eine Kindeswohlgefährdung zu entdecken und den Betroffenen frühzeitig Hilfen anzubieten. Eines der zahlreichen Modellprojekte, die entsprechende Ansätze erproben, widmet sich den Kindern aus suchtblasteten Familien bzw. Kindern von psychisch kranken Eltern.

II. Ziele und Maßnahmen

1. Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen

Ziel 1:

Reduzierung der Häufigkeit des Rauschtrinkens unter Kindern und Jugendlichen

Die schädlichen Folgen des Rauschtrinkens sind für Jugendliche beträchtlich. In Studien wurde nachgewiesen, dass exzessiver Konsum aufgrund der Anfälligkeit Jugendlicher gegenüber Alkohol zu massiven und teilweise nicht reversiblen gesundheitlichen Schädigungen führt. Die Wahrscheinlichkeit einer frühzeitigen Abhängigkeit ist bei diesem Personenkreis deutlich höher als bei Erwachsenen.¹⁶ Die Zunahme des Rauschtrinkens („Binge Drinkings“) unter Jugendlichen hat viele Ursachen, wichtige Einflussfaktoren sind Familie, Gleichaltrige, das Freizeitverhalten, das Suchen nach Grenzerfahrungen sowie das Marketing der Alkoholindustrie. Mit dem Ziel, den verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen zu fördern, wird die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Null Alkohol Voll Power“¹⁷ in Urlaubsregionen sowie im Rahmen von Freizeitveranstaltungen und Jugendevents durchgeführt. Die Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung richtet sich an Jugendliche und informiert über Risiken und gesundheitliche Gefahren insbesondere durch von Jugendlichen praktizierten hohen und riskanten Alkoholkonsum. Insbesondere Aktionen mit Peer-Ansätzen müssen verstärkt werden, um Jugendliche für die Präventionsziele zu motivieren. Während Studien zeigen, dass Eltern einen wesentlichen Einfluss auf das Trinkverhalten ihrer Kinder haben, verzichten Eltern aus verschiedensten Gründen darauf, mit ihren jugendlichen Kindern über Alkohol zu sprechen. Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, im schulischen und außerschulischen Kontext Angebote für Eltern zur Auseinandersetzung mit ihrer Rolle als Vorbild

und zum Umgang mit dem Konsumverhalten ihrer Kinder zu intensivieren.

Bestehende Kooperationen der BZgA mit privaten Organisationen wie der Privaten Krankenversicherung (PKV) stellen ein wichtiges Unterstützungsangebot für Kampagnen im Bereich der Alkoholprävention bei Jugendlichen dar.

Maßnahmen

- Stärkung personalintensiver Maßnahmen im Rahmen von „Null Alkohol Voll Power“
- Entwicklung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern bezüglich des Umgangs ihrer Kinder mit alkoholischen Getränken
- Workshop der Drogenbeauftragten zum Thema Elternkompetenz
- Studie zur Erforschung von Alkoholprävention durch die Ansprache von Eltern im Setting Schule
- Sicherstellung der flächendeckenden Verbreitung des Projekts „HaLT – Hart am Limit“ durch Beteiligung der Krankenkassen
- Ausbau der BZgA-Kampagnen („Alkohol? – Kenn Dein Limit“)

¹⁶ Vgl. Singer, M.V.; Teyssen, S. (Hrsg.) (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten – Grundlagen. Diagnostik. Therapie und Burger, M.; Brönstrup, A.; Pietrzik, K. (2000): Alkoholkonsum und Krankheiten

¹⁷ Mehr unter www.null-alkohol-voll-power.de

Ziel 2:**Konsequente Umsetzung der bestehenden Regelungen des Jugendschutzgesetzes**

Deutschland schreibt mit dem Jugendschutzgesetz die Altersbestimmung für die Abgabe und den Konsum von alkoholischen Getränken in der Öffentlichkeit vor – 16 Jahre für Wein, Bier, Sekt und wein-, sekt- oder bierhaltige Mischgetränke und 18 Jahre für Spirituosen und andere spirituosen- bzw. branntweinhaltige Getränke und Lebensmittel. Die gesetzliche Regelung soll verhindern, dass Jugendlichen unterhalb der geltenden Altersgrenzen Alkohol zur Verfügung steht. Die Bundesregierung setzt sich für eine konsequente Einhaltung dieser Altersgrenzen zum Jugendschutz ein. Die Reduzierung der Verfügbarkeit erfordert unter anderem einen verantwortungsvollen Verkauf von Alkohol durch den Einzelhandel (einschließlich Tankstellen) und in der Gastronomie. Da zahlreiche Berichte über ein Vollzugsdefizit im Jugendschutz vorliegen, ist eine verbesserte Kontrolle des Einzelhandels hinsichtlich des Verkaufsverbots von Bier und Wein an unter 16-Jährige und von Spirituosen an unter 18-Jährige dringend notwendig. Ziel ist es dabei, die Verstöße gegen das Jugendschutzgesetz zu identifizieren und konsequent die entsprechenden Sanktionen zu verhängen. Hierzu vereinbarte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung mit dem Handelsverband Deutschlands sowie mit der Tankstellenbranche zwei Aktionspläne Jugendschutz, die u. a. Mitarbeiterschulungen, Hinweisschilder an den Kassen, neue Kassensysteme und interne Testkäufe mit volljährigen Testkäufern beinhalten.

Maßnahmen

- Umsetzung des Aktionsplans Jugendschutz mit der Tankstellenbranche begleiten
- Umsetzung des Aktionsleitfadens des Handels zur Sicherung des Jugendschutzes
- Leitfaden zur Alkoholprävention in Gaststätten erarbeiten
- Intensivierung der Akzeptanz für die Notwendigkeit eines wirksamen Jugendschutzes durch die Kampagne „Jugendschutz aktiv“

**Ziel 3:
Kinder und Jugendliche vor Alkoholwerbung
schützen**

Werbung ist ein legitimes marktwirtschaftliches Instrument. Alkohol ist aber kein gewöhnliches Konsumgut. Alkoholmissbrauch kann schwere Gesundheitsschäden verursachen. Deshalb muss auch Werbung für alkoholhaltige Getränke bestimmte Standards erfüllen. Die Ausgaben für Alkoholwerbung schwanken seit 2000 zwischen 471 und 597 Millionen Euro.¹⁸ Die Bundesregierung setzt auf eine funktionierende Selbstkontrolle der Wirtschaft. Werbende Firmen, Medien, Handel und Agenturen müssen die Verhaltensregeln des Deutschen Werberats über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke beachten. Danach ist alles zu unterlassen, was als Aufforderung zum Missbrauch alkoholhaltiger Getränke gedeutet werden könnte. Besondere Bestimmungen sichern den Jugendschutz. So soll beispielsweise die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke nicht in Medien erfolgen, deren redaktioneller Teil sich mehrheitlich an Kinder und Jugendliche richtet und es sollen keine trinkenden oder zum Trinken auffordernde Kinder und Jugendliche in den Werbemaßnahmen gezeigt werden.

Maßnahme

- Evaluation der Effektivität der Werbeselbstkontrolle in Deutschland durch ein unabhängiges Gremium (Deutscher Werberat)

2. Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung

Ziel der öffentlichen Kommunikation muss es sein, der Bagatellisierung des riskanten Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens entgegenzuwirken, über Trinkmengen Grenzen zu informieren und die kritische Reflexion des eigenen Alkoholkonsums zu fördern. Angeknüpft werden kann dabei an die Kampagnenplattform der BZgA „Alkohol? – Verantwortung setzt die Grenze!“.

Die Internetseite „www.kenn-dein-limit.de“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung richtet sich speziell an Erwachsene und hält wichtige Informationen zum Thema verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol bereit. Neben einem umfangreichen Informationsangebot über alkoholbedingte gesundheitliche Gefahren und Risiken steht beispielsweise ein Alkohol-Selbsttest zur Verfügung, mit dem der eigene Alkoholkonsum bewertet und das Wissen zum Thema Alkohol getestet werden kann.

Ziel 4:**Alkoholkonsum im Straßenverkehr reduzieren**

Eine positive Entwicklung zeigt sich beim Thema Alkohol im Straßenverkehr. Seit Jahren sinkt die Zahl der Unfalltoten im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Waren es 1975 noch 3.641 Unfalltote, so registrierte das Statistische Bundesamt im Jahr 2010 noch 342 bei Alkoholunfällen Getötete. Dieser Erfolg ist vor allem auf die Verschärfung gesetzlicher Vorgaben zur Promille-Obergrenze und die Verstärkung polizeilicher Kontrollen zurückzuführen. Dennoch ist Alkohol am Steuer nach wie vor ein relevanter Faktor für Verkehrsunfälle. Im Vergleich zu 1997 ist die Zahl der Alkoholunfälle seit Einführung der 0,5-Promillegrenze um 52 %, die Zahl der dabei Getöteten sogar um 76 % zurückgegangen.¹⁹ Dennoch gibt es keine Entwarnung: Alkohol am Steuer gehört weiterhin noch immer zu den wichtigsten Ursachen für Verkehrsunfälle und ist verantwortlich für etwa jeden zehnten Verkehrstoten. Davon sind besonders junge Erwachsene und Fahranfänger betroffen.

Im Verkehrssicherheitsprogramm 2011 des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung sowie im Antrag der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag zur Verbesserung der Verkehrssicherheit in Deutschland (Drucksache 17/5530) wird die Prüfung elektronischer atemalkoholsensitiver Wegfahrsperrern befürwortet, die erst nach einer Atemalkoholprobe des Fahrers deaktiviert werden können. Es ist zu ermitteln, inwieweit elektronische atemalkoholsensitive Wegfahrsperrern ein geeignetes Instrument im Zuge der Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer darstellen. Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes dieser Technologie im Rahmen der Kraftfahrerrehabilitation sollen auf wissenschaftlicher Basis diskutiert werden.

Maßnahme

- Prüfung des Einsatzes elektronischer atemalkoholsensitiver Wegfahrsperrern (Alkolocks) zur Bewährungshilfe/Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer

¹⁹ Statistisches Bundesamt (2011): Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2010, S. 21, 26

Ziel 5:

Punktnüchternheit am Arbeitsplatz

Punktnüchternheit ist der Verzicht auf Alkohol in einer bestimmten Situation (z. B. bei der Arbeit oder im Straßenverkehr) oder in einem bestimmten Lebensabschnitt (z. B. in der Schwangerschaft). In deutschen Unternehmen und Behörden bestehen bei etwa 5 bis 10 % der Mitarbeiter Probleme mit Alkohol.²⁰ Durch Alkoholkonsum im Betrieb wird die Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt, die Gefahr von Arbeitsunfällen steigt. Es kommt vermehrt zu Arbeitsausfällen und zu Arbeitsplatzverlusten. Mitarbeiter in Unternehmen und Behörden sollten motiviert werden, am Arbeitsplatz vollständig auf Alkohol zu verzichten. Hierfür sind die Institutionen und Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention von zentraler Bedeutung, insbesondere bei kleinen und mittleren Unternehmen.

Maßnahmen

- Wissenschaftliche Untersuchung zum Suchtmittelkonsum in der betrieblichen Suchtprävention
- Förderung von Betriebsvereinbarungen zur Suchtprävention am Arbeitsplatz
- Förderung von Modellprojekten im Bereich der betrieblichen Suchtprävention
- Implementierung von betrieblicher Suchtprävention bei kleinen und mittleren Unternehmen, u. a. durch Berufsgenossenschaften und Handwerkskammern

20 Vgl. Fuchs, Reinhard u. a. (Hrsg.) (1998): Betriebliche Suchtprävention

Ziel 6:**Punktnüchternheit in Schwangerschaft und Stillzeit**

Etwa 10.000 Kinder pro Jahr leiden in Deutschland an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft. Besonders schwerwiegend ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS), das Vollbild der Fetalen Alkoholspektrumsstörungen (FASD). Es zählt zu den häufigsten angeborenen Behinderungen in Deutschland. Vorsichtige Schätzungen gehen von ca. 3.000 bis 4.000 betroffenen Neugeborenen pro Jahr aus. Daher ist der absolute Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft geboten. Schon ein geringer Alkoholkonsum oder vereinzelt Trinkexzesse können zu dauerhaften körperlichen und geistigen Behinderungen des ungeborenen Kindes führen. Die meisten Frauen reduzieren ihren Konsum bzw. stellen ihn ganz ein. Dennoch trinken immer noch zu viele Frauen in Deutschland während der Schwangerschaft weiter Alkohol.

Erforderlich ist eine Offensive vorwiegend im medizinischen Bereich, um die Möglichkeiten der Früherkennung des Missbrauchs von Alkohol bei Schwangeren zu nutzen. Frauen im gebärfähigen Alter sollten im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen auf die Risiken eines Alkoholkonsums während einer Schwangerschaft für das ungeborene Kind hingewiesen werden. Ärztliche Beratung könnte auch im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Zur Vorbeugung sollen Früherkennungs- und Beratungstermine genutzt werden.

Maßnahmen

- Förderschwerpunkt „Neue Präventionsansätze gegen Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft und Stillzeit“
- Leitlinienprozess zur Erarbeitung von FASD-Diagnosestandards
- Erweiterung der Infokampagne mit Apotheken zur Prävention von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf Gynäkologen und Hebammen
- Änderung des Mutterpasses: Explizite Behandlung des Themas Alkoholkonsum

Ziel 7:

Reduzierung der alkoholbedingten Gewalt

Neben den Gefahren für die Gesundheit ist massiver Alkoholkonsum auch ein Katalysator für Gewalt. In Deutschland standen im Jahre 2009 32 % der Gewaltstraftaten wie schwere Körperverletzung, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Die Polizei ist in hohem Maße mit gewalttätigen Auseinandersetzungen konfrontiert, bei denen Alkohol eine erhebliche Rolle spielt. Körperverletzungen mit Todesfolge ereigneten sich in 28,0 %, Totschlagsdelikte in 42,3 % und Vergewaltigungen/sexuelle Nötigungen in 28,8 % der Fälle unter Alkoholeinfluss. Auffallend hoch ist der Anteil der Taten unter Alkoholeinfluss bei den Widerstandshandlungen gegen die Staatsgewalt, hier waren 66,1 %, also nahezu zwei Drittel der Delinquenten, alkoholisiert.²¹

Maßnahmen

- Unterstützung der Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“
- Unterstützung konsequenten ordnungsrechtlichen Vorgehens gegen gaststätten- und jugendschutzrechtliche Verstöße

²¹ Vgl. Bundesministerium des Inneren (BMI) (2010). Polizeiliche Kriminalstatistik 2009. Die Kriminalität der Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Ziel 8:**Konzentration auf Risikogruppen in der erwachsenen Bevölkerung**

Präventionsmaßnahmen müssen sich bei der erwachsenen Bevölkerung auf Risikogruppen konzentrieren. Neben bestimmten Personengruppen gehört dazu insbesondere derjenige Teil der Bevölkerung, der riskant Alkohol konsumiert: So trinken etwa 10 % der Alkoholkonsumenten 50 % des Gesamtalkohols. Für Menschen mit Alkoholabhängigkeit gibt es in Deutschland ein ausgebautes System von Beratung, Therapie und Rehabilitation. Personen mit riskantem Konsum oder Missbrauchsrisiko werden dagegen kaum vom Hilfesystem erfasst. Insbesondere im ärztlichen Bereich, in dem ein Großteil der Patienten mit alkoholassoziierten Erkrankungen in Behandlung ist, werden Verfahren zur frühzeitigen Erkennung und Kurzintervention kaum eingesetzt.

