



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2016 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD
(Datenjahr 2015 / 2016)

Prävention

Workbook Prevention

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Tim Pfeiffer-Gerschel, Loretta Schulte, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,
IFT Institut für Therapieforschung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0. ZUSAMMENFASSUNG (T0)	4
1. NATIONALES PROFIL (T1)	5
1.1 Strategie und Struktur (T1.1).....	5
1.1.1 Hauptziele von Prävention (T1.1.1).....	5
1.1.2 Organisationsstruktur (T1.1.2).....	5
1.2 Präventionsmaßnahmen (T.1.2).....	6
1.2.1 Verhältnisprävention (T1.2.1).....	6
1.2.2 Universelle Prävention (T1.2.2).....	16
1.2.3 Selektive Prävention (T1.2.3).....	32
1.2.4 Indizierte Prävention (T1.2.4).....	38
2. TRENDS (T2)	40
2.1 Veränderungen bei Präventionsmaßnahmen (T2.1).....	40
2.2 Epidemiologisch bedeutende Veränderungen für die Suchtprävention.....	45
3. NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	45
3.1 Neue Entwicklungen (T3.1).....	45
4. ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	46
4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	46
4.2 Weitere Aspekte (T.4.2).....	47
5. ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	47
5.1 Veränderungen bei den Tabak- und Alkoholstrategien (T5.1).....	47

5.2	Forschung zu Ätiologie und/oder Wirksamkeit (T5.2)	47
6.	QUELLEN UND METHODIK (T6)	49
6.1	Quellen (T6.1)	49
6.2	Methodik (T6.2)	53
7.	TABELLENVERZEICHNIS.....	54
8.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	54

0 Zusammenfassung (T0)

Neben Behandlung, Überlebenshilfe und repressiven Maßnahmen ist Suchtprävention eine der vier Säulen einer ganzheitlichen Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland. Maßnahmen der Suchtprävention fallen in die Zuständigkeit der Ministerien auf Bundes- und Landesebene und werden insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Länder, auf kommunaler Ebene und durch die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger wahrgenommen. Struktur und Strategie der Suchtprävention in Deutschland sowie die Rollen der einzelnen Institutionen werden im ersten Kapitel umrissen.

Im Abschnitt zur Verhältnisprävention wird die unterschiedliche Einstellungspraxis nach § 31a BtMG in den Bundesländern dargestellt. Außerdem werden die Hintergründe verhältnispräventiver Maßnahmen im Straßenverkehrsrecht erläutert sowie die verwaltungsrechtliche Entziehung (inklusive Trends) und ihre möglichen verhältnispräventiven Effekte.

Anhand von Beispielen wird die Vielfalt (neuer) suchtpräventiver Aktivitäten im Jahr 2015 in den Kategorien universelle Prävention, selektive Prävention und indizierte Prävention wiedergegeben und anschaulich gemacht.

In Teil 2 werden zunächst anhand von Zahlen des Dokumentationssystems Dot.sys Veränderungen bei Präventionsmaßnahmen dargestellt. Dazu zählen die Ausrichtung suchtpräventiver Aktivitäten nach Substanzen, Zielen und Settings. Danach werden substanzspezifische epidemiologische Entwicklungen beschrieben und diskutiert, ob und wie sich die Angebote der Suchtprävention in den vergangenen Jahren darauf eingestellt haben.

Alkohol ist weiterhin die mit Abstand am häufigsten thematisierte Substanz, gefolgt von Tabak. Cannabis als wichtigste illegale Droge hat im Berichtsjahr wie in den vorgehenden Jahren als Thema weiter an Bedeutung gewonnen. Ungebrochen ist weiterhin auch der Trend, amphetaminartige Stimulanzien (ATS) zum Gegenstand suchtpräventiver Arbeit zu machen. Wie in den Vorjahren wurde auch 2015 erneut Wissensvermittlung am häufigsten als Ziel angegeben. Keine deutlichen Veränderungen gab es bei Nennung der Ziele Änderung von Einstellungen, Vermittlung von Kompetenzen oder Ressourcen, Verhaltensänderungen, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und Aufbau von Strukturen. Nur das Fördern von Risikokompetenzen wurde häufiger als Ziel genannt als in vergangenen Jahren.

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Strategie und Struktur (T1.1)

1.1.1 Hauptziele von Prävention (T1.1.1)

Vorrangiges Ziel der Suchtprävention ist es, die Gesundheit jedes Einzelnen zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Prävention ist neben Suchtbehandlung, Überlebenshilfe und repressiven Maßnahmen zentraler Bestandteil einer umfassenden Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik. Durch Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit entstehen neben schwerwiegenden psychischen und körperlichen Schäden bei den Betroffenen auch enorme volkswirtschaftliche Kosten. Prävention ist eine der vier Säulen der deutschen Sucht- und Drogenpolitik (vgl. Kapitel 1.1.2).

Der Stellenwert der Suchtprävention zeigt sich auch darin, dass *die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012) mit ihren konkreten Maßnahmen und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention in eine übergreifende Präventionsstrategie eingebettet werden soll.

1.1.2 Organisationsstruktur (T1.1.2)

Die Zuständigkeit für die Umsetzung der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik liegt neben den jeweiligen Bundesministerien, bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Bundesländern, den Kommunen sowie den Sozialversicherungsträgern. Insofern Maßnahmen der Suchtprävention in die Bereiche Gesundheit, Sozialversicherung, Bildung und Jugend fallen, unterliegen sie der konkurrierenden Gesetzgebung. Die Länder haben nur dann Befugnis zur Gesetzgebung, soweit der Bund nicht von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch macht (Art. 72 GG). Suchtpräventive Angebote werden überwiegend von den Ländern, den Sozialversicherungsträgern und den Kommunen finanziert.

Seit 1992 koordiniert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den „BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention“. Aufgabe des zweimal jährlich tagenden Gremiums ist die Optimierung der Vernetzung der Akteurinnen und Akteure auf Landes- und Bundesebene sowie die Koordinierung von bundes- und landesweiten Maßnahmen der Suchtprävention. Im BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention sind Fachkräfte aus den Landeskoordinierungsstellen für Suchtprävention sowie zum Teil auch Angehörige der entsprechenden Landesministerien vertreten. Bei den Koordinierungs- bzw. Fachstellen der Länder handelt es sich in der Regel um eingetragene Vereine in freier Trägerschaft, die mit Landesmitteln gefördert werden. Als zivilgesellschaftliche Vertretung sowie Interessenvertretung der Suchthilfe auf Bundesebene nimmt auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) an den Sitzungen teil. Die DHS ist ebenfalls ein eingetragener Verein mit gemeinnützigen Zielen.

Etwa im Turnus von zwei Jahren organisiert eines der 16 vertretenen Länder im Kooperationskreis Suchtprävention eine von der BZgA geförderte Fachtagung zum Thema Qualitätssicherung in der Suchtprävention. Die zweitägige Fachkonferenz dient dem Austausch von Forschungs- und Praxiswissen durch Plenarvorträge und Workshops und hat zum Ziel, Fachkräfte vor Ort mit den aktuell in der Suchtprävention eingesetzten Instrumenten der Qualitätssicherung vertraut zu machen, sodass die praktische Nutzung dieser Instrumente auf regionaler und kommunaler Ebene gefördert wird. Zielgruppe der Fachtagung zur Qualitätssicherung sind daher vorrangig die den Landesstellen zugeordneten Fachkräfte der Suchtprävention aus den Kommunen.

Seit 1998 ist dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Amt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit Geschäftsstelle zugeordnet. Die Drogenbeauftragte leitet den Drogen- und Suchtrat, der die strategischen Grundlagen der aktuellen Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung mitentwickelt. Dem Gremium gehören Vertreterinnen und Vertreter aus Bundes- und Landesverwaltungen, den kommunalen Spitzenverbänden sowie weitere von der Drogenbeauftragten bestellte Mitglieder an. In der aktuellen Legislaturperiode befassen sich zwei Arbeitsgruppen des Drogen- und Suchrates mit den Themenfeldern „Prävention des pathologischen Internetgebrauchs“ sowie „Teilhabe Suchtkranker am Arbeitsplatz“. Die Drogenbeauftragte veröffentlicht einen jährlich erscheinenden „Drogen- und Suchtbericht“, in dem sie über aktuelle Entwicklungen und Projekte informiert.

In den Bundesländern und in den Kommunen existieren eine Reihe weiterer Strukturen für die fachliche Zusammenarbeit zwischen Ministerien, Kommunen, Verbänden und Vereinen im Bereich Suchtprävention. Damit wird dem Subsidiaritätsprinzip Rechnung getragen und eine breite Streuung präventiver Maßnahmen auf allen föderalen Ebenen gewährleistet. Auf allen Ebenen findet darüber hinaus auch internationale Zusammenarbeit statt, vorwiegend in Gestalt von Projekten innerhalb der Europäischen Union.

1.2 Präventionsmaßnahmen (T.1.2)

1.2.1 Verhältnisprävention (T1.2.1)

Individuelle Konsumententscheidungen werden durch sozial-ökologische Faktoren beeinflusst. Verhältnispräventive Interventionen zielen darauf ab, diese kulturellen, sozialen, physischen und ökonomischen Bedingungen zu verändern. Durch Beschränkung der Verfügbarkeit von Konsumgelegenheiten soll Einfluss auf das Konsumverhalten der oder des Einzelnen genommen werden.

Definitionsgemäß handelt es sich bei der Unterstellung von Substanzen unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) im weitesten Sinne um eine verhältnispräventive Maßnahme, da es dem Zweck der Norm entspricht, die Verfügbarkeit der in den Anlagen aufgeführten Substanzen zu kontrollieren.

Mit der Androhung von Strafe für Handel und Erwerb der in Anlage I zum BtMG aufgeführten Stoffe („illegale Drogen“) sind die Handlungsmöglichkeiten für verhältnispräventive Interventionen weitgehend ausgeschöpft, sodass Maßnahmen wie Steuererhöhungen, Alterskontrollen oder Werbeverbote hier nicht greifen.

Das Bundesverfassungsgericht entschied 1994, dass die Unterstellung von Cannabisprodukten unter das BtMG nicht grundsätzlich gegen das Verfassungsprinzip der Verhältnismäßigkeit verstößt, weil es durch das Absehen von Strafe (§ 29 Abs. 5 BtMG) und Strafverfolgung (§§ 153 ff StPO, § 31a BtMG) ermöglicht, einer geringen Schuld Rechnung zu tragen. In diesen Fällen sei von einer Verfolgung grundsätzlich abzusehen. Mittlerweile haben fast alle Bundesländer entsprechende Richtlinien zur Anwendung des § 31a BtMG erlassen, bzw. entspricht die Einstellung oder eine Einstellung unter Auflagen der gängigen Rechtspraxis. Aktuell existieren Grenzwerte von 5-15 g in den Ländern. In den meisten Bundesländern handelt es sich dabei um „Kann“-Bestimmungen, während in manchen Bundesländern das Verfahren grundsätzlich eingestellt werden muss. Einzelne Bundesländer haben neben Cannabis auch bei anderen Betäubungsmitteln entsprechende Ausführungsbestimmungen und Grenzwerte erlassen für die Einstellung der Strafverfolgung nach §31a BtMG.

Tabelle 1 Einstellung ohne Auflage gemäß §§ 153, 153b und c, 154 Abs.1 und 154b bis f StPO, 45 Abs.1 und 2 JGG, 31a Abs. 1 BtMG

Bundesland	Anteil (%)
Baden-Württemberg	34,3
Bayern	27,9
Berlin	60,6
Brandenburg	35,5
Bremen	46,9
Hamburg	56,0
Hessen	51,1
Mecklenburg-Vorpommern	31,2
Niedersachsen	37,1
Nordrhein-Westfalen	35,1
Rheinland-Pfalz	27,6
Saarland	38,5
Sachsen	27,7
Sachsen-Anhalt	26,3
Schleswig-Holstein	62,5
Thüringen	23,4

Destatis 2015.

Illegale Drogen im Straßenverkehr

Bei den Substanzen, die dem BtMG unterstellt sind, nimmt das Straßenverkehrsrecht für die Verhältnisprävention eine besondere Stellung ein durch die Sanktion des Fahrverbots und den verwaltungsrechtlichen Entzug der Fahrerlaubnis.

Nach § 24a Abs. 2 Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer unter der Wirkung von „berauschenden Mitteln“ ein Fahrzeug führt. Bei der Vorschrift handelt es sich um ein abstraktes Gefährdungsdelikt mit konkretem Bezug (in Abgrenzung von einem Verletzungsdelikt). Bestraft wird eine Handlung, die dem Gesetzgeber allgemein gefährlich erscheint und eine Gefährdung für ein konkretes individuelles Rechtsgut darstellt, ohne dies tatsächlich zu verletzen (hier: die körperliche Unversehrtheit anderer Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer). „Berauschede Mittel“ im Sinne der Norm sind die in Anlage 4 aufgeführten Substanzen Cannabis, Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamin, MDE, MDMA und Methamphetamin. Fahrten unter der Wirkung anderer berauscheder Mittel erfüllen den Tatbestand nicht (BayObLG NZV 2004, 5; DAR 2004, 457).

Für den Nachweis der Wirkstoffe existieren Empfehlungen einer die Bundesregierung beratenden fachübergreifenden Arbeitsgruppe, die aus Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin und der Gesellschaft für Forensische und Toxikologische Chemie besteht. Bei Cannabis sah diese „Grenzwertkommission“ ursprünglich die Nachweisbarkeitsgrenze bei 1 ng Tetrahydrocannabinol (THC)/ml Blutserum. Im September 2015 ergänzte die Grenzwertkommission ihre Empfehlung dahingehend, dass ab 3 ng THC/ml Blutserum von einer mangelnden Fähigkeit der Trennung zwischen Konsum und dem Führen eines Fahrzeugs („Trennungsvermögen“) und regelmäßigem Konsum auszugehen sei.

Während der Eigenverbrauch von Cannabis bei Geringfügigkeit der Schuld im Regelfall nicht mehr strafrechtlich (BtMG) sanktioniert wird, sind die möglichen verwaltungsrechtlichen Konsequenzen des Konsums von Cannabis durch den Erlass der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) im Jahr 1999 verschärft worden. Während das Straßenverkehrsgesetz (StVG) die Teilnahme am Straßenverkehr unter der Wirkung berauscheder Mittel mit Bußgeld und Fahrverbot sanktioniert, handelt es sich beim Fahrerlaubnisrecht um Gefahrenabwehrrecht. Ziel der Gefahrenabwehr ist nicht die Sanktion, sondern die Verhinderung der Teilnahme (potentiell) gefährlicher Führerscheininhaberinnen oder -inhaber am Straßenverkehr. Bei anderen illegalen Drogen als Cannabis schließen Fahrerlaubnisbehörden und Gerichte grundsätzlich auf fehlende Fahreignung. Dabei muss die Fahrerlaubnisbehörde nicht den Nachweis erbringen, dass ein Fahrzeug unter der Wirkung eines Betäubungsmittels geführt wurde.

Bei Cannabis geht die FeV davon aus, dass bei Abhängigkeit, Missbrauch und regelmäßigem Konsum keine Fahreignung vorliegt. Liegt eine weitere Tatsache vor, die

Zweifel an der Fahreignung begründet, kann bereits bei gelegentlichem Konsum ebenfalls die Fahrerlaubnis entzogen werden. Zu den zweifelsbegründenden Tatsachen zählt z. B. eine fehlende Trennung zwischen Konsum und Verkehrsteilnahme. Von fehlendem Trennungsvermögen gehen deutsche Gerichte weiterhin in der Regel aus bei einer nachgewiesenen THC-Konzentration im Blutserum von 1 ng/ml (VG Gelsenkirchen, AZ 9 K 1253/15).

Bei Verdacht auf regelmäßigen Konsum oder gelegentlichen Konsum von Cannabis mit einer weiteren zweifelsbegründenden Tatsache, z. B. Verkehrsbezogenheit, kann ein ärztliches Gutachten angeordnet werden. Bei anderen Betäubungsmitteln sind schon Anhaltspunkte für einmaligen Konsum ausreichend für die Anordnung eines ärztlichen Gutachtens.

Die vom Kraftfahrtbundesamt (KBA) veröffentlichten Zahlen (KBA 2016) differenzieren nicht nach den Gründen von Entziehungen, sondern umfassen die Gesamtheit aller Entziehungen. In den Statistischen Mitteilungen des KBA für das Jahr 2015 wird ausgeführt: „Im Jahr 2015 machte diese Sanktion (sic!) rund 17 Prozent aller Maßnahmen aus“ (KBA 2016). Es wird jedoch differenziert zwischen gerichtlichen Entziehungen nach § 69 StGB wegen rechtswidriger Taten im Straßenverkehr und Entziehungen als verwaltungsrechtliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr. Von den insgesamt 95.962 Entziehungen wurden demnach 58 % von Gerichten verhängt und die verbleibenden 42 % von Fahrerlaubnisbehörden.

Bei gerichtlichen Entzügen machten Straftaten in Verbindung mit Alkohol 85 % der Fälle aus und 16 % der Fälle standen im Zusammenhang mit Unfallflucht. Betroffene gerichtlicher Entziehungen gehörten zu zwei Dritteln der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen an und waren zu 81 % Männer. Zu 92 % wurde eine Sperrfrist von einem Jahr ausgesprochen. Entzüge durch die Fahrerlaubnisbehörden erfolgten „in etwa der Hälfte der Entscheidungen aufgrund der Neigung zu Trunk-, Arzneimittel- oder Rauschgiftsucht“ (KBA 2016). Nur zu 13 % führte das Erreichen der maximalen Punktzahl im Fahreignungsregister zum Entzug (Männeranteil: 94 %). Wie sich aus der nachstehenden Grafik ergibt, lässt sich im Zeitraum 2004 bis 2015 eine statistisch signifikante Erhöhung des Anteils verwaltungsrechtlicher Entziehungen verzeichnen¹. Die durchschnittliche jährliche prozentuale Änderung (AAPC) betrug 4,2 %. Der Anteil verwaltungsrechtlicher Entziehungen betrug im Jahr 2004 noch

¹ Zur Methodologie der Trendanalyse siehe Kim, H.J., Fay, M.P., Feuer, E.J. & Midthune, D.N. (2000) Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Statistics in medicine **19** (3) 335-351; National Cancer Institute (2016). Joinpoint Regression Program (Version 4.3.1.0). Statistical Methodology and Applications Branch. Surveillance Research Program. Rockville/Maryland, USA.

29 %, steigerte sich dann signifikant um jährlich 5,5 % bis zum Jahr 2011 und erreichte das aktuelle Niveau von 42 % durch jährliche Zunahmen des Anteils um 1,9 % zwischen 2011 und 2015.

Die Zahlen des KBA gestatten zwar keine dezidierten Rückschlüsse zur Bedeutung verwaltungsrechtlicher Entziehungen bei gelegentlichem Cannabiskonsum ohne Verkehrsbezug, belegen aber, dass insgesamt eine statistisch signifikante Bedeutungsverlagerung vom Strafrecht auf das Verwaltungsrecht bei Entziehungen stattgefunden hat.

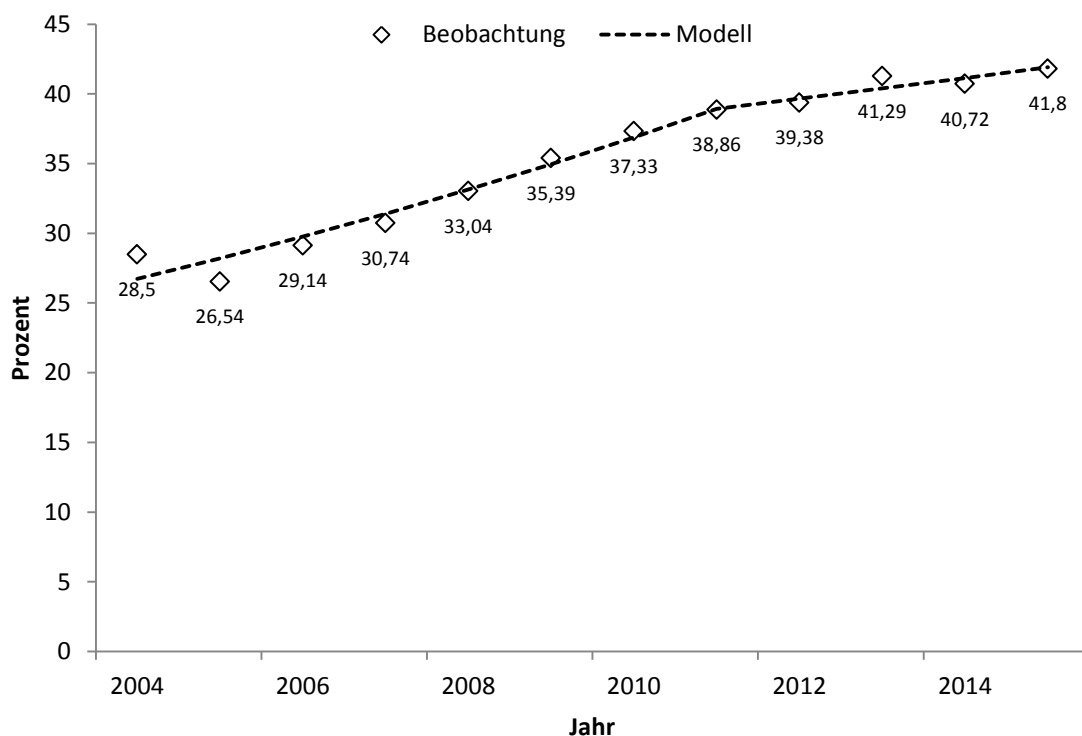


Abbildung 1 Anteil verwaltungsrechtlicher Entziehungen der Fahrerlaubnis an allen Entziehungen nach §§ 2a, 3 und 4 StVG in Verbindung mit § 46 FeV

Da Verhältnisprävention, abgesehen von den dargestellten Aspekten, vor allem bei legalen Drogen von Bedeutung ist, werden im Folgenden die entsprechenden Regelungen zum Konsum von Alkohol und Tabak dargestellt.