Notwendig ist daher eine Implementierung von Kurzzeitinterventionen in allen ärztlichen Versorgungsbereichen, in denen erfahrungsgemäß ein hoher Anteil von Patienten mit alkoholassoziierten Erkrankungen behandelt wird (u. a. allgemeinärztliche Praxen, Unfall- oder internistische Stationen). Hier müssen die notwendigen fachlichen und ökonomischen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Patienten mit Alkoholproblemen identifiziert werden und in Bezug auf ihr Alkoholproblem frühzeitig eine Beratung oder Behandlung erhalten. Erprobte Methoden der frühzeitigen Erkennung und Kurzintervention, stehen bereits für den Einsatz in der Praxis zur Verfügung. Die Beratungskompetenz in der Ärzteschaft und in anderen Berufen des Gesundheitswesens soll durch geeignete Arbeitshilfen gefördert werden. Es müssen Ressourcen bereitgestellt werden, um die Implementierung der Diagnose- und Interventionsprogramme im medizinischen Bereich sicherzustellen.

Maßnahmen

- Stärkung der geschlechtsbezogenen Erforschung der Alkoholprävention
- Verstärkung der Frühinterventionen durch Ärzte und medizinisches Personal
- Stärkung der Aus- und Weiterbildung von Ärzten im Bereich der Frühintervention bei Alkoholmissbrauch
- Wanderausstellung zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Erwachsenen
- Ausbau der BZgA-Kampagne („Alkohol? Kenn Dein Limit“, erwachsene Altersgruppe)
- Stärkung der Akzeptanz und des Ausbaus der ambulanten Therapie
- Sicherstellung der Anschlussbehandlung bei älteren Patienten nach dem Alkoholentzug
- Modellprojekt zur Alkoholprävention im Partybereich

B. Tabak

I. Ausgangslage: Tabakkonsum in Deutschland

Tabakrauch enthält zahlreiche Schadstoffe, die beim Inhalieren sehr schnell aufgenommen werden, sodass das Rauchen nahezu jedes Organ des Körpers schädigen kann. Rauchen ist deshalb ein Risikofaktor für eine Vielzahl von Krankheiten, vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und verschiedene Krebsarten, vor allem Lungenkrebs. Tabakprodukte machen abhängig, sowohl psychisch als auch physisch. Die Kosten, die aufgrund von Krankheiten entstehen, die Folge des Tabakrauchens sind, werden für Deutschland auf ca. 21 Milliarden Euro pro Jahr veranschlagt. Ein Drittel der Kosten fällt für die medizinische Versorgung von tabakbedingten Krankheiten an²², dies belegt, dass auch die gesetzliche Krankenversicherung erheblich belastet wird. Die übrigen Ausgaben resultieren aus vorzeitigen Todesfällen, Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung.

Etwa seit den 1980er Jahren sind die Anteile der Raucher in der erwachsenen Bevölkerung leicht rückläufig. Bei den Männern über 20 Jahren ist ein Rückgang von 41,8 % im Jahr 1984 auf 35,5 % im Jahr 2006 zu verzeichnen. Bei den Frauen stiegen die Anteile von 26,7 % im Jahr 1984 auf 31,1 % im Jahr 2003 und sind bis zum Jahr 2006 auf 27,8, % zurückgegangen.²³

Bei den Jugendlichen ist ein deutlicher Rückgang in der Raucherquote zu beobachten. Von den 12- bis 17-Jährigen rauchen im Jahr 2010 insgesamt 13,5 %, dies ist der niedrigste gemessene Stand. Gleichzeitig stieg der Anteil derjenigen die nie geraucht haben auf 68,1 %.²⁴

Das Rauchverhalten und der soziale Status hängen in Deutschland sehr eng zusammen. Bereits bei den

Jugendlichen zeigt sich eine deutliche Differenzierung nach Schultyp. Bei Schülern an Hauptschulen ist der Raucheranteil doppelt so hoch wie bei Schülern an Gymnasien.

Deshalb wird die Bundesregierung den Schwerpunkt der Maßnahmen in der Tabakprävention auf besonders schutzbedürftige Zielgruppen konzentrieren. Dazu gehören neben Kindern und Jugendlichen vor allem Menschen aus benachteiligten sozialen Schichten sowie schwangere Frauen. Daneben sind unvermindert Maßnahmen notwendig, um den Anteil der Raucherinnen in der Gesamtbevölkerung zu senken.

In der Nationalen Strategie für nachhaltige Entwicklung hat die Bundesregierung die Nachhaltigkeit als zentrales Prinzip für die Politik in Deutschland erklärt. Darin wurde die Senkung der Raucherquote bei Kindern und Jugendlichen sowie unter Erwachsenen als vorrangiges Präventionsziel zur Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgenommen. Dieses sieht vor, bis zum Jahr 2015 die Anteile von jugendlichen Raucherinnen und Rauchern im Alter von 12 bis 17 Jahren auf unter 12 % sowie in der erwachsenen Bevölkerung auf unter 22 % zu senken.

²² DHS (2009): Jahrbuch Sucht, S. 69

²³ DKFZ (2009) Quelle Tabakatlas, S. 29

²⁴ Vgl. BZgA (2010): Aktuelle Daten zum Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Menschen und Sucht: Jugendliche

Jugendliche stellen zu Recht die zentrale Zielgruppe in der Suchtprävention dar. Warum steht der jugendliche Mensch im Mittelpunkt? Sowohl entwicklungspsychologische, als auch soziale und biographische Argumente sprechen für diesen Schwerpunkt.

Das Gehirn des jugendlichen Menschen ist noch nicht vollständig entwickelt und reagiert dadurch besonders empfindlich auf die Einwirkung von Suchtstoffen. Je später ein Mensch mit dem Konsum von Alkohol oder Tabak beginnt, desto unwahrscheinlicher wird eine lebenslange Sucht.

Die Entwicklungsphasen des jungen Menschen, insbesondere die Pubertät mit ihren vielfältigen Veränderungen, stellen für Jugendliche eine große Herausforderung dar. Die Anfälligkeit für eine Abhängigkeit ist in diesem Lebensabschnitt höher. Berauschende Substanzen, aber auch nicht substanzbezogene Verhaltensweisen, können eine inadäquate Bewältigungsstrategie für erlebte oder empfundene Probleme sein. Psychoaktive Substanzen ermöglichen ein Heraustreten aus der realen Welt mit allen ihren mehr oder weniger als belastend empfundenen Widrigkeiten.

Neben diesen Risiken sind Jugendliche aber gleichzeitig präventiven Botschaften gegenüber empfänglicher als in späteren Jahren. Die Bereitschaft Neues zu lernen und aufgrund von Informationen gesundheitlich riskantes Verhalten zu ändern, ermöglicht die langfristige Verankerung eines gesunden und risikoarmen Lebensstils. Hierzu zählt auch die Fähigkeit, Nein zu Drogen, Tabak, Glücksspiel und Alkoholmissbrauch zu sagen.

Jugendliche sind in soziale Strukturen wie Familie, Freunde und Schule eingebunden. Die dort beobachteten und erlernten Lebensweisen prägen bewusst und unbewusst das Leben der Jugendlichen. Damit

sind derartige soziale Einflüsse sowohl potentielles Risiko als auch Ansatzpunkt für präventive Strategien. Zahlreiche Studien betonen die Relevanz der Eltern sowohl hinsichtlich der Erziehung als auch des Vorlebens im Umgang mit Suchtmitteln und gesundheitsförderndem Handeln. Auch der Einfluss von Freunden – Peers – und dem näheren sozialen Umfeld, zum Beispiel von Sportvereinen, wird in der Forschung betont. Die Schule wiederum ist ein Ort, an dem beinahe alle Jugendlichen erreicht werden können; sie ist daher für Prävention hervorragend geeignet. Die Qualität der Programme aber insbesondere auch die Glaubwürdigkeit der Lehrenden entscheidet hier über die Akzeptanz bei den Jugendlichen. Ist Prävention in dieser Lebensphase erfolgreich, so hält sie oft ein Leben lang an. Deshalb steht der jugendliche Mensch im Mittelpunkt jeder nachhaltigen und strategischen Suchtprävention.

II. Ziele und Maßnahmen

Ziel 1:

Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen senken

Es ist und bleibt oberstes Ziel der Bundesregierung die Zahl der Raucher zu senken. Auf diesem Weg waren in den vergangenen Jahren deutliche Erfolge zu verzeichnen. Ein Bündel von Maßnahmen aus Tabaksteuererhöhungen, Ausbau des Nichtraucherschutzes, Anhebung des gesetzlichen Mindestalters und Einschränkung der Werbung verbunden mit der großen Präventionskampagne „rauchfrei“ der BZgA hat dazu beigetragen.

Langfristig erfolgreich ist es, die Quote der Nieraucher unter den Jugendlichen zu steigern. Denn wissenschaftlichen Studien belegen, dass die Gefahr geringer ist, in späterem Alter mit dem Rauchen zu beginnen. Deshalb ist zu erwarten, dass die Raucherquoten auch in den nächsten Jahren weiter zurückgehen werden. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass in der Tabakprävention nachgelassen wird.

Für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat neben den gesetzlichen Maßnahmen z. B. zum Nichtrauchen unter 18 Jahren nach dem Jugendschutzgesetz, zur Erhöhung der Tabaksteuer und zum Schutz vor Passivrauchen bei Bund und Ländern, die „rauchfrei“-Jugendkampagne der BZgA wesentlich zu den Erfolgen in der Tabakpolitik beigetragen. Zu dieser Präventionskampagne gehört ein umfassendes Internetangebot mit den beiden Schwerpunktbereichen Wissens-/Motivationsentwicklung für einen rauchfreien Lebensstil und automatisiertes Ausstiegsprogramm aus dem Nikotinkonsum. Ein besonders wichtiges Element sind darüber hinaus personalkommunikative Maßnahmen wie der „Mitmach-Parcours ‚Klarsicht‘“ und die „Jugendfilmtage ‚Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier‘“. Sie bieten vor allem im Setting Schule die Möglichkeit, Bewusstseinsprozesse bei Jugendlichen in Gang zu setzen.

Um vor allem benachteiligte Zielgruppen zu erreichen, sollen die vorhandenen Präventionsmaßnahmen im Schulbereich, auf Bundesebene die Aktivitäten der BZgA,

aber auch der Wettbewerb „Be smart don’t start“ auf Haupt-, Real- und Gesamtschulen konzentriert werden.

Maßnahmen

- Weiterführung und Ausbau der „rauchfrei“-Jugendkampagne der BZgA
- Konzentration der personalkommunikativen Maßnahmen auf benachteiligte Zielgruppen

Ziel 2:**Tabakentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen fördern**

Kinder und Jugendliche fangen an zu rauchen, ohne die suchterzeugende Wirkung von Nikotin einschätzen zu können. Das Rauchverhalten von Jugendlichen wird auch von Gesundheitsexperten oft durch die falsche Annahme unterschätzt, es sei für diese leicht, mit dem Rauchen aufzuhören, da sich das Rauchverhalten noch nicht so verfestigt habe wie bei jahrzehntelangen Rauchern. Dabei zeigt sich in der Realität, dass jugendliches Rauchverhalten in schneller Abfolge und in den gleichen Stadien verläuft wie bei Erwachsenen (Vorbereitung, Experimentierphase, regelmäßiges Rauchen bis zur Tabakabhängigkeit). Viele Beispiele zeigen, dass Jugendliche diese Stadien von der ersten Zigarette bis zur Ausbildung starker Nikotinabhängigkeit sehr schnell durchlaufen, oft innerhalb weniger Monate.

Wenn Jugendliche Symptome der eigenen Abhängigkeit realisieren (Entzugssymptome, Kontrollminderung), fällt es ihnen in der Regel besonders schwer, mit dem Rauchen aufzuhören.

Um hier gezielt Unterstützung zu leisten, wurde 2007 ein qualitätsgesichertes Ausstiegsangebot für Jugendliche in Kurs- bzw. Gruppenform („losgelöst“, vergleichbar mit „Rauchfrei in 10 Schritten“ für Erwachsene) entwickelt. In 2008 wurde das Programm im Rahmen einer Pilotstudie hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie der Akzeptanz und Durchführbarkeit regional begrenzt erprobt. Im Anschluss daran wurde eine bundesweite Machbarkeitsstudie begonnen, um die Generalisierbarkeit der in der Pilotstudie erzielten Ergebnisse auf das gesamte Bundesgebiet zu überprüfen.

Maßnahme

- Flächendeckende Umsetzung des Ausstiegsprogramms für Jugendliche

Ziel 3:**Reduzierung des Tabakkonsums bei Erwachsenen**

Auch bei den Erwachsenen bleibt es Ziel der Bundesregierung, den Tabakkonsum zu senken. Dazu haben die Bemühungen um einen verstärkten Nichtraucher-schutz wirksam beigetragen. Dies belegen neuere Studien eindrucksvoll. So führen beispielsweise Rauchverbote am Arbeitsplatz dazu, dass insgesamt weniger geraucht wird. Die Rauchverbote in den öffentlichen Räumen haben ebenfalls dazu geführt, dass auch die Bereitschaft wächst, in der eigenen Wohnung nicht zu rauchen.

Dennoch darf in den Präventionsbemühungen nicht nachgelassen werden. Auch in Zukunft wird es Ziel der Bundesregierung sein, den Kenntnisstand der Bevölkerung über die negativen Folgen des Rauchens zu erhöhen, die Bereitschaft zum Rauchverzicht zu fördern sowie eine weitere Sensibilisierung der Bevölkerung für die Folgen des Passivrauchens zu erreichen.

Als wirksames Mittel der Prävention hat sich ferner die Einführung von Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln erwiesen. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass sie Raucher zum Nachdenken über ihren Zigarettenkonsum anregen.

Die bestehenden rechtlichen Regelungen auf europäischer Ebene erlauben den Mitgliedstaaten bereits heute zusätzliche Bildwarnhinweise auf den Zigarettenschachteln anzubringen. Bislang wurde von dieser Möglichkeit beispielsweise in Belgien, Großbritannien Rumänien und Lettland Gebrauch gemacht. Zurzeit werden sowohl die Bildwarnhinweise als auch die EU-Tabakproduktrichtlinie evaluiert, die Ergebnisse dieser Evaluierung bleiben abzuwarten.

Untersuchungen belegen, dass 80 bis 90 % der Raucher mit ihrem Zigarettenkonsum unzufrieden sind, etwa jeder Zweite würde gerne mit dem Rauchen aufhören. Belegt ist aber auch, dass dies aufgrund der Tabakabhängigkeit nur in wenigen Fällen gelingt. Kurzberatungen z. B. durch Ärzte können zum Aufhören motivieren. Kurse und wiederholte Beratungen leisten, wenn sie qualitätsgesichert sind, einen wichtigen Beitrag zum

Rauchstopp. Ziel der Bundesregierung ist es, aufhörere Raucher zu unterstützen. Dazu gehört in erster Linie, Informationen über qualitätsgesicherte Angebote zur Verfügung zu stellen.

Maßnahmen

- Weiterführung und Ausbau der „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne der BZgA
- Prüfung der nationalen Einführung von Bildwarnhinweisen auf Tabakerzeugnissen nach Vorliegen der Ergebnisse zum Thema Bildwarnhinweise im Rahmen der Evaluation auf EU-Ebene
- Verbreitung qualitätsgesicherter Angebote in der Tabakentwöhnung über die Anbieterdatenbank
- Prüfung einer Verbesserung der ärztlichen Behandlung zur Tabakentwöhnung schwerkranker Raucher

Ziel 4:**Steigerung der Kompetenz in den Gesundheitsberufen für die Beratung zum Rauchverzicht**

Rauchfreie Krankenhäuser sind, zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung, seit dem Inkrafttreten der Nichtraucherschutzgesetze der Länder im Jahr 2007 eine Selbstverständlichkeit geworden. Aus Sicht der Bundesregierung können Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen jedoch eine viel stärkere Rolle übernehmen als nur Orte zu sein, an denen nicht geraucht werden darf. Krankenhäuser haben als Lehr- und Ausbildungsstätten für Ärzte, das Pflegepersonal und weitere Berufe im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung. Sie sind im Sinne der Verbreitung aktiver Gesundheitsförderungskonzepte nicht zu unterschätzen. Das Setting Krankenhaus vereint in idealer Weise die Möglichkeiten, durch Verhältnis- und Verhaltensprävention auf das Krankenhauspersonal, Patienten, Besucher sowie die Region als ganzes gesundheitsförderlich einzuwirken. Deshalb hat die Bundesregierung den Aufbau eines Netzwerkes rauchfreier Krankenhäuser gefördert. Mit der Ausweitung des Projektes „rauchfrei plus“ auf andere Gesundheitseinrichtungen wurde das Konzept weiter verbreitet. Der Anteil der rauchenden Frauen in Gesundheitsberufen und hier vor allem bei Altenpflegerinnen, Pflegehelferinnen, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen sowie Hebammen liegt nach wie vor über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Für die Zukunft geht es darum, diese Gesundheitsberufe verstärkt für ein rauchfreies Leben zu motivieren.