Gesetzliche Regelungen zum Alkoholkonsum

Durch schädlichen Alkoholkonsum entstehen in Deutschland jährlich geschätzte direkte Kosten in Höhe von insgesamt 7,39 Mrd. Euro und indirekte Kosten in Höhe von 16,7 Mrd. Euro (Adams & Effertz 2011). Bei den indirekten Kosten ist der größte Ressourcenverlust

zurückzuführen auf die vorzeitige Mortalität der jährlich 50.000 an alkoholbezogenen Krankheiten Versterbenden (Adams & Effertz 2011). Altersgruppenspezifische Auswertungen zu Mortalität und Morbidität weisen auf einen Schwerpunkt bei Konsumentinnen und Konsumenten im mittleren Lebensalter hin (Bergmann & Horch 2002). Wirksame Instrumente der Prävention lassen sich in dieser Zielgruppe demnach besonders effizient einsetzen.

Jugendschutzgesetz (JuSchG)

Das Jugendschutzgesetz² befasst sich mit dem Thema „Alkohol“ in § 9 „Alkoholische Getränke“. Die Abgabe von jeder Art Alkohol an unter 16-Jährige ist in Deutschland verboten. Spirituosen dürfen laut Gesetz erst ab einem Alter von 18 Jahren gekauft werden. Ausnahmsweise erlaubt ist die Abgabe und Verzehr anderer alkoholischer Getränke (z. B. Wein, Bier und Ähnliches), wenn der Jugendliche in Begleitung einer personensorgeberechtigten Person (Eltern/Vormund) ist (§ 9 Abs. 2 JuSchG).

Mit dem Gesetz über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen (AlkopopStG) ist bei gewerbsmäßiger Abgabe von alkoholhaltigen Süßgetränken der Hinweis "Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz" zwingend erforderlich.

Alkoholausschank

Der Ausschank alkoholischer Getränke wird in den Gaststättengesetzen der Länder geregelt. Ist der Ausschank alkoholischer Getränke gestattet, so sind auf Verlangen auch alkoholfreie Getränke zum Verzehr anzubieten, unabhängig von einer Bestellung alkoholischer Getränke. Mindestens ein alkoholfreies Getränk ist nicht teurer anzubieten als das billigste alkoholische Getränk in gleicher Menge. Zudem ist der Ausschank alkoholischer Getränke an erkennbar Betrunkene verboten.

Alkoholsteuer

„Die Besteuerung alkoholischer Getränke in Deutschland wird nach der Getränkeart unterschieden“ (Gaertner 2016). Spirituosen und Schaumwein werden mit 13,03 € und 13,60 € je Liter Reinalkohol, Biere mit durchschnittlich 1,97 € und Alkopops mit 55,50 € je Liter Reinalkohol besteuert. Wein unterliegt keiner Besteuerung.

² Das Jugendschutzgesetz dient dem Schutz von Kindern und Jugendlichen in der Öffentlichkeit. Im Sinne dieses Gesetzes sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind. Jugendliche sind Personen im Alter von 14 bis 18 Jahre.

Gaertner et. al. (2016) fordern eine einheitliche Besteuerung von alkoholhaltigen Getränken auf Grundlage der enthaltenen Alkoholmenge sowie eine Angleichung der Alkoholsteuer in Deutschland an den Durchschnitt der Europäischen Union (EU) (Anhebung), nicht zuletzt um die gesundheitspolitischen Potentiale der Alkoholsteuer zu nutzen. Die Einnahmen aus Alkoholsteuern in Deutschland im Jahr 2015 betragen 3,2 Mrd. und blieben damit nahezu unverändert im Vergleich zum Vorjahr.

Alkohol im Straßenverkehr

Gesetzliche Bestimmungen zu Alkohol im Straßenverkehr finden sich im Straßenverkehrsgesetz (StVG), in der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) und im Strafgesetzbuch (StGB).

Im Unterschied zu Cannabis existieren bei Alkohol Grenzwerte, die nach Fahrerfahrung unterscheiden (Fahranfängerinnen und Fahranfänger, erfahrene Fahrerinnen und Fahrer). Für Fahranfängerinnen und Fahrer beim Führen von Fahrzeugen gilt während der zweijährigen Probezeit ein Alkoholverbot. Bei erfahrenen Fahrerinnen und Fahrern wird das Führen von Fahrzeugen bis zu einer Obergrenze von 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut toleriert. Kommt es jedoch mit weniger als 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut der Fahrerinnen oder des Fahrers zu einem Unfall, so liegt eine Straftat nach Strafgesetzbuch (StGB) vor. Außerdem droht ein Fahrverbot oder der Entzug der Fahrerlaubnis. Beim Fahrverbot handelt es sich um eine Sanktion, während der Entzug der Fahrerlaubnis eine Maßnahme der Gefahrenabwehr darstellt. Bei Anzeichen von Fahrunsicherheit ist ein Alkoholgehalt im Blut ab 0,3 Promille strafbar.

Ein Alkoholgehalt im Blut ab 0,5 Promille kann als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße und einem Fahrverbot geahndet werden oder verwaltungsrechtlich zum Entzug der Fahrerlaubnis führen. Sofern Ausfallerscheinungen bestehen, kann das Führen eines Fahrzeugs bereits bei einem Blutalkohol (BAK) von 0,3 Promille als Ordnungswidrigkeit bestraft werden („relative Fahruntüchtigkeit“).

Mit einem Alkoholgehalt im Blut ab 1,1 Promille („absolute Fahruntüchtigkeit“) macht sich die Fahrzeugführerin oder der Fahrzeugführer strafbar, wenn keine oder Anzeichen von Fahrunsicherheit vorliegen oder wenn es zu einem Verkehrsunfall kommt. Als Sanktionen sind Geld- oder Freiheitsstrafen (bis zu 5 Jahre) vorgesehen und ein Fahrverbot kann erteilt werden. Als Maßnahme zur Gefahrenabwehr kann die Fahrerlaubnis entzogen werden. Für die Neuerteilung wird ab 1,6 Promille eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) angeordnet, in manchen Bundesländern bereits ab 1,1 Promille BAK: Bei Schädigung Dritter bestehen zivilrechtliche Ansprüche der Unfallopfer (Schadenersatz/Schmerzensgeld).

Auch bei Radfahrerinnen und Radfahrern kann bei einem festgestellten BAK von 1,6 Promille der Entzug der Fahrerlaubnis und eine MPU zur (Wieder-)Erteilung von der

Führerscheinstelle angeordnet werden. Die Fahrerlaubnis kann im Einzelfall selbst einer alkoholisierten Fußgängerin oder einem alkoholisierten Fußgänger, welche oder welcher einen Unfall verursacht hat, von der Fahrerlaubnisbehörde entzogen werden.

Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit

Regelungen zum Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit werden von den Bundesländern getroffen. So hat beispielsweise der Stadtstaat Hamburg als erste deutsche Großstadt im September 2011 beschlossen, dass Alkoholkonsum in allen öffentlichen Verkehrsmitteln des Stadtgebietes verboten ist. Fahrgästen in allen U- und S-Bahnen des Hamburger Verkehrsverbundes (HVV) und an den Haltestellen ist es weder erlaubt, Alkohol zu trinken noch geöffnete Flaschen bei sich zu tragen. Damit sollen Alkoholexzesse und Gewalt verhindert werden. Zudem wird in Hamburg geprüft, ob es möglich ist, Alkoholkonsum an bestimmten Orten und zu festgelegten Zeiten zu verbieten. In Baden-Württemberg gilt seit dem 1. Januar 2010 ein nächtliches Verkaufsverbot (zwischen 22 und 5 Uhr) von Alkohol an Tankstellen, Kiosken und Supermärkten.

Ob ein nächtliches Verkaufsverbot von Alkohol an Tankstellen und Kiosken präventiv sinnvoll ist, wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Das Jugendschutzgesetz regelt bereits das Abgabeverbot von alkoholhaltigen Getränken an Kinder und Jugendliche. Immer wieder werden Forderungen laut, dass die Einhaltung der bestehenden Jugendschutzbestimmungen stärker kontrolliert werden muss, bevor restriktivere Maßnahmen zur Alkoholabgabe umgesetzt werden. Gezielte Aufklärungskampagnen und die Stärkung der Vorbildfunktion von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol werden ebenfalls als effektive Strategie zur Reduzierung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen in Deutschland angesehen.

Gesetzliche Regelungen zu Tabakkonsum

Tabakkonsum stellt in Deutschland die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Um das Rauchen in möglichst allen Bevölkerungsgruppen einzudämmen, wird auf einen Mix aus strukturellen bzw. rechtlichen Maßnahmen sowie Aufklärungs- und Unterstützungsangeboten gesetzt. Die Zahl der Todesfälle durch Folgen des Tabakkonsums wird auf 110.000 jährlich geschätzt (Effertz 2015). Die direkten tabakbedingten Kosten für das Gesundheitssystem wurden im Zeitraum 2008 bis 2012 auf 25,41 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt (Effertz 2015).

Als Beispiele struktureller Maßnahmen mit dem Ziel, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Rauchens zu ändern, können z. B. Tabaksteuererhöhungen, Rauchverbote, Abgabeverbote von Tabakwaren an Jugendliche unter 18 Jahren oder die Erschwerung des Zugangs zu Zigarettensautomaten für Jugendliche genannt werden.

Deutschland ratifizierte das im Jahr 2005 in Kraft getretene Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (FCTC) der WHO und verpflichtete sich damit verbindlich zu bestimmten Maßnahmen der Tabakkontrolle³.

Schutz vor Passivrauchen

Durch die 2004 erlassene Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) und das Mutterschutzgesetz (MuSchuG) sind Arbeitgeber verpflichtet, die nichtrauchenden Arbeitnehmer grundsätzlich vor den Gefahren des Passivrauchens zu schützen. Zum 1. September 2007 ist außerdem in Deutschland das Bundesnichtraucherschutzgesetz (BNichtrSchG) in Kraft getreten. Damit haben Beschäftigte in Bundesbehörden und Fahrgäste im öffentlichen Personenverkehr einen gesetzlichen Anspruch auf Schutz vor dem Passivrauchen, was einem grundsätzlichen Rauchverbot entspricht. Weiterführende Regelungen werden von den Bundesländern in Gesetzen zum Nichtraucherinnen und Nichtraucherschutz geregelt⁴.

Jugendschutz

Das Jugendschutzgesetz (JuSchG)⁵ befasst sich mit dem Thema „Rauchen“ in § 10 „Rauchen in der Öffentlichkeit, Tabakwaren“. Nach dem JuSchG ist es nicht gestattet, Tabakwaren an Kinder oder Jugendliche abzugeben oder ihnen das Rauchen in Gaststätten, Verkaufsstellen oder in der Öffentlichkeit zu gestatten. Seit 2007 besteht das Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche unter 18 Jahren. Zudem wird geregelt, dass Tabakwaren nur dann in Automaten angeboten werden dürfen, wenn mit technischen Zugangsbeschränkungen sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche Tabakwaren nicht entnehmen können. Seit Mai 2016 wird die EU-Tabakrichtlinie umgesetzt. Im Zuge dieser Änderungen hat die Bundesregierung weitere Änderungen des Tabakerzeugnisgesetzes beschlossen. Danach dürfen E-Zigaretten und E-Shishas seit dem 1. April 2016 nicht mehr an Kinder und Jugendliche abgegeben werden.

³ <http://www.who.int/fctc/en/> [letzter Zugriff: 19.09.2016].

⁴ Eine gute Zusammenfassung über die Ländergesetze zum Nichtraucherschutz sowie weiterführende Links finden sich unter: <http://www.rauchfrei-info.de/informieren/gesetzliche-regelungen/laendergesetze-zum-nichtraucherschutz/> [letzter Zugriff: 19.09.2016].

⁵ Das Jugendschutzgesetz dient dem Schutz von Kindern und Jugendlichen in der Öffentlichkeit. Im Sinne dieses Gesetzes sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind. Jugendliche sind Personen im Alter von 14 bis 18 Jahre.

Tabaksteuer

Tabakwaren unterliegen in Deutschland der Tabak- und Mehrwertsteuer. Die Tabaksteuer ist in den letzten Jahren schrittweise angehoben worden. Ab 15. Februar 2016 beträgt sie 9,82 Cent pro Zigarette plus 21,69 Prozent des Kleinverkaufspreises⁶. Im Schnitt beträgt der Steueranteil (Tabak- und Mehrwertsteuer) knapp drei Viertel des Verkaufspreises einer Zigarette.⁷ Zigarren und Zigarillos sowie Feinschnitt und Pfeifentabak werden ebenfalls besteuert. Kau- und Schnupftabak sind von der Steuer ausgenommen, weil sie nicht zu den Rauchtakwaren zählen. Die Einnahmen aus Tabaksteuern in Deutschland im Jahr 2015 betrugen ca. 14,9 Mrd. €, was einem Anstieg um 4,5 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Tabakverkauf

Tabakprodukte sind in Deutschland unter Berücksichtigung des Jugendschutzgesetzes für Personen ab 18 Jahren frei verkäuflich und in Supermärkten, Kiosken und Tankstellen erhältlich. Die generelle Verfügbarkeit von Tabakprodukten ist durch die Abgabe über Zigarettenautomaten im öffentlichen Raum gesichert.

Werbung für Tabakprodukte

Bereits seit 1975 ist das Bewerben von Tabakprodukten im Hörfunk und Fernsehen verboten. Im Januar 2007 wurde die deutsche Gesetzgebung an die Tabakwerberichtlinie der EU (2003/33/EG) angepasst⁸. So ist seit Anfang 2007 Werbung für Tabakprodukte auch in Zeitungen, Zeitschriften, Magazinen und im Internet verboten. Ausgenommen sind Veröffentlichungen, die für Angestellte in der Tabakindustrie gedacht sowie Printmedien, die nicht für den EU-Markt bestimmt sind. Weiterhin erlaubt ist die Tabakwerbung im Kino, auf Plakaten und auf Gegenständen wie Feuerzeugen oder Aschenbechern. Das Sponsoring von Veranstaltungen, die auf mehrere EU-Mitgliedsstaaten ausgerichtet sind oder eine

⁶ Der Kleinverkaufspreis wird vom Hersteller festgelegt.

⁷ Der Kleinverkaufspreis eines Tabakprodukts kann je nach Hersteller bzw. Marke variieren, daher ist auch der jeweilige Steueranteil unterschiedlich.

⁸ Die Tabakrichtlinie der EU (2003/33/EG) sieht eine einheitliche Regelung von Tabakwerbung und -sponsoring für alle EU-Mitgliedsländer vor. Die Richtlinie ist online verfügbar unter:
http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/EU_Gesetze/EU_Richtlinie_Tabakwerbung_und_Sponsoring.pdf [letzter Zugriff: 30.08.2016].

sonstige grenzüberschreitende Wirkung haben (z. B. die Formel 1) ist ebenfalls verboten. Bei diesen Veranstaltungen dürfen auch keine kostenfreien Tabakerzeugnisse verteilt werden.

Aktuell befindet sich ein Verbot von Außenwerbung für Tabakprodukte, das 2020 in Kraft treten soll, in der parlamentarischen Beratung. Die geplante Regelung, unter die auch E-Zigaretten fallen sollten, soll Außenflächen betreffen und Ausnahmen für Fachgeschäfte und Verkaufsstellen umfassen. Außerdem soll das Werbeverbot auch Kinowerbung umfassen, sofern es sich um Filme handelt, die für Zuschauerinnen und Zuschauer unter 18 Jahren freigegeben sind.

1.2.2 Universelle Prävention (T1.2.2)

Universelle Präventionsaktivitäten bilden den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland. Unter universeller Prävention subsumieren sich Programme, Projekte und Aktivitäten, die sich an die allgemeine Bevölkerung oder einen Teil der allgemeinen Bevölkerung richten, die bzw. der ein niedriges oder durchschnittliches Risiko trägt, eine Sucht oder Abhängigkeit zu entwickeln. Präventive Aktivitäten und Hilfen erfolgen im Idealfall in der Alltags- und Lebenswelt ihrer Zielgruppen, dies gilt auch für universelle Präventionsmaßnahmen. Handlungsfelder universeller Prävention sind die Schule, der Arbeitsplatz, kommunale Einrichtungen oder Sportvereine, um nur ausgewählte Beispiele zu nennen (Springer & Phillips 2007).

Neben einer Differenzierung in verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen der universellen Prävention unterscheiden sich die Interventionen vor allem hinsichtlich ihrer Orientierung auf spezifische Substanzen, stoffungebundene bzw. Verhaltenssuchte sowie suchstoffübergreifende Projekte. Suchtstoffübergreifende Interventionen dienen vor allem der Vermittlung von Lebenskompetenzen oder der Bildung kritischer Einstellungen.

Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention

Als zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention gelten Evaluation, Vernetzung und Transfer guter Beispiele. Zur Gewährleistung eines strukturierten und systematischen Austauschs sind in den vergangenen Jahren Strukturen erfolgreich entwickelt und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen mit nahezu allen relevanten Akteuren in der Suchtprävention vereinbart worden. Dazu zählen z. B. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards, die Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Einsatz anerkannter Qualitätssicherungsinstrumente in der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind der BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention (ein Zusammenschluss zwischen den für Suchtprävention zuständigen Ländervertreterinnen und Ländervertretern und der BZgA) ebenso richtungweisend wie Veranstaltungen und Fachtagungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der BZgA, der Deutschen

Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Suchtfachgesellschaften sowie von vielen anderen Akteuren, und nicht zuletzt das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer. Im Auftrag der BZgA erstellte das Institut für Therapieforschung (IFT) eine Expertise zur Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen (Bühler & Thrul 2013). Die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* legt fest, dass Maßnahmen in der Prävention auf ihre Wirkung und Relevanz zu prüfen sind. „Dies gilt in besonderem Maße in Zeiten knapper Finanzen, um die vorhandenen Mittel zielgerichtet einzusetzen“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Zur Steigerung der Effektivität suchtpreventiver Maßnahmen ist außerdem eine stärkere Ausrichtung auf Risikogruppen vorgesehen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012).

Kindergarten

Das Programm „Papilio“ ist entwicklungspräventiv konzipiert und richtet sich gegen die Entwicklung von Sucht und Gewalt im späteren Kindes- und Jugendalter. Neben der Förderung sozioemotionaler Kompetenzen mindert Papilio Risikofaktoren beispielsweise durch die Vermittlung von Erziehungskompetenzen an Eltern (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2009). Bisherige Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Papilio-Maßnahmen dazu beitragen, prosoziales Verhalten zu erhöhen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindergartenkindern erheblich zu reduzieren (Barquero et al. 2005). Inzwischen sind in elf Bundesländern Erzieherinnen und Erzieher als Trainerinnen und Trainer ausgebildet worden. Bundesweit wurden bislang im Rahmen von Papilio 6.464 Erzieherinnen und Erzieher fortgebildet und rund 129.280 Kinder erreicht (Papilio e.V.).