Maßnahme

- Ausbau der Beratungsangebote in Gesundheitsberufen durch Unterstützung von Aus- und Fortbildungsangeboten zum Nichtrauchen

Ziel 5:**Nichtraucherschutz verbessern**

Konkrete Regelungen, vor allem zum Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz und an anderen Orten, hat die Bundesregierung zum Beispiel im Rahmen der Bundesrechtsetzung mit dem Bundesnichtraucherschutzgesetz und der Arbeitsstättenverordnung erlassen. Seit 2007 ist das Bundesnichtraucherschutzgesetz in Kraft. Damit hat der Bund seine Kompetenzen im Bereich des Nichtraucherschutzes wahrgenommen und für Rauchfreiheit in den Bundeseinrichtungen sowie im öffentlichen Personenverkehr gesorgt.

Nach der Arbeitsstättenverordnung besteht die Pflicht des Arbeitgebers, Schutzmaßnahmen vor Passivrauchen für nichtrauchende Beschäftigte in Arbeitsstätten zu treffen. Dies kann ein allgemeines Rauchverbot für den gesamten Betrieb oder ein auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot sein. Auch in allen 16 Bundesländern gibt es umfassende Regelungen zum Nichtraucherschutz. Allerdings enthalten diese unterschiedliche Ausnahmeregelungen etwa zum Rauchen in Gaststätten, Diskotheken oder Festzelten, auch die Vorgaben für Sanktionen variieren. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem 2008 ergangenen Urteil bestätigt, dass der Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens als überragend wichtiges Gemeinschaftsgut anzusehen ist. Wenn kein vollständiges Rauchverbot erlassen werde, müsse jedoch die Ungleichbehandlung kleiner Gaststätten, die über keinen Nebenraum verfügen, verhindert werden.

Eine aktuelle Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums belegt die großen Erfolge dieser Maßnahmen. Vor dem Rauchverbot lag die Tabakrauchexposition beim Besuch von Restaurants in der Gesamtbevölkerung bei etwa 75 %, im Jahr 2009 nur noch bei etwa 20 %. Die GEDA-Studie des Robert Koch-Institut hat die Passivrauchbelastung im Jahr 2009 mit den Daten aus dem Gesundheitssurvey 1998 verglichen. Danach sank der Anteil der Nichtraucher, die regelmäßig einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, von 57 % auf 34 %. Am Arbeitsplatz ging der Anteil in diesem Zeitraum von 22 % auf 13 % zurück.

Die Zustimmung zu generellen Rauchverboten in öffentlichen Gebäuden ist – selbst bei Rauchern – sehr hoch und für die meisten Bereiche im Zuge der Gesetzgebung deutlich angestiegen. Mittelfristig wird dies auch Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen haben, wie Studien aus anderen europäischen Ländern mit einer längeren Tradition beim Nichtraucherschutz belegen. Die Bundesregierung will den positiven Trend hin zu mehr Nichtraucherschutz weiter unterstützen und das Monitoring der Tabakkontrollpolitik fortführen.

Nach wie vor gibt es problematische Bereiche, in denen geraucht wird. So ist beispielsweise das Rauchen auf Spielplätzen nicht nur deshalb kritisch, weil rauchende Erwachsene ein schlechtes Vorbild für Kinder sind. Weggeworfene Zigarettenkippen können vor allem für kleine Kinder ein ernsthaftes Problem darstellen. Das Schlucken von Zigarettenkippen kann zu schwerwiegenden Vergiftungen führen, da die Filter bis zu 50 % des Teers aus dem Zigarettenrauch enthalten. Die Kompetenz für die Gesetzgebung für rauchfreie Spielplätze liegt in der Hand der Länder. Die Bundesregierung begrüßt, dass bereits drei Länder (Bayern, Brandenburg und Saarland) ein entsprechendes Rauchverbot erlassen haben. Auch einzelne Kommunen haben Rauchverbote auf Spielplätzen erlassen. Dabei ist es vor allem wichtig, dass gut sichtbare Verbotsschilder auf Spielplätzen aufgestellt werden.

Ebenso besteht bei einem Teil Bevölkerung noch ein zu geringes Wissen über die erheblichen gesundheitlichen Belastungen insbesondere für Kinder beim Rauchen in privaten Kraftfahrzeugen. Durch nachhaltige Informationsmaßnahmen zu den bestehenden Gefahren des Rauchens in Gegenwart von Kindern in PKW's soll in der Bevölkerung in Zusammenarbeit mit Verbänden ein breiter Konsens zum Nichtrauchen in Autos geschaffen werden.

Maßnahmen

- Thematisierung des Nichtraucherschutzes im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne, vor allem in der Verantwortung von Eltern und Erziehungspersonen gegenüber Kindern
- Unterstützung von Rauchverboten auf Spielplätzen
- Informationskampagne zum Verzicht auf das Rauchen in privaten Kraftfahrzeugen in Gegenwart von Kindern
- Monitoring zu bestehenden Regelungen des Nichtraucherschutzes sowie deren Beachtung und Einhaltung

C. Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch

I. Ausgangslage

In Deutschland sind etwa 1,4 Millionen Menschen medikamentenabhängig. Die Medikamentenabhängigkeit weist damit eine ähnliche Größenordnung wie die Alkoholabhängigkeit auf. 4–5 % der häufig verordneten Medikamente besitzen ein Suchtpotenzial.²⁵ Dazu zählen insbesondere die Schlaf- und Beruhigungsmittel und ähnliche wirkende Arzneimittel. Diese Mittel können bereits nach kurzer Anwendungsdauer und bereits bei geringer Einnahmedosis eine Sucht auslösen. Eine weitere große Gruppe der suchtauslösenden Medikamente sind Schmerzmittel.

Es zeichnen sich folgende Trends ab: Zum einen findet eine Verschiebung vom Kassenrezept zum Privatrezept statt, zum anderen werden weniger die klassischen Benzodiazepine sondern die Benzodiazepin-Analoga (z. B. die sogenannten Z-Drugs wie Zolpidem) verordnet. Zunächst war bei dieser Gruppe ein geringes Suchtpotenzial erwartet worden. Die WHO hat das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial jedoch in der Zwischenzeit auf die gleiche Stufe wie jenes für Benzodiazepine gestellt.²⁶

Die Abhängigkeit von Arzneimitteln, insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel, nimmt mit steigendem Alter zu. Viele Betroffene sind sich ihrer Abhängigkeit selbst nicht bewusst. Solange die Medikamente vom Arzt verschrieben werden, werden sie als Teil einer notwendigen Therapie betrachtet. Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Hilfen sind, dass Menschen mit Medikamentenabhängigkeit lange Zeit unauffällig bleiben, unter Umständen einen geringen Leidensdruck

aufweisen und somit die Bereitschaft für Verhaltensänderungen gering ist.

Auch wenn die Sucht oft unentdeckt bleibt, so hat sie doch erhebliche negative Auswirkungen für die Betroffenen. Ein seit langem belegter Zusammenhang besteht zwischen der Einnahme von Beruhigungsmitteln und der zunehmenden Sturzgefahr für ältere Menschen. Gerade Stürze haben für diese erhebliche Folgen: Das Vertrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten nach einem Sturz sinkt, was zu einem Verlust an Lebensqualität und mit dem Verlust an Mobilität oftmals auch mit einem Verlust an sozialen Kontakten und Selbstständigkeit verbunden ist.²⁷ Daneben kann eine Medikamentenabhängigkeit auch zu Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Schlafstörungen führen.

25 Glaeske (2011): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 20, 22, 73–96

26 Glaeske (2011): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: DHS (2011): Jahrbuch Sucht, S. 73–96

27 Koeppel (2010): Medikamentenabhängigkeit im Alter. In: DHS (2010): Jahrbuch Sucht, S. 215–228

Menschen und Sucht: Sucht im Alter

Die deutsche Gesellschaft durchläuft einen tief greifenden Wandlungsprozess. Zu den Ursachen gehört nicht zuletzt die demographische Entwicklung, d. h. die Alterung und Abnahme der Bevölkerung, eine niedrige Geburtenrate und Zuwanderung. Kurz gesagt: die deutsche Bevölkerung nimmt ab, sie wird älter und vielfältiger. Die ethnische, demographische, kulturelle und soziale Vielfalt ist regional unterschiedlich ausgeprägt und bringt entsprechend regional unterschiedliche Herausforderungen für die Sucht- und Drogenpolitik mit sich.

Wenn auch im Durchschnitt der Konsum von Alkohol und Tabak mit zunehmendem Alter zurückgeht, so sind Substanzmissbrauch und -abhängigkeit auch im höheren Lebensalter inzwischen keine Seltenheit mehr. Bei Menschen über 60 Jahren stehen der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten, aber auch von Alkohol, im Vordergrund. Schätzungen gehen davon aus, dass allein bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen sind. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die Substanzen riskant konsumieren, in den nächsten Jahren voraussichtlich zunehmen. Auslöser für einen Missbrauch bei älteren und alten Menschen kann ein einschneidendes persönliches Ereignis sein wie z. B. die Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den Ruhestand oder der Verlust des Lebenspartners. Nicht selten bestanden Missbrauch und Abhängigkeit aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase. Denn derzeit wird eine Generation über 60 Jahre alt, die traditionell viel Alkohol konsumiert hat.

Entgegen gebräuchlicher Meinungen deuten die wenigen internationalen Studien zu Interventionen darauf hin, dass ältere Menschen in vielen Fällen besser auf Hilfsangebote ansprechen als Jüngere. Insbesondere, wenn diese spezifisch auf die ältere

Zielgruppe zugeschnitten werden, weisen sie ein beträchtliches Erfolgspotenzial auf.

Im Hilfesystem wird das Thema „Sucht im Alter“ nach wie vor nur am Rande behandelt. Das Wissen um die Problematik und um die Erfolgschancen einer Intervention muss sowohl in der ärztlichen Versorgung, in der Suchthilfe als auch in der Altenhilfe als eher gering eingeschätzt werden. Vorrangiges Ziel der nächsten Jahre ist folglich, eine Sensibilisierung des Versorgungssystems für die Folgen schädlichen Konsums und Sucht im Alter. Mit dem in 2010 begonnenen Modellprojekten des BMG wird vor allem die Schulung und die Kooperation zwischen Alten- und Suchthilfe gefördert.

Medikamentenmissbrauch wird darüber hinaus in Zusammenhang mit einer gezielten Leistungssteigerung gesunder Personen v. a. im Breitensport und zur Steigerung geistiger Leistungsfähigkeit diskutiert. Die jüngste Befragung zeigt, dass die Verwendung von Doping-Mitteln in der Erwachsenenbevölkerung mit 0,9 % sehr gering ist²⁸. Die Einnahme ist am höchsten unter den 18- bis 29-Jährigen (ca. 2 Prozent) und praktisch nicht vorhanden bei den über 45-jährigen Männern und Frauen. Verschreibungspflichtige Mittel insgesamt wurden ohne medizinische Notwendigkeit von ca. 6 % aller Befragten zumindest einmal innerhalb der letzten zwölf Monate verwendet.

28 RKI 2011. KOLIBRI – Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit

II. Ziele und Maßnahmen

Ziel 1:

Verbesserung der Datenlage zur Leistungssteigerung durch Medikamente und Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen gegen Medikamentenmissbrauch

Die Erfassung von Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Unterscheidung zwischen indikationsgerechter Anwendung und Missbrauch von Medikamenten ist schwer zu erheben. Bislang lagen wenige bis keine verlässlichen Daten für den Missbrauch von leistungssteigernden Mitteln gesunder Menschen oder zur Einnahme von Medikamenten im Freizeit- und Breitensport vor. Daher hat die Bundesregierung zunächst eine repräsentative Studie des Robert Koch-Instituts zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit (KOLIBRI) gefördert (s. o.). Neben der Abschätzung des Problemumfangs ermöglicht KOLIBRI die Identifizierung von Nutzergruppen mit hoher Bereitschaft zum Medikamentenmissbrauch (z. B. junge männliche Kraftsportler).

Immer wieder wird in den Medien eine weite Verbreitung von konzentrationssteigernden Mitteln unter Studierenden konstatiert. Aufgrund des hohen Leistungsdrucks, so die Vermutung, greifen immer mehr Studierende vor Prüfungen und in Stressphasen zu leistungssteigernden Medikamenten. Eine Erhebung unter Studierenden soll hierzu ein realistisches Bild vermitteln.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Studien wird die Bundesregierung die Notwendigkeit weiterer Initiativen diskutieren.

Maßnahmen

- Klärung des Problemumfangs „Medikamentenmissbrauch zur Steigerung kognitiver Fähigkeiten und Verbesserung des psychischen Wohlbefindens“
- Förderung der Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionsaktivitäten im Bereich des Kraftsports

Ziel 2:**Verbesserung der Information über Arzneimittelabhängigkeit durch Apotheker**

Apothekern kommt eine wesentliche Funktion in der Beratung zu Arzneimitteln und damit in der Prävention von Arzneimittelmissbrauch zu. Sie können zu einem frühen Zeitpunkt zielgerecht auf die Suchtgefahren und andere Risiken aufmerksam machen und zur Motivation einer indikationsgerechten Anwendung beitragen.

Die Bundesapothekerkammer erarbeitete den Leitfaden „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis“.

Maßnahme

- Verstärkte Verbreitung des überarbeiteten Leitfadens der Bundesapothekerkammer „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis“.

Ziel 3:**Verbesserung der bestimmungsgemäßen Verschreibung von psychotropen Medikamenten durch Ärzte**

Die Sensibilität für das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial vieler Medikamente hat innerhalb des deutschen Versorgungssystems in den letzten Jahren zugenommen. Dennoch bleiben die Zahlen der nicht bestimmungsgemäßen Verschreibung psychotroper Medikamente, vor allem im Bereich der Benzodiazepine hoch. Hausärzte nehmen hier eine Schlüsselstellung in der Prävention von Medikamentenabhängigkeit ein.

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2007 den Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ entwickelt, um Hausärzte für die Relevanz der Thematik Medikamentenabhängigkeit zu sensibilisieren und ihnen praktische Tipps zu Diagnostik und Behandlung an die Hand zu geben. Die Nutzung des Leitfadens wurde im Rahmen einer Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert. Dabei hat sich gezeigt, dass der Leitfaden seine Funktion weitgehend erfüllt, aber unter Ärzten noch zu wenig bekannt ist.

Maßnahmen

- Breite Anwendung des Leitfadens der Bundesärztekammer zu Medikamentenabhängigkeit
- Entwicklung eines Curriculums für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten zur Verhinderung von Medikamentenmissbrauch

Ziel 4:**Stärkung der Früherkennung und Frühintervention zur Reduzierung der Arzneimittelabhängigkeit insbesondere bei älteren Menschen**

Besonders häufig sind ältere Menschen von Arzneimittelabhängigkeit betroffen, so sind etwa ein Drittel aller Wiederholungsverordnungen der Benzodiazepine für Menschen über 70 Jahre. Sie bergen starke Risiken für ein gesundes und selbstbestimmtes Altern. Eine frühe Erkennung von Medikamentenmissbrauch und eine frühe Intervention können Folgeschäden verringern und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

In 2010 startete das Bundesministerium für Gesundheit einen Förderschwerpunkt zu „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“. Ziel ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen im Alter in der Alten- und der Suchthilfe durch neue Kooperationsstrukturen zu steigern. Die gezielte Qualifizierung von Fachkräften kann älteren und alten Menschen in ihren Lebensbereichen langfristig eine fachgerechte Beratung und Behandlung ermöglichen. Gefördert werden lokale und regionale Modellprojekte, die exemplarisch neuen Kooperationen zu innovativen, konkreten und bedarfsgerechten Qualifizierungsmaßnahmen von Fachkräften der Alten- und Suchthilfe konzipieren und erproben. Ziel ist sowohl ein spezifischer Wissenszuwachs als auch die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten der Fachkräfte.