Das Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. München setzt auf ursachenorientierte Prävention und fokussiert die Lebenswelt von Kindergartenkindern. Spielzeug ist darin häufig im Überfluss vorhanden, der Kauf von neuem Spielzeug wird zum Teil benutzt, um Frustrationen und unbefriedigte Bedürfnisse zu verdrängen. Im Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ geht es darum, den Kindern einen Spielraum für Phantasie und Kreativität und damit auch für Selbstbestätigung und Selbstbewusstsein zu schaffen. Das suchtpreventive Projekt setzt bei der Lebenskompetenzförderung an, indem es Fähigkeiten (sich verständlich machen, andere verstehen, Bedürfnisse wahrnehmen, Beziehungen aufbauen etc.) fördert und Erkenntnisse der Vorschulpädagogik nutzt: Kinder benötigen Spielräume, in denen sie Themenschwerpunkte selbst setzen, das Tempo selbst bestimmen und Spielpartnerinnen und -partner selbst aussuchen können. Der „Spielzeugfreie Kindergarten“ fördert diese Fähigkeiten, indem für einen Zeitraum von drei Monaten das Spielzeug und Materialien wie Papier und Stifte komplett entfernt werden. Die Kinder sind in diesen Entscheidungsprozess im Vorfeld aktiv eingebunden und entscheiden mit. Das Projekt richtet sich nicht gegen das Spielzeug, sondern will einen neuen Erfahrungsraum für die Kinder schaffen, sodass sie die eigenen Fähigkeiten und den eigenen Rhythmus besser wahrnehmen. Sie lernen so, sich

stärker auf Gruppenprozesse einzulassen, verschiedene Positionen in der Gruppe zu erproben und sich in anderen Rollen zu versuchen. Auch die Erzieherinnen und Erzieher bekommen im Projekt eine neue Rolle: Sie werden angeleitet, die Kinder bei der Nutzung des neuen Erfahrungsspielraums partnerschaftlich zu unterstützen. Die Eltern erhalten im Rahmen des Projektes die Möglichkeit zum Austausch.

Das Projekt „starKids“ setzt Suchtprävention und Gesundheitsförderung in niedersächsischen Kindertagesstätten um und setzt vor allem auf eine gezielte Kompetenzerweiterung der Erzieherinnen und Erzieher in Bezug auf Suchtprävention. Hierzu dient ein Arbeitskreis, den jeweils eine regionale Fachkraft für Suchtprävention initiiert und steuert. Die Kindertagesstätten einer Region können dann an diesem starKids -Arbeitskreis teilnehmen, der sich über einen Zeitraum von drei Jahren regelmäßig zusammenfindet. Gemeinsam mit der Fachkraft für Suchtprävention werden suchtpreventiv relevante Themen diskutiert und bearbeitet. Diese Themen fließen dann in die Arbeit mit den Kindern ein. Im dritten Jahr werden konkrete suchtpreventive Aktionen mit den Kindern umgesetzt: Über einen Zeitraum von sechs Monaten wird ein großes Spielzeug zusammengebaut und anschließend das vorhandene Spielzeug stark reduziert. Viele Themen der vorangegangenen zwei Jahre (Gefühle, Konflikte, Konsumverhalten, Frustrationstoleranz etc.) finden in dieser Aktion unmittelbaren Niederschlag. Durch die intensive Auseinandersetzung und Erarbeitung der suchtpreventiven Themen ist das starKids-Programm darauf ausgerichtet, auch über den Projektzeitraum hinaus nachhaltig in die Kindertagesstätten integriert zu werden.

Schule

Das Arbeitsfeld Schule ist für universelle Präventionsmaßnahmen besonders gut geeignet. Zum einen bietet die Schule den umfassendsten Zugang zur Hauptzielgruppe der universellen Präventionsmaßnahmen und zum anderen lassen sich präventive Maßnahmen sehr gut in die Unterrichtscurricula integrieren. Schule ist als Setting für stoffungebundene, substanzbezogene und substanzübergreifende Aktivitäten gleichermaßen gut geeignet.

Die Kultusministerkonferenz erließ 2012 eine "Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule" (KMK 2012). Darin heißt es: „Suchtprävention stellt ein besonders bedeutsames Thema von Gesundheitsförderung und Prävention dar. Es gilt, den Beginn von Suchtmittelkonsum und anderer suchtriskanter Verhaltensweisen zu verhindern sowie riskante Konsum- und Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren insbesondere durch frühzeitige Intervention und lebenskompetenzfördernden Maßnahmen.“ Durch Richtlinien und Lehrpläne machen die Kultusministerien der Länder Suchtprävention zum verbindlichen Thema des Unterrichts.

Im Setting Schule kommen sowohl innovative Programme wie „REBOUND“ zum Einsatz, als auch Programme, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich bundesweit umgesetzt werden.

wie „Unplugged“. Die genannten Programme setzen sich aus unterschiedlichen Maßnahmenbausteinen zusammen, die von der Förderung sozialer Kompetenzen über die Vermittlung von Informationen bis hin zur Motivierung, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen, reichen.

Seit 2015 unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit über die BZgA die Erhöhung der bundesweiten Reichweite des breit evaluierten Lebenskompetenzprogramms zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention „Programm Klasse2000“ in Grund- und Förderschulen. Das Programm begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse. Lehrkräfte erhalten evaluierte Unterrichtsmaterialien für 10-12 Klasse2000-Stunden pro Schuljahr. Ergänzend werden speziell geschulte Klasse2000-Gesundheitsförderer und -förderinnen eingesetzt. Die wichtigsten Themenbereiche im Unterrichtsgeschehen sind: „gesund essen und trinken“, „bewegen und entspannen“, „sich selbst mögen und Freunde haben“, „Probleme und Konflikte lösen“, „kritisch denken und Nein-Sagen können“. In den vergangenen Jahren konnten durchschnittlich jährlich ca. 3700 Grundschulklassen am Programm teilnehmen. Die Wirksamkeit des Programms Klasse2000 ist in mehreren Studien belegt worden.

Ungefähr jede zehnte Intervention an Schulen verfolgt den Ansatz der Peer-Education (Dokumentationssystem: Dot.sys). Peer-Education-Ansätze basieren auf der Annahme, dass Gleichaltrige (Peers) günstigere Voraussetzungen zur Initiierung von Lernprozessen schaffen können, als Lehr- oder Beratungsfachkräfte. Dies liegt unter anderem in der größeren sozialen Nähe Gleichaltriger, den gemeinsamen Sprachcodes und somit der größeren Authentizität begründet (Backes & Schönbach 2002). Jugendliche, die als Peers zum Einsatz kommen, werden geschult und befähigt, als Experten in Problemlagen zu unterstützen und die Problemlösungsfähigkeit bei der Zielgruppe (Schülerinnen und Schüler) zu fördern. Peers dienen somit als Präventionshelfer vor Ort, d. h. auch an jenen Orten, an denen legale und/oder illegale Drogen konsumiert werden. Im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen in der Cannabisprävention ist der Einsatz von Peers erfolgsversprechender als die Vermittlung durch Lehrkräfte (Bühler & Thurl 2013).

Die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen in der Grundschule ist intensiv untersucht worden. Vor allem Maßnahmen, die auf dem psychosozialen Ansatz aufbauen und verhaltensmodifikatorische Interventionen sind erfolgsversprechend, in aller Regel unter der Voraussetzung, dass sie durch Komponenten in außerschulischen Settings ergänzt werden, (Bühler & Thurl 2013). Ein früher Einstieg in den Konsum legaler Suchtmittel wirkt sich negativ auf die psychosoziale Entwicklung aus, weshalb der Einsatz suchtpreventiver Maßnahmen in der Grundschule besonders sinnvoll erscheint. Zudem lässt sich mit dem frühen Einstieg in den Konsum legaler Drogen ein späterer Konsum illegaler Drogen prognostizieren (Brook et. al. 2002; Hanna et. al. 2001; Maruska et. al. 2011; McGue et. al. 2001).

Ein Beispiel für die Nachhaltigkeit verhaltensmodifikatorischer Maßnahmen in der Grundschule ist das bereits 1969 von einem Lehrer in den USA entwickelte „Good Behavior Game“ (Barrish et al. 1969). Zielgruppe der auf lerntheoretischen Prinzipien beruhenden Intervention sind Schülerinnen und Schüler verschiedener Altersgruppen in Grund- und Förderschulen. Im ersten Schritt werden Regeln für die gelingende Zusammenarbeit und inadäquate Verhaltensweisen („Fouls“) gemeinsam festgelegt. Für die Fouls werden später Punkte vergeben. Die Gruppe, die nach der Spielzeit, am wenigsten Punkte gesammelt hat, erhält eine Belohnung. In den ersten Wochen geschieht dies unmittelbar nach der Spielzeit, später zeitverzögert. Das Spiel wurde in mehr als 20 sehr unterschiedlichen Studien mit sehr guten Ergebnissen evaluiert (Kellam et al. 2008; Kellam et al. 1994; Hillenbrand & Pütz 2008). In einer US-amerikanischen Stichprobe junger Erwachsener, die in der ersten Klasse am Spiel teilgenommen hatten, konnten weniger Abhängigkeitsstörungen im Vergleich zur Kontrollgruppe gefunden werden, bei den männlichen Studienteilnehmern war dieser Unterschied signifikant. Der größte Effekt wurde bei Jungen gefunden, die als Erstklässler als „hoch-aggressiv, störend“ eingestuft wurden. In Deutschland wurde das Programm erstmals 2007 in 23 Grundschulen in Köln und Umgebung eingesetzt und evaluiert (Hillenbrand & Pütz 2008). Angepasst an die deutsche Schulkultur wird es seither als „KlasseKinderSpiel“ durchgeführt.

An die Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren richtet sich das Konzept „REBOUND – meine Entscheidung“, das am Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit der Mentor Stiftung Deutschland entwickelt wurde⁹. Die Entwicklungs- und Studienphase (2010-2012) wurde von der Generaldirektion Justiz der Europäischen Union gefördert und mit einem Netzwerk von Schulen (8. bis 10. Klasse) aus der Metropolregion Rhein-Neckar umgesetzt. Die Fortführung der Maßnahme als Regelangebot wird durch Förderer aus Wirtschaft, Wissenschaft und von privater Hand gewährleistet. Seit 2013 kann jede Schule teilnehmen, die mindestens vier Lehrkörper dafür freistellt. Außerdem kann REBOUND von Angehörigen sozialer Berufe unterrichtet werden, die an der 16-stündigen Weiterbildung teilnehmen. REBOUND ist ein medienbasierter Ansatz, in dessen Mittelpunkt eine aktivierende Filmpädagogik steht. Mit Kurzfilmen soll die Wahrnehmung trainiert und durch einen lebendigen Austausch in der Gruppe sowie andere Selbst- und Fremdeinschätzungsmethoden gefördert werden. Mit Kartensets werden bspw. Rollen im Klassenzimmer ausprobiert und Empathie eingeübt. Peers waren an der Entwicklung des Unterrichtsmaterials beteiligt und wirken als externe Unterrichtsbesucherinnen und Unterrichtsbesucher („Schülerinnen- und Schüler-Mentoren“) auch an der Vermittlung von Inhalten mit. Die Schülerinnen- und Schüler-Mentoren begleiten das Programm über zwölf

⁹ <http://my-rebound.de> [letzter Zugriff: 19.09.2016].