Die pharmakologische Beratungskompetenz von Apothekern wird hinsichtlich Medikamentenmissbrauchs bisher zu wenig genutzt, obwohl sie die Betroffenen häufig langjährig kennen und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt gezielt beraten und zur Veränderung motivieren können. Im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekts sollen Apotheker im Hinblick auf benzodiazepinabhängige Patienten eine höhere Aufmerksamkeit entwickeln und den ihnen vorgegebenen rechtlichen Rahmen zur Beratung aktiv nutzen. Auf dieser Basis soll eine sinnvolle Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten im Bereich Benzodiazepinabhängigkeit erprobt werden.

Maßnahmen

- Förderung einer effektiven Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Hausärzten im Rahmen eines Modellvorhabens
- Ausbau der Kooperation zwischen Altenhilfe und Suchthilfe

D. Pathologisches Glücksspiel

I. Ausgangslage

Spielen ist natürlicher und verbreiteter Bestandteil menschlichen Verhaltens – nicht nur bei Kindern. Glücksspiele bergen jedoch die Gefahr, dass einzelne Personen die Kontrolle über ihr Spielverhalten verlieren und deshalb häufig große finanzielle Verluste erleiden und in emotionale Konflikte geraten. In diesem Fall spricht man von pathologischem Glücksspiel oder Glücksspielsucht. Das pathologische Glücksspiel ist als eigenständige psychische Erkrankung im internationalen diagnostischen System des International Classification of Diseases (ICD-10) anerkannt.

Die Glücksspielangebote sind vielfältig und hinsichtlich Verbreitung und rechtlicher Regulierung sehr unterschiedlich. Entscheidend ist, dass bei allen Glücksspielformen ein hoher Spielerschutz und effektive Suchtprävention sichergestellt sind. Die konkrete rechtliche Ausgestaltung ist zweitrangig; dies haben auch die neueren Urteile deutscher und europäischer Gerichte betont.

Die Zuständigkeit für das Glücksspiel liegt seit der Föderalismusreform im Wesentlichen bei den Ländern. Lotterien und Sportwetten unterliegen nach dem noch geltenden Glücksspielstaatsvertrag der Bundesländer einem staatlichen Monopol. Dieses ist gerechtfertigt, wenn es der Lenkung der Spielleidenschaft in geordnete Bahnen und der Vorbeugung von Spielsucht dient. Das Veranlassen und Vermitteln öffentlicher Glücksspiele im Internet ist mit Ausnahme von Sportwetten und Lotterien durch den Glücksspielstaatsvertrag verboten. Am 15.12.2011 wurde der 1. Glücksspieländerungsstaatsvertrag durch 15 Länder verabschiedet. Er enthält auch Regelungen über Spielhallen, die seit der Föderalismusreform in die Zuständigkeit der Länder fallen. Gerätebezogene Regelungen bezüglich der Geldspielgeräte in Spielhallen und Gaststätten werden nicht vom Glücksspielstaatsvertrag erfasst, sondern in der Spielverordnung (SpielV) geregelt. Auch die SpielV soll novelliert werden.

Glücksspiele sind weit verbreitet. Fast jeder Zweite in der Altersgruppe der 16- bis 65-Jährigen in Deutschland (46,5 Prozent) hat in den vergangenen Monaten eines oder mehrere öffentlich angebotene Glücksspiele um Geld gespielt. Insgesamt weist ein Prozent der Bevölkerung im Alter von 16 bis 65 Jahren ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten auf. Das sind bundesweit etwa 540.000 Betroffene. Weiterhin kritisch entwickelt sich das Spielen an Geldspielautomaten. Seit 2007 hat sich die Zahl der 18- bis 20-Jährigen, die im letzten Jahr an Geldspielautomaten spielten, von vier Prozent auf 13 Prozent mehr als verdreifacht. Auch in der Gruppe der Jugendlichen zwischen 16 und 17 Jahren, die nach dem Jugendschutzgesetz noch keinen Zugang zu Glücksspielangeboten haben dürften, nimmt das Spielen an Geldspielgeräten zu.²⁹ Männliche Befragte spielen ca. viermal häufiger an Geldspielautomaten als weibliche Befragte.³⁰

Im Suchthilfesystem stellen die Geldautomatenspieler die größte Gruppe der Betroffenen dar.³¹ Ihr Anteil hat sich beispielsweise in der ambulanten Suchthilfe zwischen 2006 und 2007 von 2,6 % auf 3,1 % aller Hilfesuchenden erhöht.³² Aufgrund dessen hat das BMG in den letzten Jahren die Kompetenzerweiterung von Suchtberatungsstellen für den Bereich Glücksspielsucht durch ein Bundesmodellprojekt gefördert. Bundesweit konnten an 17 Standorten Schwerpunktberatungsstellen etabliert werden, in denen ein ambulantes Beratungs- und Behandlungskonzept erfolgreich entwickelt und erprobt wurde. Durch begleitende Öffentlichkeitsarbeit konnte außerdem der Erreichungsgrad von Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten durch die Suchthilfe verbessert werden.

29 Vgl. BZgA (2011): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland – Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen

30 Vgl. BZgA (2011): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland – Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen

31 Grüsser-Sinopoli/Albrecht (2008): § 25, Glücksspielsucht: diagnostische und klinische Aspekte. In: Gebhardt/Grüsser-Sinopoli (Hrsg.) (2008): Glücksspiel in Deutschland, S. 538

32 Vgl. DHS (2008): Zwischenbericht – Modellprojekt „Frühe Intervention bei Pathologischem Glücksspielen“

Die einzelnen Glücksspielangebote sind für problematische und pathologische Glücksspieler unterschiedlich attraktiv. Beim Spiel an Geldautomaten und bei der Teilnahme an Live-Wetten besteht wegen der schnellen Wett- und Spielabläufe ein fünffach höheres Risiko für problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten. Für die Teilnahme an Lotto 6 aus 49 besteht kein vergleichbares Risiko.³³

Automatenspiele haben ein besonderes Suchtpotential. Aus suchtpolitischer Sicht sind viele der in der aktuell gültigen Spielverordnung geregelten Kriterien kritisch zu bewerten. So ist die schnelle Spielfrequenz und die Mehrfachbespielung von Automaten als problematisch zu beurteilen, da ein Verusterleben immer weniger stattfindet. Mit steigendem Geldeinsatz steigen auch die psychischen Wirkungen wie Stimulation, Glücksgefühle, Erfolgserlebnisse und Chasing (Jagd nach Verlustausgleich) an. Problematisch ist in diesem Bereich vor allem die hohe Verfügbarkeit von Automatenspielen in Gaststätten; hier ist das Angebot insbesondere für Jugendliche leicht zugänglich und Maßnahmen des Spielerschutzes werden von den zuständigen Ordnungsämtern nicht ausreichend überwacht.

Zunehmend in den Blickpunkt des Interesses rücken die Suchtgefahren bei Glücksspielen im Internet. Der Spieler kann hier ohne jegliche soziale Kontrolle rund um die Uhr in den eigenen vier Wänden spielen. Dies lässt Hemmschwellen und Berührungängste schwinden und führt zu einer großen Verfügbarkeit aller Glücksspiele. Hinzu kommen die Möglichkeit einer anonymen Spielteilnahme und der einfache, in seiner Gesamtheit häufig nicht mehr zu überschauende Zahlungsverkehr durch Kreditkarte und andere bargeldlose Zahlungsmöglichkeiten.

II. Ziele und Maßnahmen

Ziel 1:

Suchtprävention und Spielerschutz

Ziel der Bundesregierung im Bereich des Glücksspiels ist es, den Spielerschutz zu verbessern und Glücksspielsucht zu vermeiden. Dies ist – nicht zuletzt wegen der eindeutigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts – bei jeglicher Neuregelung zu beachten. Bei allen Glücksspielangeboten muss das Suchtpotential ermittelt werden und die Maßnahmen zur Suchtprävention müssen sich danach ausrichten. Das gilt für Lotto ebenso wie für Sportwetten, die ein hohes Suchtpotential haben. Der Jugendschutz muss für alle Glücksspiele verbessert werden.

Maßnahmen

- Fortführung bewährter und Entwicklung neuer Präventionsmaßnahmen speziell für verschiedene Formen des Glücksspiels
- Verbesserung der Epidemiologie pathologischen Glücksspielverhaltens, insbesondere bezüglich Jugendlicher

³³ Vgl. BZgA (2011): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland – Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen

Ziel 2:**Hoher Spielerschutz beim Automatenspiel**

Trotz der unterschiedlichen Regelungsansätze beim Automatenspiel (kleines Spiel in Spielbanken einerseits, Geldspiel in Spielhallen und Gaststätten andererseits) ist es inzwischen als erwiesen anzusehen, dass das Suchtpotential in beiden Bereichen hoch ist.³⁴ Dieses Erkenntnis macht es notwendig, dass die Maßnahmen des Spielerschutzes in beiden Bereichen auf hohem Niveau angeglichen werden. Wichtig ist dabei, dass die Spielerschutzmaßnahmen personenbezogen sind, sich also am Spieler ausrichten und nicht auf technische Maßnahmen an den Automaten beschränken. Gesetzliche Neureglungen müssen so gestaltet sein, dass Unklarheiten und daraus resultierende Umgehungsmöglichkeiten ausgeschlossen werden.

Maßnahmen

- Verstärkung des Jugendschutzes sowie des Spielerschutzes und der Suchtprävention bei der Novellierung der SpielV durch technische und spielerbezogene Maßnahmen
- Mittelfristig: Einführung einer Spielerkarte
- Verbesserung der Sachkenntnis von Automatenaufstellern hinsichtlich Kriterien für problematisches und pathologisches Spielverhalten
- Verschärfung der Sanktionsmöglichkeiten bei Verstoß gegen gesetzliche Vorgaben
- Begrenzung von Geldspielautomaten im Gaststättenbereich

Ziel 3:**Praxistaugliche Regelung für Internetglücksspiel**

Das Internetglücksspiel birgt ein besonderes Suchtpotential. Ziel der Bundesregierung ist es deshalb, dass diesem Umstand durch strenge Regelungen ausreichend Rechnung getragen wird.

Eine verantwortungsvolle und realistische Sucht- und Drogenpolitik muss zudem der Tatsache Rechnung tragen, dass in einer vernetzten Welt Verbote nicht vollständig durchsetzbar sind. Glücksspiele können durch ausländische Anbieter, die weniger strikten oder gar keinen Regulierungen unterliegen, bereit gestellt werden. Dies kann zu einer Umgehung von Verboten und der Entstehung eines nicht kontrollierbaren, illegalen Marktes führen. Diese Gegebenheiten sind mit einer effektiven und wirksamen Suchtbekämpfung in Einklang zu bringen. Bei einer möglichen Lockerung des Glücksspielverbots im Internet sind deshalb strenge Maßnahmen zum Spielerschutz und zur Suchtprävention sicherzustellen.

Maßnahme

- Unterstützung der Länder beim Spielerschutz im Internet, z. B. durch:
 - Sperrsysteme zur Sperrung von Spielern
 - Maßnahmen zum Ausschluss jugendlicher Spieler
 - Verlusthöchstgrenzen

³⁴ Meyer/Hayer (2010): Bundesgesundheitsblatt, S.10; DHS (2010): Jahrbuch Sucht. Vgl. auch BVerfG, Urteil vom 28.03.2006, 1 BvR 1054/01, C.I.3. c) aa)

E. Online-/Mediensucht

I. Ausgangslage

Das Internet ist aus unserer heutigen Welt kaum mehr wegzudenken. Seit etwa zehn Jahren wird aber zunehmend auch eine exzessive Computer- und vor allem Internetnutzung beobachtet, die bis hin zu einem Abhängigkeitsverhalten reichen kann. Dafür wird zum Teil der Begriff der Online- bzw. Mediensucht, aber auch der pathologischen Internetnutzung verwendet.

Während die Mediensucht auch andere Medien erfasst, steht bei der Onlinesucht die Nutzung des Internets im Vordergrund. Einen besonders breiten Raum nimmt dabei die Online-Computerspielsucht ein, d. h. die Abhängigkeit von im Internet angebotenen und dort gespielten Onlinespielen. Diese Spiele haben durch verschiedene, dem Spiel immanente Faktoren (wie beispielsweise Belohnungssysteme und Einbindung in ein soziales Spielernetzwerk) ein hohes Suchtpotential.

Die Suchtberatungsstellen verzeichnen in den letzten Jahren eine steigende Nachfrage bei der Behandlung dieser Störung. Dennoch ist bislang noch nicht abschließend geklärt, wann tatsächlich von einem Abhängigkeitsverhalten zu sprechen ist. Die reine Nutzungszeit ist kein belastbares Kriterium für einen pathologischen Internetgebrauch, hinzu müssen noch andere Faktoren kommen. Das Spielen muss derart exzessiv betrieben werden, dass die Anforderungen des täglichen, sozialen und beruflichen Lebens völlig vernachlässigt werden. Der Betroffene kann trotz Kenntnis von seinem schädlichen Gebrauch seine Internetnutzung nicht einschränken. Anfällig für eine solche Form der inadäquaten Stressbewältigung durch Flucht in virtuelle Welten sind vor allem Jugendliche im Pubertätsalter und in den damit verbundenen Entwicklungsprozessen.

In verschiedenen internationalen Studien schwanken die Angaben zur Prävalenz des pathologischen Internetgebrauchs bei Jugendlichen zwischen 1,6 % und 8,2 % der Internetnutzer.³⁵ Für Deutschland fehlt es aktuell an validen Daten aus einer umfassenden, längerfristig angelegten Studie. Zum Teil wird ein Orientierungs-

wert von 3 % der 15- bis 59-jährigen Internetnutzer genannt.³⁶ Eine neuere Studie geht von 1 % abhängiger Nutzer im Alter von 14 bis 64 Jahren und von 4,6 % problematischer Nutzer aus.³⁷

Betroffen sind häufiger Jugendliche und junge Erwachsene. Auch sind die männlichen Nutzer deutlich in der Überzahl. Exzessives Mediennutzungsverhalten bis hin zur Onlinesucht ist aber nicht das Problem bestimmter gesellschaftlicher Schichten; sie kommt in allen sozialen Gruppen vor.

Menschen mit pathologischem Internetgebrauch weisen häufig andere psychische Erkrankungen, sogenannte komorbide Störungen auf. Dies sind in der Mehrzahl Depressionen, affektive Störungen, ADHS, aber auch Substanzmissbrauch in Form von Alkohol und Nikotin. Die medizinische und psychiatrische Behandlung der Onlinesucht erfolgt in der Regel mangels Anerkennung als eigenständige Krankheit über diese Begleiterkrankungen.

35 Petersen, Weymann, Schelb, Thiel, Thomasius (2009): Fortschr Neurol Psychiatr, S. 263

36 Peterson, Thomasius (2010): Psychiatrie und Psychotherapie up2date 4, S. 100 f.

37 Rumpf, H.-J./Meyer, C./John, U. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)

II. Ziele und Maßnahmen

Ziel 1:

Anerkennung als eigenständiges Krankheitsbild

Die Online-/Mediensucht ist derzeit nicht als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Anders als das pathologische Glücksspiel ist sie in der internationalen Klassifizierung des ICD-10 nicht aufgeführt. Die verwendeten Kriterien müssen sich an den Kriterien für stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeiten orientieren. Ziel der Bundesregierung ist es deshalb, den Prozess zur Findung allgemeingültiger und universell verwendbarer Kriterien für die Suchterkrankung der Onlinesucht anzustoßen und zu begleiten. Eine Klärung und weitere Ausdifferenzierung dient sowohl Betroffenen und Patienten als auch den Leistungsträgern.

Maßnahme

- Unterstützung des Aufnahmeprozesses des pathologischen Onlinegebrauchs in die Neuauflage des diagnostischen Systems International Classification of Diseases (ICD-11)

Ziel 2:

Verbesserung der Datengrundlage

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, in Zusammenarbeit mit Forschungs- und Behandlungseinrichtungen verlässlichere Erkenntnisse insbesondere zur Verbreitung der Onlinesucht in Deutschland zu gewinnen.

Maßnahme

- Verbesserung der Epidemiologie der Onlinesucht

Ziel 3:

Weiterentwicklung der Diagnostik- und Behandlungsinstrumente

In diesem Zusammenhang ist es auch Ziel der Bundesregierung, in Zusammenarbeit mit den Beratungs- und Behandlungsstellen zu einer Vereinheitlichung und Standardisierung der Instrumente zu gelangen.

Maßnahmen

- Evaluierung der vorhandenen Diagnostik- und Behandlungsinstrumenten
- Initiierung und Begleitung eines Prozesses zur Vereinheitlichung der Behandlungsinstrumente

Ziel 4:**Medienkompetenz früh vermitteln**

Jede suchtpolitische Maßnahme im Bereich der Online-sucht muss den Spagat zwischen der Verhinderung unerwünschter, pathologischer Verhaltensweisen auf der einen und einem verantwortungsvollen, kontrolliertem Umgang auf der anderen Seite schaffen. Es ist deshalb Ziel der Bundesregierung, bereits frühzeitig bei Kindern die Medienkompetenz zu stärken, um den verantwortungsvollen Umgang mit Medien im Allgemeinen und dem Internet im Besonderen zu erlernen. Ebenso wie bei anderen Süchten, müssen auch für die Online-/Medien-sucht Präventionsbemühungen bereits früh ansetzen.

Maßnahmen

- Fortbildung und Qualifizierung von Lehrern und Fachkräften der Erziehungs- und Familienberatung sowie im medienpädagogischen Bereich in Zusammenarbeit mit den Bundesländern
- Stärkung der Elternkompetenz durch Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Aufklärung von Eltern über Chancen und mögliche Risiken der Onlinenutzung sowie Sensibilisierung der Eltern zur Einrichtung geeigneter Jugendschutzprogramme für den heimischen PC

Ziel 5:**Verbesserung des Jugendschutzes bei Computerspielen**

In diesem Sinne ist es auch Ziel der Bundesregierung, Kinder, Jugendliche und vor allem deren Eltern vor den Gefahren der Onlinesucht zu warnen und die Risiken deutlich vor Augen zu führen.

Maßnahme

- Entwicklung von Kriterien zur Identifizierung der Suchtgefahr bei Computerspielen und Aufnahme in den Bewertungskatalog zur Alters-einstufung der Spiele

F. Illegale Drogen**I. Ausgangslage**

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. Der tragischste Beleg für die Gefährlichkeit dieser Substanzen sind die Drogentodesfälle. Derzeit sterben in Deutschland jährlich etwa 1.250 Personen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Eine Bedrohung für die gesamte Gesellschaft stellen auch der Drogenhandel und die Drogenkriminalität dar. Deshalb zielt die Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung darauf, den Drogenkonsum zu verringern, die sozialen und gesundheitlichen Schäden aufgrund des Gebrauchs illegaler Drogen zu reduzieren und die Verfügbarkeit durch eine konsequente Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken.

Eine aktuelle Herausforderung im Bereich der illegalen Drogen stellt das vermehrte Aufkommen von neuen psychoaktiven Substanzen dar. Dabei handelt es sich häufig um synthetische Drogen, die durch geringe chemische Änderungen dem Betäubungsmittelgesetz nicht unterliegen, gleichzeitig aber eine psychoaktive Wirkung haben. Eine aktuelle Studie³⁸ zeigt, dass bereits 3,7 % der 15- bis 24-jährigen Deutschen Erfahrung mit dem Konsum dieser Substanzen gemacht haben.

In Deutschland hat sich die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen unter Erwachsenen der Altersgruppe 18–59 Jahre mit Ausnahme des Konsums von Cannabis seit 2003 kaum verändert.³⁹ Der Anteil

38 The Gallup Organization (2011): Youth attitudes on drugs. Analytical report. Flash Eurobarometer 330

39 Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller (2010): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009, in: Sucht, 56 (5), S. 337–348. Diese und weitere Daten zum Konsum illegaler Drogen in Deutschland finden sich auch im von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) herausgegebenen, jährlich erscheinenden „Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD“ zur Drogensituation 2009/2010 in Deutschland, www.dbdd.de

derjenigen, die illegale Drogen wie Amphetamine, Ecstasy oder Kokain in den letzten 12 Monaten konsumiert haben, liegt jeweils unter 1 % mit geringen Schwankungen. Lediglich beim Konsum von Cannabis waren relevante Änderungen zu verzeichnen. Nach einem Anstieg der 12-Monats-Prävalenz zwischen 1997 und 2003 ist mittlerweile wieder ein Rückgang zu verzeichnen. Im Jahr 2009 geben 4,8 % der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren an, in den vergangenen 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben.⁴⁰ Auch die Zahl der Menschen mit cannabisbezogenen Störungen ist praktisch unverändert geblieben. So lag der Anteil an Personen mit Cannabisabhängigkeit⁴¹ unter den 18- bis 59-Jährigen im Jahr 2006 bei 1,5 % und im Jahr 2009 bei 1,3 %.⁴²

Über den Konsum von illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen liefert die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung regelmäßig Daten. In diesen Befragungen zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Die 12-Monats-Prävalenz für den Konsum illegaler Drogen lag in der letzten Untersuchung⁴³ von 2010 in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen bei 5,0 % und unterschreitet damit die für die Erhebung 2004 berichteten Werte von 10,1 % deutlich. Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist auch in dieser Altersgruppe Cannabis (Haschisch, Marihuana). Während 2004 noch 31 % der 12- bis 25-Jährigen mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hatten, waren es im Jahr 2010 noch 24 %. Bei allen anderen Drogen stagniert der so genannte Probierkonsum seit Jahren auf sehr niedrigem Niveau.

40 Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009, in: Sucht 56 (5), S. 327–336

41 Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et al. (1995): The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users, in: Addiction 90 (5), S. 607

42 Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009, in: Sucht 56 (5), S. 337–348

43 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Nach einem erheblichen Anstieg der Konsumprävalenzen für Cannabis ab Mitte der 1990er Jahre zeigt sich in den in jüngster Zeit vorgelegten Studienergebnissen ein Rückgang im Konsum und in der Verbreitung von Cannabis vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch seitens der Polizei konnten vergleichbare rückläufige Entwicklungen im Bereich Cannabis festgestellt werden. Ein Beleg dafür ist die seit 2005 – mit Ausnahme von 2009 – kontinuierlich gesunkene Zahl konsumnaher Cannabisdelikte.⁴⁴ Dagegen weisen Indikatoren wie die großen Sicherstellungsmengen von Cannabisprodukten sowie der umfangreich betriebene Anbau von Cannabis, vor allem der sogenannten Indoor-Plantagen, auf einen noch immer hohen Bedarf an Cannabis hin. Anlass zur Vorsicht gibt auch der hohe Wirkstoffgehalt von THC in Cannabis aus Indoor-Plantagen.

Vor allem seit 2003 sind mit Förderung des Bundes zahlreiche Initiativen und Projekte entstanden, die sich insbesondere an jugendliche Cannabiskonsumenten gewandt haben. Diese Angebote reichen von niedrigschwelligen Angeboten bis zu psychotherapeutischen Interventionsansätzen. Darüber hinaus sind mögliche Risiken und langfristige Folgen des intensiven oder abhängigen Cannabiskonsums sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen und unter Experten verstärkt diskutiert worden.

Deutschland verfügt über ein breit ausgebautes Hilfesystem für Menschen, die den Konsum illegaler Drogen und eine Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung überwinden wollen. Es stehen zahlreiche Ausstiegshilfen und eine Vielzahl therapeutischer Angebote zur Verfügung, die sowohl von den gesetzlichen Sozialversicherungen finanziert als auch von Kommunen und Ländern getragen werden. Dazu zählen abstinenzgestützte Therapien und Substitutionsangebote.

44 Vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2010; Herausgeber: Bundesministerium des Innern

Menschen und Sucht: Migranten

Deutschland ist ein Zuwanderungsland – das stellte die unabhängige Kommission „Zuwanderung“ (Süssmuth-Kommission) im Jahr 2001 fest. Von den 82,1 Millionen Einwohnern Deutschlands im Jahr 2008 hatten 15,6 Millionen Personen einen Migrationshintergrund. D. h. 19% der Gesamtbevölkerung (2005: 18,3%, 2007: 18,7%) sind seit 1950 nach Deutschland zugewandert oder sind Nachkommen von Zuwanderern. Von den 15,6 Millionen Personen mit Migrationshintergrund sind 8,3 Millionen Deutsche.

Bei Menschen mit Migrationshintergrund können besondere Beeinträchtigungen vorliegen. Dabei kann es sich allgemein um zusätzliche Belastungen durch die Anpassung an die neue Kultur handeln, aber auch um sprachbedingte Schwierigkeiten in Schule, Ausbildung und Beruf sowie bei der Inanspruchnahme von Behandlung, die sich belastend auf die gesundheitliche Lage auswirken.

Für die Sucht- und Drogenpolitik sind vor allem die Zugangsbarrieren zu Beratung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Querschnittsaufgabe und Herausforderung. Ein erschwerter Zugang zu den Leistungen der Sucht- und Drogenhilfe ergibt sich beispielsweise, wenn ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache fehlen, Suchtursachen und Sucht abweichend von der in Deutschland üblichen Bedeutung gesehen werden, oder sich die Vorstellungen von Beratung und Behandlung kulturbedingt von den hierzulande tradierten Angeboten unterscheiden. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert bis 2012 eine Reihe von Modellprojekten in unterschiedlichen Settings, die sich mit der Verbesserung des Zugangs und der Inanspruchnahme der Hilfsangebote beschäftigen. Auch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge fördert gemeinwesenorientierte Projekte zur Sucht- und Drogenprävention als Maßnahmen

zur sozialen und gesellschaftlichen Eingliederung von jugendlichen und erwachsenen Zuwanderern. Dabei gilt es kulturspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen: junge russischstämmige Aussiedler wenden sich eher den Opiaten zu, Muslime weisen eher cannabisbezogene als alkoholbezogene Störungen auf. Des Weiteren zeigen junge Männer mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko, eine Automatenpielsucht zu entwickeln.

Alle Akteure in der Sucht- und Drogenpolitik stehen vor der Aufgabe, sich besser auf die wachsende ethnische, kulturelle und soziale Vielfalt einzustellen und diese in allen Handlungsbereichen, beispielsweise durch Personal mit kulturspezifischen Kompetenzen oder mehrsprachigen Informationsangeboten, ausreichend zu berücksichtigen.

II. Ziele und Maßnahmen

Ziel 1:

Neuen synthetischen Drogen schneller und wirksamer begegnen

Als Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) gelten psychoaktive Substanzen und Zubereitungen mit einem Suchtpotenzial, die in den Anlagen des BtMG aufgeführt sind. Bei den neuen synthetischen psychoaktiven Substanzen (z.B. Kräutermischungen oder sogenannte Badesalze) handelt es sich um bislang unbekannte oder nicht in Verkehr gebrachte bekannte Stoffe und Zubereitungen, die deshalb dem BtMG noch nicht unterstellt sind. Oft wird die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel so verändert, dass der im Ergebnis entstehende neue Stoff nicht mehr dem Betäubungsmittelgesetz unterfällt. Gleichzeitig bleibt aber die für Missbrauchszwecke geeignete psychotrope Wirkung des neuen Stoffes erhalten oder wird sogar verstärkt. Damit werden die gesetzlichen Verbote und Kontrollen des BtMG für hochwirksame psychoaktive Stoffe von den Akteuren des Drogenhandels gezielt umgangen und neue Absatzmärkte geschaffen. Nach Beobachtungen des Bundeskriminalamtes tauchen diese neuen Substanzen, die über so genannte Head-Shops oder im Internet vertrieben werden, derzeit vermehrt in der Drogenszene auf.

Bisher werden nur einzelne Substanzen und nicht ganze Substanzgruppen unter das BtMG unterstellt, um dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot Rechnung zu tragen. In der Praxis werden diese Substanzen ständig chemisch verändert und unterliegen damit nicht mehr dem BtMG. Die Unterstellung chemisch ähnlicher Substanzklassen (=definierte Stoffgruppen) soll deshalb auf ihre Verfassungsmäßigkeit geprüft werden. Zudem besteht Klärungsbedarf, welche Substanzklassen für eine derartige Stoffgruppenregelung geeignet sind und vorrangig in Betracht kommen würden.

Maßnahmen

- Gutachten zur Machbarkeit der Einführung einer Stoffgruppenregelung im Betäubungsmittelgesetz
- Ausbau und weitere Vernetzung der bestehenden Frühwarnsysteme im Bereich neuer synthetischer Drogen

Ziel 2:**Ausbau der selektiven Prävention im Bereich illegaler Drogen**

Auch wenn der Konsum und eine Abhängigkeit von illegalen Drogen nur einen kleinen Teil der Gesellschaft betreffen, hat der Konsum illegaler Substanzen nicht nur erhebliche individuelle, sondern auch gesamtgesellschaftlich schädliche Konsequenzen. Daher ist und bleibt es Ziel der Bundesregierung, die Zahl der Konsumenten weiter zu verringern. Vor allem muss verhindert werden, dass Jugendliche eine Drogenkarriere beginnen.

Gerade im Bereich der illegalen Drogen muss jedoch berücksichtigt werden, dass breit angelegte „Aufklärungsmaßnahmen“ auch einen negativen Effekt und das Risiko beinhalten können, einen Anreiz für den Drogenkonsum darzustellen. Die bisherigen wissenschaftlichen Erfahrungen zeigen dabei, dass wirksame Präventionskampagnen nicht nur massenmedial konzipiert sein dürfen, sondern personalkommunikative und internetbezogene Maßnahmen einbeziehen müssen.

Vor allem das Internet hat sich als guter Zugangsweg zur Erreichung der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Cannabis und andere illegale Drogen konsumieren, bewährt. Das Internetangebot der BZgA www.drugcom.de ist deshalb weiterhin das zentrale Element im Rahmen eines Gesamtkonzeptes der Prävention des Missbrauchs illegaler Drogen. Drugcom.de ist ein niedrighschwelliges, selektiv präventives Internetprojekt, das drogenaffine Jugendliche über den Freizeitsektor anspricht. Mit Hilfe internetgestützter, anonymer Informations- und Beratungsmöglichkeiten sollen jugendliche Drogenkonsumenten dazu angeregt werden, den eigenen Drogenkonsum kritisch zu reflektieren und zu modifizieren. Über diese präventiven Informationen zu den einzelnen Substanzen und deren Gefährdungspotenzial hinaus, besteht die Möglichkeit, über die Homepage das onlinegestützte Programm „Quit the shit“ zu nutzen, um den eigenen Cannabiskonsum zu beenden oder zumindest zu reduzieren.

Maßnahmen

- Weiterführung und Steigerung der Bekanntheit von www.drugcom.de
- Flächendeckendes Angebot des Ausstiegsprogramms „Quit the shit“
- Verstärkte Präventionsansätze insbesondere für die Zielgruppe junger Partygänger unter Berücksichtigung des riskanten Mischkonsums

Ziel 3:**Ausbau der indizierten Prävention und Therapie für Menschen mit einem riskanten Cannabiskonsum**

Menschen mit riskantem Cannabiskonsum können früher erreicht werden, wenn Beratungsstellen ihr Angebot so gestalten, dass gezielt Menschen mit verschiedenen Konsumstörungen angesprochen werden. In der Vergangenheit waren Beratungsstellen vor allem auf Alkoholabhängige und Opiatkonsumenten fokussiert, in den letzten Jahren wurden diese durch spezielle Angebote für Cannabiskonsumierende ergänzt. Sie sollen Personen mit unterschiedlichen Konsummustern durch passgenaue Maßnahmen ansprechen und so einen Ausstieg aus der Abhängigkeit ermöglichen oder zumindest eine Konsumreduktion erreichen.