Monate. Voraussetzung ist der Abschluss einer Grundausbildung, für die von der „Jungen Universität Heidelberg“ das Zertifikat „Unterrichtsbesucherin“ oder „Unterrichtsbesucher“ oder „Kursassistentin“ oder „Kursassistent“ verliehen wird (abhängig vom Umfang der Unterrichtseinheiten). Ein wichtiges erfahrungsorientiertes Element ist die Gestaltung eines eigenen Kurzfilms. Optional wird außerdem ein stundenbegleitendes eLearning angeboten. In der Erprobungsphase beteiligten sich fünf Schulen (723 Schülerinnen und Schüler, 60 Schulklassen) an einer kontrollierten Wirksamkeitsstudie (Kröninger-Jungaberle et al. 2015). In der Interventionsgruppe sank die Inzidenz von Trunkenheitserfahrungen. Allerdings verringerte sich auch die Risikowahrnehmung bei Cannabis und Tabak. Die Autoren mutmaßen, dass es sich im Falle von Cannabis um eine realistischere Einschätzung handeln könne. Furchtappelle könnten eine unrealistisch hohe Risikowahrnehmung erzielen. Im Unterschied dazu habe die Intervention womöglich dazu beigetragen, dass es nicht zu einer Trivialisierung des Risikos kam („switching risks“) bei Kontakt mit Konsumierenden oder Eigenkonsum.

Erkenntnisse aus der Wirksamkeitsforschung werden auch im Unterrichtsprogramm „Unplugged“, das sich an Jugendliche in Sekundarschulen zwischen 11 und 14 Jahren richtet, umgesetzt. Ziel der Maßnahme, die auf dem *Konzept des umfassenden sozialen Einflusses (Comprehensive Social Influence)* basiert, ist die Prävention des Konsums und Missbrauchs legaler und illegaler Substanzen. Ansatzpunkte bilden die Korrektur normativer Überzeugungen und die Förderung von Lebenskompetenzen. Auf diesem Wege soll die Verringerung von Erstkontakten mit psychoaktiven Substanzen sowie das Hinauszögern des Übergangs von experimentellem zu regelmäßigem Substanzkonsum erreicht werden. Ergänzend werden Elternabende abgehalten, um die schulische Präventionsmaßnahme auch außerhalb ihres Settings zu unterstützen.

„Unplugged“ ist umfassend in mehreren europäischen Ländern in randomisiert-kontrollierten Studien mit großen Stichproben evaluiert und verfügt über eine erwiesene Effizienz zur Prävention des regelmäßigen Konsums legaler und illegaler Substanzen (Faggiano et al. 2007; Faggiano et al. 2010; Faggiano et al. 2008). Ein Rückgang des regelmäßigen Cannabiskonsums ist in erster Linie auf Änderungen der normativen Einstellungen zu illegalen Drogen im Allgemeinen und zu Cannabis im Besonderen sowie auf eine Anpassung der Wirksamkeitserwartungen zurückzuführen (Faggiano et al. 2010). Das aus zwölf Unterrichtseinheiten bestehende Programm, das von speziell geschulten Lehrkräften durchgeführt wird, wurde ursprünglich im Rahmen des Projekts EU-DAP (European Drug Prevention Trial) entwickelt.

Universität

Prävention von riskantem Substanzkonsum bei Studierenden

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojektes „Prävention von riskantem Substanzkonsum bei Studierenden“ (PräviS) wird eine Online-Intervention in Form eines Internetportals konzipiert, bereitgestellt und evaluiert. Ziel ist es, Informations- und Beratungsangebote zu Substanzmissbrauch und studienbedingten Problemen für Studierende zielgruppenspezifisch aufzubereiten und zu bündeln. Dabei reicht das Themenspektrum vom riskanten Umgang mit Alkohol, Tabak, Cannabis, Partydrogen oder Medikamenten und der problematischen Nutzung von Online-Angeboten, Computer- und Glücksspielen bis hin zum Erleben von Schreibblockaden oder Prüfungsängsten im Studium. Bereits etablierte und evaluierte Inhalte und Programme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden eingebunden, z. B. die Website www.drugcom.de (letzter Zugriff: 30.09.2016). Neu entwickelt wurde in diesem Zusammenhang das Trainingsprogramm „Troubleshooter“ zur Bearbeitung studienbezogener Belastungserfahrungen. Auch hier werden Selbsttests, Informationsangebote sowie interaktive Beratungsangebote verknüpft. Zum Modellvorhaben gehört darüber hinaus die Erprobung unterschiedlicher Zugänge zur internetbasierten Intervention und die Evaluation einzelner Komponenten mithilfe quantitativer und qualitativer Daten.

„Internetbasierte Soziale Normen Intervention zur Prävention von Substanzkonsum von Studierenden“ (INSIST)

„INSIST“ ist eine multizentrische cluster-randomisierte Interventionsstudie, die an acht Hochschulen in Deutschland durchgeführt wird. Die Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Hauptziel der Studie ist es, eine „Soziale Normen-Intervention“ zu entwickeln, die den Substanzkonsum von Studierenden reduzieren soll. Die Intervention soll auf ihre Effektivität hin untersucht werden.

„Soziale Normen-Interventionen“ werden in den USA bereits flächendeckend zur Prävention von Risikoverhaltensweisen, wie Substanzkonsum, eingesetzt. In Deutschland sind sie noch relativ unbekannt. Sie basieren auf den Ergebnissen von wissenschaftlichen Studien, die zeigen, dass Studierende häufig den Substanzkonsum von Gleichaltrigen (engl. Peers) überschätzen. Diese Fehleinschätzungen können zu einem erhöhten persönlichen Konsum führen. Der Ansatz, die Fehleinschätzungen hinsichtlich des Substanzkonsums ihrer Peers mittels eines Feedbacks zu korrigieren, hat sich in den USA bereits als Erfolg versprechende Suchtpräventionsstrategie erwiesen. In Deutschland soll mit INSIST dieser Ansatz hinsichtlich seiner Machbarkeit und Effektivität erstmalig an einer größeren Studierendengruppe beforscht werden.

eCHUG-D – Online-Prävention substanzbezogener Störungen bei Studierenden

Das Projekt strebt die deutsche Adaptation des an der State University of San Diego entwickelten Online-Präventionsprogramms „eCHECKUP to GO“ an. Die Adaptation erfolgt unter Einbezug studentischer Fokusgruppen und in enger Abstimmung mit der amerikanischen Arbeitsgruppe. Nach der erfolgreichen Adaptation des Programms erfolgt die Überprüfung der Interventionseffekte mittels einer randomisierten kontrollierten Studie. Zur weiteren Begleitung von Studierenden, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, wird ein von geschulten Peers moderiertes Online-Forum eingerichtet.

Beispiele aus den Ländern

Der „10 Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums“ (Landespräventionsrat Sachsen 2016) sieht vor, dass an allen weiterführenden Schulen im Bundesland Sachsen eine kompetente Ansprechperson zum Thema „Crystal für Rat und Hilfe suchende Lehrkräfte, Eltern und Schülerinnen und Schüler zur Verfügung steht. Die Schulleitungen informieren über Schulkonferenzen auch die Eltern- und Schülervertretung über die Crystal-Thematik sowie bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Wissenstransfer und Sensibilisierung erfolgt über Fortbildungen und Konferenzen für Schulen, Universitäten, Ausbildungsbetriebe in Handwerk, Landwirtschaft und Industrie sowie für Eltern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger, Polizistinnen und Polizisten als konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Schulen werden gezielt und fundiert über Hintergründe, Merkmale, Gefahren und Auswirkungen des Crystal-Konsums sowie über Hilfsangebote informiert. Bspw. wird in Ergänzung bereits vorhandener Fortbildungsangebote zum Thema Suchtgefahren im Rahmen der regionalen Fortbildung eine Veranstaltung insbesondere – aber nicht nur – für Beratungslehrkräfte weiterführender Schulen durchgeführt. Die Inhalte werden von Suchtexpertinnen und Suchtexperten und den drei Ministerien für Kultus (SMK), Soziales und Verbraucherschutz (SMS) und des Innern (SMI) in Anlehnung an bereits durchgeführte Maßnahmen des Sozialministeriums konzipiert.

Das Anfang 2014 eröffnete „Lebenskompetenzportal“ für sächsische Schulen mit dem Themenfeld Suchtprävention, in dem bereits die Sucht- und Drogenproblematik zu Crystal enthalten ist, wird kontinuierlich um Fachinformationen, Materialien und Links zum Thema ausgebaut. Die regionale Suchtprävention und -hilfe soll besser verknüpft werden. Neben den Kommunalverwaltungen betrifft dies alle weiteren relevanten Akteure. Auch der Landesschülerinnen und Schülerrat und der Landeselternrat werden auf geeignetem Weg kontinuierlich über Gefahren des Drogen-Konsums – insbesondere zu Crystal – und über bestehende Hilfsangebote des Freistaates informiert. Alle Daten zu Crystal fließen in ein umfassendes Lagebild, in das unter anderem die Daten des Suchthilfesystems, der Polizei,

der Justiz, des Zolls, aus dem Bereich der Schulen, Jugendhilfe und der Wissenschaft einfließen. Dies hilft, Prävention und Repression zielgenau zu verbessern.