Die Bundesregierung hat in der Vergangenheit durch die Förderung von Forschungs- und Modellprojekten dazu beigetragen, neue Ansätze im Bereich der selektiven und indizierten Prävention zu entwickeln und zu erproben. Für einige Maßnahmen liegen bereits Ergebnisse vor, andere werden zeitnah folgen. Daher wird die Bundesregierung zukünftig vor allem den Transfer und Verbreitung der neuen Ansätze auf die kommunale Ebene unterstützen.

Um Fachkräften einen besseren Überblick über alle bestehenden Projekte zu ermöglichen, die sich an Menschen mit riskantem Cannabiskonsum richten, wurde die Internetplattform www.averca.de⁴⁵ entwickelt. Sie besteht aus einer internetbasierten Toolbox (Plattform), die nach dem Prinzip „Aus der Praxis für die Praxis“ den Facheinrichtungen Werkzeuge für eine qualitative Weiterentwicklung von Prävention und Beratung zur Verfügung stellt.

Im Rahmen der Entwicklung von Angeboten für Cannabiskonsumierenden wurde deutlich, dass viele der Betroffenen auch einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Deshalb wurden die Angebote wie z. B. realize-it oder FreD ergänzt und ein neuer Ansatz zur übergreifenden Prävention entwickelt. Das Modellprojekt SKOLL verbind-

det verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze in der Suchtprävention, unabhängig von einem spezifischen Suchtmittel. Bei SKOLL steht ein praxisorientierter Interventionsansatz auf Ebene der Sekundärprävention im Vordergrund, der sich besonders an Personen richtet, deren Ziel nicht die Abstinenz, sondern die Reduzierung des Suchtmittelkonsums ist. SKOLL wendet sich an Menschen ab 16 Jahren mit verschiedenen Abhängigkeitsgraden. Es werden die Stufen von der Entstehung einer Suchterkrankung bis zur Chronifizierung und Abhängigkeit angesprochen. Im Frühjahr 2012 werden die Ergebnisse des Projektes und der wissenschaftlichen Begleitung vorliegen, auf deren Grundlage das Programm bewertet wird.

Maßnahmen

- Die Verfügbarkeit der vorhandenen Cannabisbehandlungs- und -beratungsprogramme für Fachkräfte durch die Internetplattform AVerCa verbreitern und verbessern
- Transfer und breite Implementierung evaluierter neuer Interventionen zur Reduktion des Cannabiskonsums wie Quit the Shit, CANDIS, CANStop und INCANT durch die Förderung von Fachkonferenzen und spezifischen Fortbildungsangeboten
- Entwicklung eines substanzmittelübergreifenden Ansatzes und Transfer in die Praxis der Suchtberatung durch das Projekt SKOLL (Selbstkontrolltraining)
- Sonderauswertungen der vorliegenden Repräsentativbefragungen (ESA, DAS) sowie Studien aus einzelnen Bundesländern und Städten zum Konsum illegaler Drogen (v. a. Cannabis) bei Jugendlichen und Heranwachsenden
- Ausweitung des Programms Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumierende vor allem auf Jugendliche, die in der Schule wegen ihres Cannabiskonsums auffallen

⁴⁵ AVerCa steht für das Modellprojekt „Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismisbrauchs“

Ziel 4:**Stärkung der gesundheitspräventiven Effekte in den Angeboten zur Schadensminimierung**

Deutschland verfügt auch auf dem Gebiet der schadensreduzierenden Maßnahmen über ein sehr vielfältiges Drogenhilfesystem, das von Drogenkonsumräumen und Kontaktläden über Spritzentausch bis hin zur Substitution reicht. Angesichts der hohen Prävalenz in der Gruppe der Opiatabhängigen sind effektive Maßnahmen der Hepatitis-C-Prävention in diesem Bereich dringend erforderlich.

Um effektive Maßnahmen zur Prävention von HCV in der Gruppe der Drogenkonsumenten zu entwickeln, wurde mit dem Träger Fixpunkt e.V. ein Modellprojekt gestartet. Zielgruppe sind Opiat- und Kokainkonsumenten, die insbesondere über Drogenkonsumräume und Fixpunkt-Mobile erreicht werden sollen. Verschiedene Maßnahmen sind in der Erprobung wie Schulungen zu risikoarmen Konsumweisen, Kurzinterventionen in verschiedenen Settings (z.B. Krankenhausnotaufnahme, Apotheken etc.) und Test-Beratung. Nach Abschluss des Projektes wird geprüft, wie die Erkenntnisse für andere Einrichtungen im niedrigschwelligen Bereich zugänglich gemacht werden können.

Maßnahmen

- Erprobung neuer Methoden im Rahmen des Modellprojekts Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis C Prävention bei Drogenkonsumentierenden in Berlin
- Transfer der Ergebnisse des Modellprojekts im niedrigschwelligen Bereich in weitere Kommunen
- Testrate erhöhen und HCV-Beratungskompetenz in den Einrichtungen stärken

Ziel 5:**Ausreichende und qualitativ hochwertige Angebote zur substituionsgestützten Behandlung**

Die Versorgung opiatabhängiger Patienten mit Substitutionsmitteln hat sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert. Aktuelle Zahlen und Informationen bestätigen in Deutschland ein inzwischen breites Angebot an Substitutionsbehandlungen. Die Zahl der Substituierten ist angestiegen und umfasst inzwischen etwa 77.000 Personen, während die Zahl der substituierenden Ärzte mit etwa 2.700 weitgehend gleich geblieben ist. Die Substitutionstherapie dient der Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der langfristigen Wiederherstellung der Opiatabstinenz sowie der Besserung und Stabilisierung des Gesundheits- und Allgemeinzustandes der suchtkranken Person. Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, die Versorgung opiatabhängiger Patienten auch in Zukunft auf einem hohen Niveau zu gewährleisten und Ärzte für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen zu gewinnen.

Um repräsentative Ergebnisse zum Langzeitverlauf und zur Versorgung in der Substitution zu gewinnen, hat die Bundesregierung eine umfangreiche Forschungsstudie (PREMOS) in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse werden diskutiert und eventuell notwendige Anpassungen in den Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung vorgenommen. Die Bundesregierung ist darüber hinaus fortlaufend im Gespräch mit den beteiligten Einrichtungen, um die praktischen Erfahrungen in der Substitution auszuwerten und die Rahmenbedingungen ggf. anzupassen.

Eine wesentliche Erweiterung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger wurde durch das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (Diamorphinggesetz) vom 15. Juli 2009 geschaffen.⁴⁶ Die Bundesregierung verfolgt aufmerksam, wie sich diese neue Form der Substitutionsbehandlung unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen durch den Gemein-

samen Bundesausschuss (G-BA)⁴⁷ und die Vorgaben des Bewertungsausschuss⁴⁸ entwickelt. Dies gilt für die sieben Ambulanzen, die seit dem Heroinmodellprojekt bestehen, sowie für die Etablierung neuer Ambulanzen zur Diamorphinsubstitution.

Maßnahmen

- Auswertung und Diskussion der Ergebnisse der Studie zur langfristigen Behandlung Opiatabhängiger (PREMOS-Studie) und ggf. daraus folgende Anpassung der Rahmenbedingungen
- Fortführung der Diskussionen um eine adäquate Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung mit den relevanten Akteuren
- Beurteilung der Ergebnisse der Dokumentation und des Monitorings der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland

46 BGBl. 2009 | S. 1801

47 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. März 2010 die Änderung seiner Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung: Diamorphingestützte Substitution Opiatabhängiger“ beschlossen, die eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung auf Kosten der GKV ermöglicht. Die Richtlinienänderung ist am 12. Juni 2010 in Kraft getreten.

48 Der Bewertungsausschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung (BWA) hat die Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie eine Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger beschlossen, die jeweils mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 in Kraft getreten sind.

Ziel 6:

Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Neben den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen zählen Straftaten zu den negativen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums. Das Bundeskriminalamt (BKA) unterscheidet in seiner Statistik bei den drogenbezogenen Delikten zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz („Rauschgiftdelikte“) und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität, die vor allem in Hinblick auf Diebstahl und Raub von Bedeutung ist. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 231.007 Rauschgiftdelikte erfasst. Die drogenbezogene Kriminalität hat gegenüber dem Vorjahr erneut abgenommen.⁴⁹

Maßnahme

- Förderung der Beachtung und Anwendung des Programms zur „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten (FrED)“ bei den Strafverfolgungsbehörden

⁴⁹ Vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2010; Herausgeber: Bundesministerium des Innern

Ziel 7:**Lebenssituation älterer drogenabhängiger Menschen verbessern**

Untersuchungen und Statistiken weisen heute einen größeren Anteil älterer Drogenkonsumenten auf als vor zehn Jahren. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Menschen mit einer Abhängigkeit heute einerseits länger überleben und andererseits weniger junge Menschen Opioiden wie Heroin konsumieren. Als wesentliche Ursache für die gestiegenen Überlebensraten trotz fortgesetzten Drogenkonsums gilt die Einführung von Strategien zur Schadensminimierung. Seit Mitte der 1980er Jahre werden in der Suchthilfe Überlebenshilfen angeboten, die nicht mehr allein auf die Erreichung der Abstinenz ausgerichtet sind und durch niedrigschwellige Angebote eine größere Zahl Abhängiger erreichen. Die Professionalisierung dieser Angebote führte zu einer Reduzierung des Infektionsrisikos mit HIV, zu einer Verminderung tödlicher Überdosierungen und zu einer insgesamt gestiegenen Lebenserwartung. Auch die Ausweitung der Substitutionsbehandlung hat wesentlich zum Überleben vieler Drogenabhängiger beigetragen.

Trotz dieser gesundheitlichen Fortschritte ist die soziale und gesundheitliche Situation älterer Drogenabhängiger äußerst problematisch. Sie weisen gravierende physische und psychische Gesundheitsprobleme auf und werden aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Das komplizierte System des deutschen Sozialrechtes mit unterschiedlichen Institutionen und Zuständigkeiten bei der Behandlung und Pflege, erfordert erhebliche Anstrengungen und Bemühungen der zuständigen Fachkräfte. Dazu zählt beispielsweise die Einrichtung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für ältere (Ex-)Drogenabhängige. Experten sprechen sich für eine enge Kooperation von Drogenhilfe und Altenpflege aus, die auf einer gesetzlichen Regelung der Versorgung und Zuständigkeiten basiert.

Maßnahme

- Verbreitung der vorhandenen Modelle zu Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für ältere Drogenabhängige in der Fachöffentlichkeit

Ziel 8:**Verbesserung der Situation von Drogen konsumierenden Häftlingen**

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen betrug laut Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2009 insgesamt 9.283 (2008: 9.540).⁵⁰ Dies entspricht einem Anteil von 15 % aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt der Anteil stabil bei 16,2 % (2008: 16,3 %). Der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Frauen beträgt 17 % und liegt damit leicht unter dem Wert im Jahr 2008 (18,9 %). Unter den Jugendlichen liegt der Anteil der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten 2009 bei 5,1 % (Männer) bzw. 10,5 % (Frauen). Es muss davon ausgegangen werden, dass ein hoher Anteil der Personen, die wegen Verstößen gegen das BtMG inhaftiert sind, selbst drogenabhängig sind.

Die Justizvollzugsanstalten stehen vor der Herausforderung, trotz geringer finanzieller Mittel vielfältige präventive Maßnahmen und geeignete Behandlungen für drogenabhängige Inhaftierte durchzuführen. Neben Entgiftungsmaßnahmen sowie abstinenzgestützten Therapieangeboten sollte die Möglichkeit einer dauerhaften Substitutionsbehandlung auch in Haft bestehen. In den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger von 2010 wird explizit darauf hingewiesen, dass bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Inhaftierung oder andere Formen einer stationären Unterbringung, die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen ist. In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch in einer gegenwärtig abstinenten und beschützenden Umgebung wie beispielsweise in einem Gefängnis eingeleitet werden.

Maßnahmen

- Anregung eines Prozesses für ein einheitliches Monitoring der Gesundheitsangebote in Haft für drogenabhängige Inhaftierte in den 16 Bundesländern
- Weitere Erprobung von Behandlungsangeboten in Jugendjustizvollzugsanstalten für Cannabis konsumierende Inhaftierte, wie beispielsweise CANStop
- Verbesserung der Testung und Behandlung von Infektionserkrankungen wie Hepatitis und HIV unter drogeninjizierenden Konsumenten in Haft

⁵⁰ Tim Pfeiffer-Gerschel, Ingo Kipke, Stephanie Flöter & Krystallia Karachaliou, IFT Institut für Therapieforchung/Christiane Lieb, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010): Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD; v. a. Abschnitt 9.4 bis 9.7

Ziel 9:**Nachhaltige Bekämpfung der Netzwerke international organisierter Drogenkriminalität**

Neben der Verringerung der Nachfrage von illegalen Drogen kommt der Bekämpfung der Drogenkriminalität eine grundlegende Bedeutung zu. Die Verhinderung der illegalen Produktion und Einfuhr von Drogen sowie des illegalen Handels mit diesen, die umfangreiche Sicherstellung von illegalen Drogen, die nachhaltige Zerschlagung der Organisationsstrukturen, das Ermitteln und Abschöpfen der illegalen Gewinne sowie die Erschwerung des Zugangs zu illegalen Drogen bilden dabei die Schwerpunkte bei der Bekämpfung der Drogenkriminalität durch die Polizei und den Zoll.

Da es sich bei der Drogenkriminalität in weiten Teilen um international organisierte Kriminalität handelt, ist es im Sinne einer nachhaltigen Bekämpfung unabdingbar, dieser mit einem funktionierenden internationalen Netzwerk der Sicherheitsbehörden zu begegnen. Vor diesem Hintergrund kommt dem Konzept der vernetzten Sicherheit sowie der konsequenten Fortführung der vom Bundeskriminalamt verfolgten Vorverlagerungsstrategie auch zukünftig eine zentrale Bedeutung zu. In einem vernetzten Europa ohne Grenzen ist es dabei erforderlich, dass sich zukünftige Bekämpfungskonzepte zunehmend auf gemeinsame europäische Initiativen fokussieren.

Im Hinblick auf die operative Zusammenarbeit ist u. a. die Möglichkeit zur Nutzung des Kooperationsmodells der Gemeinsamen Ermittlungsgruppe (Joint Investigation Team) von Bedeutung. Um neue Entwicklungen und Phänomene auf dem nationalen Rauschgiftmarkt frühzeitig zu erkennen, präzise beschreiben und mit belastbarem Zahlenmaterial hinterlegen zu können, ist ferner eine möglichst umfassende und detaillierte Datenerfassung in den verschiedenen drogenspezifischen Datenbanken zur Identifizierung bzw. Ableitung eines etwaigen Handlungsbedarfs unabdingbar.

Maßnahmen

- Fortführung und Ausbau der operativen und strategischen Allianzen mit den Sicherheitsbehörden der für die Rauschgiftkriminalität relevanten Herkunfts- und Transitstaaten
- Begegnung neuer Phänomene der Rauschgiftkriminalität durch die Entwicklung geeigneter und wirkungsorientierter Bekämpfungsmaßnahmen

G. Internationale und europäische Drogen- und Suchtpolitik

Drogen und Sucht sind globale Probleme, die gemeinsame Aktivitäten aller Beteiligten der internationalen Gemeinschaft erfordern. Allein mit einer nationalen Politik kann Deutschland dem Drogen- und Suchtproblem nicht begegnen. Die in Deutschland beobachteten Herausforderungen spiegeln in der Regel weitreichende internationale Trends und Ursachen wieder.

I. Globale Herausforderungen – Globale Ansätze

Das Drogenproblem stellt in vielen Staaten nicht nur ein Risiko für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen, sondern auch eine Herausforderung für das gesellschaftliche Zusammenleben, die Entwicklung, die politische Stabilität sowie die Sicherheit des Gemeinwesens und die Rechtsstaatlichkeit dar. Allein die Anzahl der injizierenden Drogenabhängigen wird weltweit auf rund 13 Millionen Menschen geschätzt, davon leben ca. 78 % in Entwicklungs- und Transformationsländern. Ähnlich beängstigend ist die hohe Prävalenz von Hepatitis und Tuberkulose unter injizierenden Drogenkonsumenten. Gleichzeitig haben in vielen Drogenanbau- und Transitregionen in Asien, Lateinamerika und Afrika gewaltsame Auseinandersetzungen und Konflikte in den vergangenen Jahren rapide zugenommen.

Aufgabe der Drogenpolitik muss es sein, den komplexen Risiken auf individueller und gesellschaftlicher Ebene mit allen geeigneten Mitteln zu begegnen. Die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen soll dadurch sichergestellt werden, dass sowohl die Verfügbarkeit als auch der illegale Konsum von Drogen so weit wie möglich reduziert und die negativen Folgen des Drogenmissbrauchs vermindert oder beseitigt werden. Deutschland steht – nicht zuletzt im eigenen Interesse – in der Verantwortung, sich an den weltweiten Bemühungen zur Reduzierung und Lösung des globalen Drogenproblems zu beteiligen.

Die internationale Drogenproblematik enthält drei Hauptelemente, gegen die im Rahmen einer umfassenden Drogenpolitik vorgegangen werden muss:

- illegaler Anbau und Produktion von Drogen,
- illegaler Drogenhandel und Drogenschmuggel,
- Drogenkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit.

Die Vereinten Nationen haben besondere Gremien und Organe für den Drogenbereich eingerichtet:

- das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) mit der jährlich tagenden Suchtstoffkommission (Commission on Narcotic Drugs – CND) und
- der Internationale Suchtstoffkontrollrat (International Narcotics Control Board – INCB).

Deutschland ist in der CND vertreten und arbeitet eng mit dem UNODC zusammen. Dabei vertritt Deutschland im internationalen Kontext die Auffassung, dass das derzeitige Drogenkontrollsystem der internationalen Gemeinschaft in den letzten Jahren ehrgeizige Zielsetzungen erreicht hat wie z. B. die Reduzierung des Drogenanbaus in einer Reihe von Staaten sowie die Stabilisierung der Konsumraten für einige Drogenarten. Trotz dieser grundlegenden Erfolge gibt es eine Vielzahl von regionalen und strategischen Schwachpunkten in der internationalen Drogenpolitik. Um sie zu beseitigen, ist es erforderlich, die Verdichtung der Zuständigkeiten und die Bündelung erfolgreicher Konzepte mit neuen Ansätzen und Partnerschaften voranzutreiben. Diese Ansätze müssen in allen Politikfeldern gleichbedeutend fortgeführt und weiterentwickelt werden. Nach deutscher Ansicht müssen vor allem die negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Drogenkonsums mehr Beachtung finden. Mittlerweile wenden über 80 Staaten der Welt – darunter Deutschland – so genannte schadensmindernde Maßnahmen

(„harm reduction“), wie Spritzentausch und Substitutionsbehandlung, an.

1. Neue weltweite Trends

Die jährlich erscheinenden Weltrogenberichte und der „Afghanistan Opium Survey“ des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) machen deutlich, dass es über einen längeren Zeitraum betrachtet Entwicklungen beim Drogenkonsum hin zu neuen Drogenarten und neuen Märkten gegeben hat und die Drogenproduktion immer wieder wechselnden Veränderungen unterworfen war. Der Schädlingsbefall des Schlafmohns in Afghanistan im Jahr 2010 hat beispielsweise zu Einbrüchen bei der Ernte und Anfang 2011 zu dreifach höheren Preisen als 2009 geführt. Auch die weltweite Produktion von Kokain unterliegt ständigen Veränderungen aufgrund der wechselnden Anbauflächen des Kokastrauchs, des jährlich und je nach Anbaugesbiet unterschiedlichen Ertrags von Kokablättern sowie des unterschiedlichen Alkaloid-Anteils in den Blättern und der Fähigkeit der illegalen Laboratorien, diesen Anteil zu extrahieren. Insgesamt kann konstatiert werden, dass sich der Kokaanbau in Kolumbien in den vergangenen Jahren deutlich verringert hat, während in Peru ein gradueller Anstieg der Anbauflächen seit 2005 zu verzeichnen ist und sich das Anbauvolumen in Bolivien derzeit stabilisiert.⁵¹

Für organisch-basierte Drogen wie Heroin (Opium) und Kokain (Koka) hat sich der Konsum in den Industriestaaten stabilisiert beziehungsweise ist in einigen Staaten rückläufig. Gleichzeitig ist die gleichbleibend hohe Nachfrage für diese Drogen auf einen steigenden Konsum in Entwicklungsländern zurückzuführen, häufig in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Anbaustaaten. Gleichzeitig hat weltweit – gleichsam in Industrie- und Entwicklungsländern – der Missbrauch von amphetaminähnlichen Substanzen (ATS) und verschreibungspflichtigen Betäubungsmitteln zugenommen. Cannabis ist immer noch die weltweit am häufigsten produzierte und konsumierte Droge: Im Gegensatz zu

Opium und Koka – fünf Länder konzentrieren mehr als 80% des weltweiten Anbaus auf sich – wird Cannabis in beinahe allen Ländern der Welt angebaut.

Entwicklungs- und Schwellenländer sind besonders vom Drogenkonsum betroffen: Sie sind nicht mehr nur als Anbau- oder Transitregionen, sondern auch in rapide wachsendem Ausmaß als Konsumentenländer und mit den damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Folgen belastet. Negative Begleiterscheinungen wie organisierte Kriminalität, ausufernde Gewalt auf illegalen Märkten, Waffenhandel, Geldwäsche und Korruption, greifen tief in die vielfach ohnehin fragilen gesellschaftlichen, politischen, volkswirtschaftlichen und sozialen Prozesse dieser Länder ein. In einigen besonders fragilen Regionen wie etwa in Zentralamerika und in Westafrika führt die Ansiedlung von illegalen Drogenökonomien zu einer Paralyse staatlicher Strukturen und Handlungsfähigkeit. Die Gewährung der öffentlichen Sicherheit und Gesundheit kann von den betroffenen Staaten mitunter nicht mehr geleistet werden.

Ähnliche Marktverlagerungen sind für die legalen Substanzen Alkohol und Tabak zu beobachten. Während der Tabak- und Alkoholkonsum in Europa stagniert bzw. in einigen Staaten abnimmt, steigt der Konsum in Ländern mit mittlerem und geringem Einkommen an. Infolgedessen nehmen die alkohol- und tabakbedingten Folgeerkrankungen zu. Die Berechnungen der WHO zu den weltweiten Belastungen durch Krankheiten („Global Burden of Disease“) weisen Alkohol und Tabak mittlerweile auch in den Ländern mit mittlerem Einkommen als einen der höchsten Risikofaktoren für den Verlust von sog. behinderungsfreien Lebensjahren (DALYs) aus.

In den letzten Jahren ließ sich darüber hinaus beobachten, dass neue und riskante Konsummuster nicht an staatlichen Grenzen halt machen. Dies gilt für illegale wie legale Suchtmittel. Die zunehmende gleichzeitige Einnahme von verschiedenen Drogen („Polydruguse“) oder der zunehmende riskante Alkoholkonsum Jugendlicher sind nur zwei Beispiele von europaweiten Entwicklungen. Folglich stehen auch unsere Nachbarländer vor der Herausforderung, Präventions- und Interventionsansätze für riskante Konsumformen

51 Siehe: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/2.3_Coca-cocaine.pdf (bes. S. 4)

zu entwickeln, um konsumbedingte Schäden auch dann zu verhindern, wenn die Konsumenten keine Abhängigkeit entwickeln.

Die globalisierte Gesellschaft bringt es mit sich, dass Tabak, Alkohol und Medikamente international beworben und gehandelt werden. Das Internet ermöglicht neue Bezugsquellen und eröffnet Herstellern neue Werbewege. Um für legale Suchtmittel eine verantwortungsvolle Werbung zu erreichen, ist eine internationale Zusammenarbeit unerlässlich.

Deutschland setzt sich international für eine ausgewogene Politik in den Bereichen Prävention, Beratung- und Behandlung, Maßnahmen zur Schadensreduzierung und Repression ein. Eine internationale Drogen- und Suchtpolitik, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt, integriert Elemente der Gesundheitspolitik, der Sozialpolitik, der Strafverfolgung und Entwicklungspolitik zu einem schlüssigen Gesamtkonzept und orientiert sich an den jeweiligen Lebenswelten der betroffenen Menschen.

In der deutschen Sucht- und Drogenpolitik hat sich seit Jahren eine integrative Politik für legale und illegale Suchtmittel bewährt. In internationalen Gremien wird die Drogenpolitik noch weitgehend getrennt von der gesundheitsfördernden Politik im Bereich Tabak und Alkohol behandelt. Deutschland engagiert sich für eine integrative Politik, die substanzübergreifende Aspekte berücksichtigt und parallele Strukturen oder Aktivitäten vermeidet.

2. Entwicklungsorientierte Drogenpolitik

Die Bundesregierung setzt in der Drogenanbauproblematik auf eine nachhaltige Entwicklung in Drogenanbauregionen und verfolgt hier den international anerkannten Ansatz einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik (EOD). Die deutsche drogenspezifische Entwicklungszusammenarbeit hat seit mehr als 20 Jahren Erfahrung mit Projekten und Politikberatung erworben. Deutschlands Partner in der internationalen Zusammenarbeit im Drogenbereich schließen auch die EU, das UNODC, Nichtregierungsorganisationen,

Gemeinde- und Selbsthilfegruppen mit ein. Die Bundesregierung fördert entwicklungspolitische Vorhaben der Drogenpolitik unterstützt seit 1981.

Im Zentrum der drogenpolitischen Entwicklungszusammenarbeit steht das „Programm zur Förderung einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik in Entwicklungsländern (EOD)“, das die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) durchführt. Das Vorhaben berät die Bundesregierung und internationale Partner zu einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik in Drogenanbauregionen. Das Programm zielt in seinen Ansätzen und Instrumenten darauf, durch eine nachhaltige ländliche Entwicklung in Drogenanbauregionen und eine Transformation der Rahmenbedingungen, die erst zur Ansiedlung von Drogenökonomien führen, den Teufelskreis aus Drogenproduktionen, fragiler Staatlichkeit, Armut und Gewalt zu durchbrechen.

Negative individuelle und gesellschaftliche Folgen von Drogenproduktion, -handel und -konsum sollen durch die Schaffung wirtschaftlicher und sozialer Alternativen zum illegalen Anbau von Drogenpflanzen kompensiert werden. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass eine erfolgreiche ländliche Entwicklung in Drogenanbauregionen von einer Reform staatlicher Institutionen, die Stärkung deren Präsenz, von Gewaltprävention und nachhaltiger lokaler Wirtschaftsförderung begleitet werden muss, um langfristig Drogenökonomien reduzieren zu können. Aktuell (2011/2012) werden Projekte der alternativen Entwicklung in Afghanistan, Bolivien, Laos, Myanmar und Peru gefördert.

Auf internationaler Ebene ist der deutsche Ansatz eines erweiterten Verständnisses von Alternativer Entwicklung und Entwicklung in einem Drogenumfeld anerkannt und Deutschland hierfür ein gefragter Partner. Auf UN- wie auf EU-Ebene vertritt die Bundesregierung gemeinsam mit ihren Partnern den Ansatz und prüft und berät auf dieser Grundlage zahlreiche Projekte der ländlichen alternativen Entwicklung in Drogenanbauregionen.

3. Schadensmindernde Ansätze (Harm Reduction)

Die Anzahl der injizierenden Drogenabhängigen wird weltweit auf rund 16 Millionen Menschen geschätzt, davon leben zirka 80 % in Entwicklungs- und Transformationsländern. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklung der HIV-Übertragung in Osteuropa, Zentralasien, Süd- und Südostasien zu betrachten, die mehrheitlich durch intravenösen Drogenkonsum und Prostitution verursacht wird. Weltweit sind 10 % aller HIV-Infektionen auf injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen, außerhalb von Subsahara-Afrika sind 30 % aller Neuinfektionen in der Gruppe der injizierenden Drogenabhängigen zu verzeichnen.

Die Anerkennung des Harm Reduction Ansatzes im Kontext der Vereinten Nationen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Deutschland vertritt diesen Ansatz auch international und kann auf eine jahrelange breite Erfahrung in diesem Bereich zurückgreifen. Deutschland setzt dabei internationale Standards wie beispielsweise in der Opiatsubstitutionstherapie (OST).

Die Bundesregierung fördert schadensreduzierende Maßnahmen (Harm Reduction), insbesondere im Rahmen der HIV-Prävention, in Asien, der Ukraine und Zentralasien und ist bestrebt, ihr Engagement in diesem Bereich fortzuführen. Aufgrund der internationalen Nachfrage werden von Deutschland verstärkt erfahrene Fachleute im Rahmen von Projekten und Programmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit Schwerpunkt auf Substitutionstherapie und genderspezifischen Ansätzen im Ausland eingesetzt.

4. Globale Strategie zur Reduzierung von schädlichem Alkoholkonsum

Die WHO hat im Mai 2010 die Globale Strategie zur Reduzierung von schädlichem Alkoholkonsum verabschiedet. Sie hat zum Ziel, globales Bewusstsein zu schaffen, die Handlungsbereitschaft zur Problembearbeitung zu steigern und die Wissensgrundlage für effektive Maßnahmen zur Reduzierung und Vermeidung von alkoholbedingten Schäden zu verbessern.

Neben einer Stärkung der technischen Unterstützung insbesondere einkommensschwacher Länder und Länder mit mittlerem Einkommen soll dort die Leistungsfähigkeit im Bereich der Behandlung und Prävention verbessert werden. Die Strategie zielt auf eine bessere Zusammenarbeit zwischen Interessensvertretern und die Bereitstellung notwendiger Ressourcen für abgestimmte Maßnahmen zur Prävention missbräuchlichen Alkoholkonsums. Nicht zuletzt soll das Überwachungssystem zum Alkoholkonsum und alkoholbedingter Morbidität und Mortalität verbessert werden.

Die Maßnahmen sollen nach Ermessen der Mitgliedstaaten in Abhängigkeit des jeweiligen nationalen, religiösen und kulturellen Hintergrunds, der Prioritäten im Gesundheitswesen, den verfügbaren Ressourcen und im Einklang mit verfassungsrechtlichen Grundsätzen und internationalen Verpflichtungen umgesetzt werden.

Die Vorschläge für politische Interventionen lassen sich in neun Bereiche gliedern:

- Prioritätensetzung, Bewusstseinsbildung und Engagement,
- Rolle des Gesundheitswesens,
- Einbeziehung lokaler Akteure und Stärkung lokaler Initiativen,
- Alkohol im Straßenverkehr,
- Verfügbarkeit von Alkohol,
- Vermarktung alkoholischer Getränke,
- Preispolitik,
- Reduzierung negativer Folgen des Alkoholkonsums und von Alkoholvergiftungen,
- Reduzierung des negativen Einflusses illegalen oder informell hergestellten (schwarz gebrannten) Alkohols auf die Gesundheit.

Aufbauend auf der globalen Strategie wurde im Herbst 2011 der Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) der WHO verabschiedet. Zur Unterstützung der Bedürfnisse der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO eröffnet der Aktionsplan ein breites Spektrum an Vorschlägen an die Mitgliedstaaten für Maßnahmen gegen den schädlichen Alkoholkonsum. Da viele alkoholbezogene Probleme in der Region grenzüberschreitend auftreten, zielt die Strategie auch auf ein abgestimmtes Vorgehen der Länder. Zu den zehn Bereichen der globalen Strategie werden Indikatoren festgelegt, an denen der Fortschritt der Mitgliedsländer und damit in der Region insgesamt gemessen werden kann.