Die Stadt Dresden hat das Problem der lokal zunehmenden Verbreitung des Crystal Meth-Konsums mit innovativen Präventionsansätzen aufgegriffen. Das Programm besteht aus einer regelmäßig stattfindenden Aktionswoche zur Suchtprävention („Legst du dich mit Crystal an?“) an einem vielbesuchten Ort und mit der Unterstützung von unterschiedlichen Kooperationspartnern. Hierdurch wird die öffentliche Diskussion zum Thema Crystal Meth befördert und gesteuert. Das zweite Modul ist das Theaterprojekt „Absaufen“ der WortGestiker. Das Stück richtet sich an Schulen und wird immer wieder neu an die Gegebenheiten angepasst. Es sensibilisiert Schülerinnen und Schüler, aber auch Lehrkräfte und Eltern für die Thematik, indem es eine intensive Vor- und Nachbereitung ermöglicht. Workshops „Was macht mich stark?“ des Vereins SPIKE Dresden ergänzen die Angebote der Stadt Dresden zur Crystal-Meth-Prävention. Hier lernen Jugendliche und junge Erwachsene kreative Gestaltungsmöglichkeiten kennen und werden zur Selbstreflexion angeregt.

Auch die Stadt Dessau-Roßlau setzt ein Crystal-Meth-Präventionsprojekt („Du fühlst Dich wie ein Splitter...“) um. Das gesamte Projekt besteht aus aufeinander aufbauenden Teilen, in deren Entwicklung unter anderem auch junge Crystal-Konsumierende einbezogen wurden. Bei der Zielgruppe der Eltern ist als Schwerpunkt die Information und Sensibilisierung angestrebt. Zudem werden Personengruppen eingebunden, die vermehrt mit Crystal-Konsumierenden in Kontakt kommen (Gefängnisangestellte und Arzthelferinnen und -helfer etc.). Das Projekt hat auch hier das Ziel, zu informieren und einen angemessenen Umgang mit Konsumierenden zu erleichtern. Ergänzt werden diese Informationsangebote um ein niederschwelliges Angebot für User und ihnen nahestehende Personen. Bei der schulischen Präventionsarbeit steht die Entwicklung von Materialien durch die Jugendlichen im Fokus, um die Reflexion über die Risiken des Crystal Meth Konsums anzuregen. In Zusammenarbeit mit jungen Crystal-Konsumierenden entstandene Materialien werden im so genannten neuen „Crystal Methodenkoffer“ verwendet.

Das gesamte Projekt ist in ein flankierendes Netzwerk von ordnungsrechtlichem Jugendschutz mit dem Ordnungsamt (OA) und in das Netzwerk für Kindergesundheit mit dem Gesundheitsamt (GA) eingebunden. Dieses Netzwerk bearbeitet alle übrige themenübergreifende Prävention von Alkoholprävention bis zur Gesundheitsstärkung in Schulen.

Ein weiteres Crystal-Meth-Präventionsprojekt wird aktuell im Saalekreis umgesetzt – vor dem Hintergrund ansteigender Konsumzahlen in Schulen und Freizeiteinrichtungen im ländlichen Raum. Diese Anstiege führten zu Nachfragen von Lehrkräften und Schulsozialarbeitern nach interaktiven, didaktisch aufbereiteten Materialien. Schulische Präventionsteams und die AG „Crystal-Prävention“ des Saalekreises entwickelten daraufhin die so genannte „Substanz-

Box Crystal“, die eine 90-minütige Bildungseinheit sowohl für den Schulunterricht als auch für Aktivitäten in Freizeiteinrichtungen beinhaltet. In Workshops wurde die Arbeit mit der Box mit Eltern, Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern erprobt. Auf der Basis der Rückmeldungen wurde die didaktisch-methodische Aufbereitung weiter optimiert. Auch Zusatzmaterial (Flyer, Fact-Sheets etc.) ist in der Box, die nach Bedarf ab der 9. Klasse eingesetzt werden kann, enthalten. Die Erfahrungen mit der „Substanz-Box Crystal“ sind positiv und führten dazu, dass Präventionsmaterialien zu weiteren Substanzen (Cannabis, Alkohol, Tabak) ähnlich aufbereitet wurden.

In Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen wird das schulartenübergreifende Programm PIT (Prävention im Team) durchgeführt. Ziel ist es, die Zusammenarbeit von Schule, Polizei und anderen Partnern in den Bereichen Sucht, Gewalt und Medien sowie Eigentum im Rahmen dieses Projektes zu fördern. Bei der Durchführung wird auf die Zusammenarbeit der Schulen mit der Polizei und anderen außerschulischen Partnern (z. B. Justiz, Jugendhilfe, Drogenberatung) gesetzt.

In Nordrhein-Westfalen stellte die LWL-Koordinationsstelle bereits im Jahr 2009 fest, dass Jugendliche mit einer geistigen Behinderung zwischen 13 und 18 Jahren eine besonders gefährdete Gruppe für problematischen Rauschmittelkonsum darstellen. Die Suche nach bereits bestehenden Angeboten für diese Klientel zeigte, dass es im Hilfesystem eine Lücke gibt, da sich etablierte Präventionsprogramme und Methoden nicht einfach übertragen lassen. Als Reaktion auf diesen Bedarf entwickelte die LWL zusammen mit Kooperationspartnern aus der Behindertenhilfe und Förderschulen ein Präventionsangebot für diese Zielgruppe: „Sag Nein! – Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung“. Das Programm wurde 2014 als beispielhaft von der Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ ausgezeichnet. Das Pilotprojekt wurde evaluiert und im nächsten Schritt werden Erfahrungen, Konzeption und Materialien in einem Handbuch zusammengefasst.

„High 5“ ist eine interaktive Ausstellung aus dem Bundesland Thüringen zum Thema illegale Drogen, welche zum Beispiel von Lehrkräften, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern und Personal der Jugendhilfe oder Suchtpräventionsfachkräften ausgeliehen werden kann. Das Ziel der interaktiven Ausstellung „High 5“ ist, durch den Einsatz verschiedener Methoden und spielerischer Aktionen an sieben Stationen, die jungen Erwachsenen zu motivieren, sich aktiv und kritisch mit dem Konsum illegaler Drogen auseinander zu setzen und auf Hilfsangebote vor Ort aufmerksam zu machen. Das Angebot wurde für Jugendliche ab 14 Jahren für den schulischen und außerschulischen Bereich konzipiert. Vom April bis Juni 2015 wurde „High 5“ an verschiedenen Thüringer Schulformen evaluiert. Die Evaluation wurde im Rahmen einer Bachelor-Arbeit in Kooperation mit der Thüringer Fachstelle Suchtprävention durchgeführt.

Nach § 47 des Thüringischen Schulgesetzes (ThürSchulG) sind Schulen – ähnlich wie in anderen Bundesländern – verpflichtet, ein Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise zu entwickeln. Ein Schwerpunkt des Konzepts soll die Prävention des Konsums von illegalen Drogen sowie von Tabak und Alkohol sein. Die in den Lehrplänen festgeschriebenen Bildungsinhalte zur Gesundheitsförderung sind dabei fächerübergreifend und über den Unterricht hinaus zu vermitteln. Gesunde Lebensweise soll an jeder Schule aktiv gestaltet werden. Welche einzelnen Maßnahmen die Schulen zur Umsetzung ihrer Ziele auswählen, obliegt der pädagogischen Freiheit der Schule. Die Schulpsychologischen Dienste sind Bestandteil eines jeweils regionalen Beratungsnetzwerks, zu dem auch Einrichtungen der Drogenprävention und der Suchtberatung gehören. Die Thüringer Polizei unterstützt die primäre Prävention in den Thüringer Schulen. So wurden als Aktivitäten beispielhaft Vorträge vor Schulklassen, Lehrkräften oder auf Elternabenden durchgeführt.

Die Cannabispräventionskampagne „Bleib stark! Bleib du selbst!“ in Hamburg hat die Zielgruppen Jugendliche, Eltern und Fachkräfte. Sie ist im Jahr 2013 als Mehr-Ebenen-Präventionsstrategie konzipiert worden, deren zentraler Bestandteil die Internetkommunikation ist. Das Portal www.bleib-stark.com umfasst eine Informations- und eine Aktionsseite. Während mit der Informationsseite alle drei Zielgruppen angesprochen werden, besteht auf der Aktionsseite für junge Menschen die Möglichkeit, eigene Statements zum Thema Cannabis zu posten. Dies kann anonym oder mittels Registrierung erfolgen. Eine Prämierung am Ende der Mitmachaktion soll die Teilnahme fördern. Ergänzend stehen für den Schulunterricht und die Jugendarbeit geschlechtersensible Postkarten mit einer Freifläche für ein eigenes Statement zur Verfügung. Die jährlichen Mitmachaktionen bilden die Ausgangsbasis für die kritische Auseinandersetzung mit Cannabiskonsum. Die Mitmachaktion 2015 „Cannabis & Du?“ hat zum Ziel, innerhalb einer derzeit sehr kontrovers geführten Debatte über eine mögliche Regulierung des Cannabismarktes, Jugendliche für die Gefahren insbesondere des frühen Konsums zu sensibilisieren. Im Jahr zuvor konnten Jugendliche in der Mitmachaktion Plakate, Filme und Aktionen hochladen und an einem Wettbewerb teilnehmen.

Zusätzlich zur Internetpräsenz wurden zwei Faltblätter und eine Broschüre erstellt, die Fachkräfte und Eltern informieren und dazu befähigen sollen, sich gemeinsam mit ihren Kindern auf Augenhöhe mit dem Thema Kiffen auseinanderzusetzen. Auch unter www.bleib-stark.com finden Fachkräfte und Eltern zahlreiche Informationen zu den Risiken, Wirkungen und der Gesetzeslage rund um Cannabis. Die Kampagne wird begleitend evaluiert.

Auch in Berlin stellt die Cannabisprävention einen Schwerpunkt innerhalb der Suchtprävention dar. „Na Klar ...!“, die erste Berlinweite Kampagne zur Prävention von Alkohol und illegalen Substanzen, wurde 2014 setting-ansatzorientiert und modifiziert fortgesetzt mit dem Schwerpunkt „Freizeitverhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hinblick auf Suchtmittelkonsum und riskante Verhaltensweisen“. Die Kampagne wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, der

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft sowie von allen 12 Berliner Bezirken, HaLT, der Polizei Berlin, der Landesstelle Berlin für Suchtfragen und der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gemeinsam getragen. Zur Cannabisprävention gibt es unter anderem eine Informationsbroschüre zu Konsummotiven, Wirkungen und Risiken, zu rechtlichen Grundlagen und Präventions-, Beratungs- und Hilfeangeboten, ein Elternseminar, das über Wirkungen und Gefahren von Cannabis informiert und die elterliche Perspektive dabei berücksichtigt. Im Seminar werden daher die konkreten Fragen der Eltern beantwortet und der Austausch der Eltern untereinander gefördert. Das Berliner Cannabispräventionsprogramm umfasst auch den Workshop „Cannabis – Quo Vadis?“, der als interaktiver Präventionsparcours für Schülerinnen und Schüler der Klassen 7 bis 12 und Jugendgruppen zwischen 14 und 18 Jahren konzipiert ist.