Zahlreiche Maßnahmen, die in der globalen Strategie und im Aktionsplan der europäischen Region benannt werden, werden in Deutschland bereits umgesetzt. Daher engagiert sich Deutschland im Bereich des Austauschs guter Praxis und trägt durch die Evaluation durchgeführter Maßnahmen zur Steigerung der Evidenz und Abschätzung der Effektivität bei. Als einer der ersten Schwerpunkte wird auch die WHO die Problematik der Fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD) insbesondere in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen aufgreifen. Auch wenn die epidemiologischen Zahlen von Kindern mit FASD in manchen Schwellenländern weit über denen in Deutschland liegen, so wird das gegenseitige voneinander Lernen und eine internationale Bewusstseinsbildung von Deutschland begrüßt und aktiv unterstützt.

5. Globale Maßnahmen zur Tabakprävention und -entwöhnung

Die internationale Tabakpolitik hat einen zunehmenden Einfluss auf die nationalen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums. Viele der in den vergangenen Jahren auch in Deutschland umgesetzten Maßnahmen und gesetzlichen Regelungen in der Tabakpolitik gehen auf Empfehlungen und Initiativen der WHO zurück. Wesentliche Grundlage ist hierfür die internationale Tabakrahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), die im Mai 2003 von allen 193 Mitgliedern der WHO ver-

abschiedet wurde. Sie ist das erste weltweite Gesundheitsabkommen und hat die globale Eindämmung des Tabakkonsums zum Ziel. Mit der Ratifizierung der internationalen Tabakrahmenkonvention im Jahr 2005 ist Deutschland Verpflichtungen zur Reduzierung des Tabakkonsums eingegangen, die in der nationalen Gesetzgebung umgesetzt wurden. Die Konvention sieht die weltweite Verringerung des Tabakkonsums durch nationale Maßnahmen in den Vertragsstaaten vor, wie einen verbesserten Jugendschutz, die Verringerung der Nachfrage über steuerpolitische Instrumente, Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen, Werbeverbote für Tabakprodukte, die Regulierung der Inhaltsstoffe von Zigaretten sowie breite Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Gefahren des Rauchens.

Neben den Verpflichtungen aus der Tabakrahmenkonvention von 2005 erarbeiten die beteiligten Vertragsstaaten in regelmäßig stattfindenden Konferenzen Leitlinien zur Umsetzung und Fortschreibung der Tabakrahmenkonvention. Diese sind Empfehlungen für gesetzgeberische, administrative oder sonstige Maßnahmen zur Ausgestaltung der nationalen Tabakpolitik der Vertragsstaaten. An diesem Prozess beteiligt sich Deutschland durch die aktive Mitarbeit in verschiedenen Arbeitsgruppen. Seit 2006 wurden die Erstellung eines verbindlichen Protokolls zur Bekämpfung des Tabaksmuggels beschlossen sowie Leitlinien zu einzelnen Artikeln der Konvention verabschiedet. Diese beziehen sich auf die Themen:

- Schutz vor kommerziellen und sonstigen Interessen der Tabakindustrie,
- Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen,
- Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsoring,
- grenzüberschreitende Tabakwerbung,
- Schutz vor Passivrauchen,
- Maßnahmen zur Verminderung der Tabakabhängigkeit und Aufgabe des Tabakkonsums,

- Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit zur Eindämmung des Tabakgebrauchs sowie
- Kennzeichnung der Inhaltsstoffe und Rückverfolgung von Tabakwaren (partielle Leitlinie).

II. Europäische Drogen- und Suchtpolitik

1. Europäische Drogenpolitik

Im Rahmen der Europäischen Union arbeitet Deutschland aktiv mit der Europäischen Kommission, der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Europol und Eurojust zusammen. Vertreter der Bundesministerien nehmen regelmäßig an Sitzungen der zuständigen Ratsarbeitsgruppen teil (z. B. Horizontale Drogen Gruppe – HDG), die die Beschlüsse des Rates im Drogenbereich vorbereiten. Den Rahmen der Zusammenarbeit bildet die EU-Drogenstrategie 2005–2012. Sie wird durch zwei EU-Drogenaktionspläne (2005–2008 und 2009–2012) umgesetzt.

Deutschland wird auch in Zukunft aktiv in den Gremien der Europäischen Union mitarbeiten, vorhandene Aktivitäten bündeln und sich in einen zielführenden, fruchtbaren Erfahrungsaustausch einbringen.

Im November 2010 hat die Europäische Kommission ihren Fortschrittsbericht 2010 zum EU-Drogenaktionsplan vorgestellt. Als positiv wird dort der Rückgang der HIV-Infektionen unter den Drogenkonsumenten bewertet. Auch in der Zusammenarbeit zur Bekämpfung des grenzüberschreitenden Kokain- und Heroinhandels konnten Fortschritte erzielt werden.

Die Kommission weist aber auch auf veränderte Konsummuster, beispielsweise Mischkonsum, hin. Neue psychoaktive Substanzen („legal highs“) werden als großes zukünftiges Problem benannt. Sie mahnt die Mitgliedstaaten, ihre Präventionsprogramme effektiver zu gestalten, indem breit angelegte, aber wenig wirksame Präventionsprogramme nicht durchgeführt werden, sondern Präventionsprogramme sollten sich gezielt an bestimmte Personengruppen richten.

Am 3. Juni 2010 haben die Justiz- und Innenminister der EU-Mitgliedstaaten auf dem Rat „Justiz und Inneres“ den „Europäischen Pakt zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels“ beschlossen, der auf eine französische Initiative zurückgeht und an dessen Ausgestaltung Deutschland wesentlich beteiligt war.

Ziel des Europäischen Paktes ist die Konzentration und Verbesserung der Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der Drogenkriminalität. Der „Europäische Pakt zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels“ umfasst Maßnahmen im Bereich des Kokainschmuggels über Westafrika, im Bereich des Heroinschmuggels über die sog. Balkanroute und im Bereich der Vermögensabschöpfung. Für die jeweilige Umsetzung der einzelnen Maßnahmen bis 2012 haben ausgewählte Mitgliedstaaten die Verantwortung übernommen. Deutschland hat dies zusammen mit Italien für den Bereich des Heroinschmuggels über die sog. Balkanroute getan.

Unter polnischer EU-Ratspräsidentschaft wurde am 27.10.2011 auf dem Rat „Justiz und Inneres“ der „Europäische Pakt gegen synthetische Drogen“ beschlossen. Die Umsetzung mit entsprechenden operativen Maßnahmen erfolgt unter Beteiligung Deutschlands im Rahmen des sog. EU-Policy Cycle, der sich der strategischen Koordinierung der OK-Bekämpfung der Mitgliedstaaten auf EU-Ebene widmet.

Die Kommission hat im November 2011 die Mitteilung „Eine entschlossenerere europäische Reaktion auf das Drogenproblem“ an das Europäische Parlament und den Rat veröffentlicht, mit der Absicht, u. a. durch mehrere Legislativvorschläge und weitere Maßnahmen der EU-Drogenpolitik neue Impulse zu geben. Die Kommission unterbreitet damit Vorschläge, wie das Problem der illegalen Drogen und der neuen psychoaktiven Substanzen wirksam angegangen werden kann und fordert zu einer breiten Debatte darüber auf. Damit soll auf die neuen Herausforderungen der letzten Jahre reagiert werden: Drogen und die zu ihrer Herstellung benötigten chemischen Substanzen („Drogenausgangsstoffe“) werden auf neue Art gehandelt, es kommen rasch neue Drogen

auf den Markt; und für diese neuen Substanzen werden neuartige Vertriebskanäle genutzt.

2. Alkoholstrategie der Europäischen Union

Riskanter Alkoholkonsum ist kein allein deutsches Phänomen. Vielmehr ist im europäischen Trend zu beobachten, dass das sogenannte Rauschtrinken in vielen anderen europäischen Staaten ebenfalls zugenommen hat und mittlerweile weit verbreitet ist. Daher wurde in der Europäischen Union 2006 eine EU-Alkoholstrategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden beschlossen. Die Europäische Kommission und die Mitgliedstaaten der EU setzen dabei auf folgende Schwerpunkte:

- Schutz von Kindern, Jugendlichen und des Kindes im Mutterleib,
- Senkung der Zahl der Verletzungen durch alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle,
- Vorbeugung alkoholbedingter Schädigung bei Erwachsenen und Verringerung der negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz,
- Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und angemessene Konsummuster,
- Aufbau und Aktualisierung einer gemeinsamen Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse auf EU-Ebene.

In Deutschland werden Maßnahmen zu diesen Schwerpunkten seit langem bereits umgesetzt. Um von den Erfahrungen aus den unterschiedlichen EU-Staaten zu profitieren und den Austausch erfolgreicher Ansätze innerhalb der EU zu befördern, ist Deutschland aktives Mitglied im „Committee on National Alcohol Policy and Action“. Die regelmäßigen Treffen machen deutlich, dass nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen europäischen Staaten versucht wird,

den Jugendschutz effektiver zu gestalten. In den letzten Jahren wurden Frühinterventionen im ärztlichen Setting von einigen Mitgliedstaaten umfassend eingeführt. In beiden Bereichen kann Deutschland von ausländischen Erfahrungen profitieren. Als eines der ersten Länder widmet sich Deutschland intensiv der Frage der demographischen Entwicklung und des zunehmenden Phänomens der Sucht im Alter und nimmt damit eine Vorreiterrolle ein. Darüber hinaus setzen sich die Mitgliedstaaten und die Kommission gemeinsam für eine effektive Selbstkontrolle der Werbung der Alkoholwirtschaft ein. Aufgrund der zunehmenden Werbung in neuen Medien und der oftmals international agierenden Industrie kann dies nur durch einen gemeinsamen zielgerichteten Ansatz der europäischen Mitgliedstaaten und der internationalen Staatengemeinschaft gelingen.

Um Weiterentwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen, hat die Kommission inzwischen eine externe Bewertung der EU-Alkoholstrategie in Auftrag gegeben, in die u. a. die Erfahrungen der Mitgliedstaaten, der Alkoholwirtschaftsverbände und der Nichtregierungsorganisationen der Suchtprävention einfließen sollen.

Begleitend zur EU-Alkoholstrategie hat die EU-Kommission das „Health and Alcohol Forum“ ins Leben gerufen, eine Plattform, in der unterschiedliche Akteure sich zu eigenen Aktivitäten zur Vermeidung alkoholbedingter Schäden verpflichten. Auch hier sind deutsche Akteure vertreten.

Überdies ist in der am 12.12.2011 nach über dreieinhalbjährigen Beratungen in Kraft getretenen neuen EU-Verordnung betreffend die Information der Verbraucher über Lebensmittel (Nr. 1169/2011, ABl. L 304 vom 22.11.2011, S. 18) vorgesehen, dass die Europäische Kommission innerhalb von 3 Jahren einen Bericht zu alkoholhaltigen Getränken vorlegt. Sie soll dazu Stellung beziehen (und ggf. Legislativvorschläge unterbreiten), ob Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent in der EU künftig ein Zutatenverzeichnis und eine verpflichtende Nährwertdeklaration (d. h. auch die Angabe des Energiegehalts) aufweisen müssen.

Darüber hinaus soll die Kommission eine Definition von sog. Alkopops prüfen, die von überwiegend jugendlichen Konsumentinnen und Konsumenten bzw. jungen Erwachsenen verzehrt werden. Ziel der Kennzeichnung von Alkopops ist es, Transparenz über die Inhaltsstoffe und Nährwertgehalte herzustellen und dadurch mittelbar einen Beitrag zur Eindämmung übermäßigen Alkoholkonsums insbesondere jüngerer Verbraucherinnen und Verbraucher zu leisten. Deutschland unterstützt diesen Prüfauftrag der Kommission nachdrücklich.

3. Europäische Tabakpolitik

Die europäische Ebene hat für die Ausgestaltung der nationalen Tabakpolitik bei ihren Gesetzesmaßnahmen eine zentrale Bedeutung. Einzelne Zuständigkeiten für verbindliche Regelungen wie im Bereich der Tabakprodukte liegen in der Kompetenz bei der Europäischen Union, die als verbindliche Richtlinien verabschiedet und von den Mitgliedstaaten übernommen werden. So führte die Tabakprodukt-Richtlinie in der EU aus dem Jahr 2001 zu nationalen gesetzlichen Regelungen und zu Initiativen für den Nichtrauchererschutz in Deutschland.

Darüber hinaus setzt die europäische Tabakpolitik wichtige Impulse für die Mitgliedstaaten. Deshalb beteiligt sich Deutschland auch auf europäischer Ebene aktiv an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

Die Europäische Kommission hat am 28. Mai 2008 einen Bericht über die Umsetzung der Tabakwerbe-Richtlinie (Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003) vorgelegt, die in Deutschland mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes umgesetzt wurde und am 29. Dezember 2007 in Kraft getreten ist. Damit ist Werbung und Sponsorings zugunsten von Tabakerzeugnissen mit grenzüberschreitender Wirkung in Printmedien, im Hörfunk und Internet verboten.

In Umsetzung der Audiovisuellen Mediendiensterichtlinie (Richtlinie 2007/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Dezember 2007 zur Änderung

der Richtlinie 89/552/EWG des Rates zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Ausübung der Fernsehaktivität) wird seit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes nunmehr auch ein Sponsoringverbot und Werbung und Produktplatzierung für audiovisuelle Mediendienste und Sendungen geregelt.

Mit der Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 05. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (Tabakprodukt-Richtlinie) wurden die Anforderungen an Tabakerzeugnisse auf Gemeinschaftsebene der EU festgelegt. Die Europäische Kommission legt dem Europäischen Parlament und dem Rat alle zwei Jahre einen Bericht über deren Anwendung vor.

Im Jahr 2007 wurden Leitlinien für ein einheitliches Format zur Meldung der verwendeten Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen veröffentlicht. In einer Arbeitsgruppe bei der Gemeinsamen Forschungsstelle der Kommission sollen die gemeldeten Daten hinsichtlich ihrer Toxizität und süchtigmachenden Wirkungen mit dem Ziel ausgewertet werden, die Verwendung bestimmter gefährlicher Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen zu verbieten.

Im Bericht von 27. November 2007 werden weiterhin mögliche Bereiche zur Änderung der Richtlinie umrissen, wie die Festlegung rechtsverbindlicher Formate zur Meldung der Zusatzstoffe oder die Weiterentwicklung von Warnhinweisen auf Tabakerzeugnissen.

Die von der Europäischen Kommission eingeleitete Überarbeitung der Tabakprodukt-Richtlinie wird von der Bundesregierung begrüßt, die im Rahmen einer umfassenden Erörterung mit den Mitgliedsstaaten und dem Europäischen Parlament abgestimmt wird. Auf der Grundlage dieses Konsultationsprozesses wird die Kommission Vorschläge zur Änderung der Richtlinie vorlegen.

Zur Überarbeitung der bisherigen Textwarnhinweise für Tabakerzeugnisse nach der Tabakprodukt-Richtlinie

wurden am 25. Oktober 2010 die Ergebnisse der von der Kommission in Auftrag gegeben TNS-Studie vorgestellt, die die bisherigen Warnhinweise ersetzen sollen.

Deutschland prüft im Rahmen der Nationalen Strategie die Umsetzung der Empfehlung der EU zum Abdruck bildgestützter Warnhinweise (2003/641/EG) auf allen Tabakprodukten, sofern die Wirksamkeit von Bildhinweisen belegt ist.

Impressum

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.drogenbeauftragte.de

Stand: Februar 2012

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11004

Telefon: 01805 / 77 80 90 *

Schreibtelefon für
Gehörlose und

Hörgeschädigte: 01805 / 99 66 07 *

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefax: 01805 / 77 80 94 *

*) Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen
und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Gestaltung: A&B ONE Kommunikationsagentur GmbH, Frankfurt/Main

Druck: enka-druck GmbH, Berlin

Satz: da vinci design GmbH, Berlin

Fotonachweis: S. 2: Michael Dedeker

S. 3: Dominique Willnauer

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