Familie¹⁰

Die Familie hat den wichtigsten Einfluss auf die Entwicklung von Kindern (Irwin et al. 2007), und es gibt umfassende Belege dafür, dass elterliche Erziehung sich positiv auf die Gesundheit Jugendlicher auswirken kann (Barber et al. 2005).

Familiäre Verbundenheit ist einer der wichtigsten protektiven Faktoren gegen nachteilige Gesundheitsfolgen in der Adoleszenz (Resnick et al. 1997), auch wenn Faktoren wie ethnische Herkunft, Einkommen und Familienstruktur berücksichtigt werden. In einer US-amerikanischen Bevölkerungsstudie berichteten Jugendliche, die sich mit ihrer Familie verbunden fühlen, einen geringeren Konsum von Zigaretten, Alkohol und Cannabis. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Studie aus Großbritannien (Viner et al. 2006). Familiäre Normen und Einstellungen haben bei Jugendlichen starken Einfluss auf das Rauchverhalten (Wang et al. 1995). Junge Menschen, deren Eltern rauchen (Bauman et al. 2001) oder Alkohol trinken (Donovan 2004), tun dies häufiger selbst auch. Die Familie als Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen ist deshalb als Arbeitsfeld präventiver Maßnahmen von großer Bedeutung.

Um den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung zu verbessern, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ 2007 das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) eingerichtet. Das Zentrum soll dazu beitragen, den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens für werdende Eltern sowie Eltern von Säuglingen und Kleinkindern zu fördern. Durch eine bessere und verbindliche Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe

¹⁰Zur Bedeutung der Familie als soziale Determinante von Gesundheit vgl. Viner et al. (2012).

und Gesundheitssystem soll der Schutz von Säuglingen und Kleinkindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung intensiviert werden.

Das übergeordnete Ziel des NZFH ist es, Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen. Um dies zu verwirklichen, soll insbesondere die Erreichbarkeit von Risikogruppen verbessert werden. Dieser Grundgedanke findet eine Entsprechung in der gemeinsamen Trägerschaft des Zentrums durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI). Das NZFH strebt eine wissenschaftsbasierte Verbesserung der Praxis im Feld Früher Hilfen und den Aufbau einer Präventionskette an: von der allgemeinen und frühzeitigen Information und Aufklärung über die Kindesentwicklung bei werdenden Eltern, die Motivation zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und die aktive Verweisung an spezielle Hilfen und Unterstützungen bis hin zur begleitenden Familienarbeit in schwierigen sozialen Lagen. Im Mittelpunkt stehen Familien mit Kindern vom vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von ca. drei Jahren, deren Lebenssituationen durch hohe Belastungen (zum Beispiel Armut, Gewalt oder Suchterkrankung im Elternhaus) gekennzeichnet sind. Seinen Sitz hat das von diesen beiden Häusern getragene NZFH bei der BZgA in Köln. Zu seinen Aufgaben zählt das NZFH die Erstellung einer Wissensplattform zu Frühen Hilfen, unter anderem durch die Bündelung und Aufbereitung von Ergebnisse aus Modellprojekten, die Kommunikation in die Fachöffentlichkeit und Allgemeinbevölkerung sowie den Transfer von Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Forschung und Praxis Früher Hilfen in die Fachöffentlichkeit.

Derzeit leben in Deutschland etwa 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist und weitere 40.000 Kinder und Jugendliche mit einem drogenabhängigen Elternteil (Klein 2001). Darüber hinaus sind schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene als Kinder in suchtblasteten Familien aufgewachsen¹¹. Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Kinder aus suchtblasteten Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit betroffen ist, im Vergleich zu Kindern aus nicht suchtblasteten Familien ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien eine der größten bekannten Zielgruppen selektiver Suchtpräventionsmaßnahmen. Als Ursachen für dieses erhöhte Suchtrisiko sind neben der Erfahrung des (elterlichen) Suchtmittelkonsums unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch zu nennen, die in suchtblasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt sind (Thomasius et al. 2008).

¹¹ www.fruehehilfen.de [letzter Zugriff: 19.09.2016].

Um Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien zu helfen, ist ein abgestimmtes Wirken aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen, wie sie im Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) gefordert wird, notwendig¹². Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Kinder und deren suchtkranke Eltern werden in Deutschland von Akteuren in der ambulanten und stationären Suchthilfe und der Selbsthilfe durchgeführt. „KidKit – Hilfe bei Problemeltern“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen KOALA e.V., der Drogenhilfe Köln e.V. und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln. Auf der Webseite erhalten Kinder und Jugendliche, die in dysfunktionalen Familien aufwachsen und/oder familiäre Gewalt erfahren, altersgerechte Informationen zu den Themen Sucht, Glücksspielsucht, Gewalt und psychische Erkrankungen sowie eine kostenlose und anonyme Beratung¹³.

Kommune

Für eine ganzheitliche und nachhaltig wirksame Suchtprävention ist es notwendig, neben der Familie und Schule auch die sozialräumliche Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen mit einzubeziehen. Eine Beteiligung von Gemeinden, Städten, Regionen und Landkreisen an der Entwicklung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten ist unabdingbar. Kommunen sollen also nicht nur Ort präventiver Maßnahmen, sondern auch mitgestaltende Akteure in der Suchtprävention sein. In der Regel hängt die Rolle einer Kommune als aktiver Akteur der Suchtprävention stark von der Größe, d. h. der Einwohnerzahl ab: kleine Kommunen verfügen häufig nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen, Suchtprävention auf ihrer kommunalpolitischen Agenda umzusetzen.

Kommunale Suchtprävention findet häufig im Rahmen von interkommunalen und überörtlichen Kooperationen mit verschiedenen lokalen Partnern wie zum Beispiel professionellen Suchtpräventionseinrichtungen, Kirchen, Selbsthilfeorganisationen, örtlichen Vereinen und Einrichtungen, Parteien und Verbänden etc. statt. Arbeitsfelder kommunaler Suchtprävention sind neben Kindergärten und Schulen vor allem der organisierte und nicht organisierte Freizeitbereich sowie das Gesundheitswesen.

¹² Art. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html> [letzter Zugriff: 19.09.2016].

¹³ www.kidkit.de [letzter Zugriff: 22.09.2016].

Sektorenübergreifend

Das vom Innenministerium Baden-Württemberg und der Baden-Württemberg-Stiftung initiierte Förderprogramm „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PaJ) wurde im Oktober 2010 zur nachhaltigen Bekämpfung des exzessiven Alkoholkonsums Jugendlicher und der Verhinderung von Gewaltdelikten junger Menschen initiiert.

Im Rahmen dieses Programms erhielten 26 Einzelprojekte seit Oktober 2011 jeweils eine Förderung bis zu 40.000 Euro. Mit neuen und unkonventionellen Ansätzen suchten diese Projekte nach Wegen, um ein Abgleiten junger Menschen in Kriminalität, Gewalt und Sucht zu verhindern. Zielgruppe des Programms sind Jugendliche und Heranwachsende im Alter zwischen 14 und 19 Jahren (soziologischer Altersbegriff), die innerhalb der letzten vier Monate unter Alkoholeinfluss aufgrund von Gewalthandlungen oder im Straßenverkehr straf-/ordnungs- oder verkehrsrechtlich auffällig geworden sind.

Freizeit und Sportvereine

Neben den Arbeitsfeldern Schule, Familie und Kommune stellen die Settings Freizeit und Sport für universell angelegte frühe Präventionsaktivitäten ein wichtiges Betätigungsfeld dar. Mehr als 70 % aller Kinder und Jugendlichen sind zumindest für einen kurzen Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Darüber hinaus garantiert die flächendeckende Existenz von Sportvereinen in unterschiedlichen sozialen Milieus eine hohe Erreichbarkeit auch von sozial Benachteiligten mit geringer Gefahr der Stigmatisierung dieser Zielgruppe.

Die BZgA richtet sich mit ihrem Programm zur frühen Suchtprävention „Kinder stark machen“ an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit 4- bis 12-jährigen Kindern arbeiten. Das Programm basiert auf zwei zentralen Konzepten der Suchtprävention – der Lebenskompetenzförderung und der kommunalen Orientierung. Kindern wird vermittelt, wie sie sich in Alltags- und in Konfliktsituationen gesundheitsbewusst, sozialverträglich – und damit auch suchtpreventiv – verhalten können. Diese Förderung von Lebenskompetenzen wird mit einem gemeinde- und stadtteilbezogenen Ansatz verbunden, da dies besonders Erfolg versprechend ist.

Eine besondere Bedeutung für die Umsetzung des Programms hat die Kooperation mit dem Breitensport, denn der Sportverein ist neben Elternhaus und Schule eine wichtige Lebenswelt von Kindern. Bei vielen Sportvereinen gilt dies auch für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten oder zugewanderten Familien. Der Bereich Fußball mit 7,5 Mio. Mitgliedern ist hier besonders hervorzuheben. Rund 70 % aller Kinder und Jugendlichen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Seit vielen Jahren arbeitet die BZgA mit den mitgliederstarken Sportverbänden zusammen. Wichtige große Kooperationspartner sind dabei der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB), die Deutsche Sportjugend (dsj), der Deutsche Fußball-Bund (DFB), der Deutsche Turner-Bund (DTB), der

Deutsche Handball-Bund (DHB) und die DJK-Sportjugend. Zentraler Baustein der Kooperation ist dabei die BZgA-Qualifizierung zum Thema Frühe Suchtprävention von in Vereinen tätigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich Jugendarbeit. Außerdem werden die Fortbildungsstrukturen auf Landes- und kommunaler Ebene entsprechend ausgebaut. Auf kommunaler Ebene nutzt „Kinder stark machen“ darüber hinaus Sport- und Familienveranstaltungen, um Eltern und ihre Kinder sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren persönlich zu erreichen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Programms ist der so genannte Vereinsservice, den Sportvereine, Schulen und Kindertagesstätten in Anspruch nehmen können. Mit dem Vereinsservice fördert die BZgA die Eigeninitiative in der Region und das freiwillige Engagement zum Thema Frühe Suchtprävention. Aktive Sportvereine, Kindertagesstätten oder Schulen erhalten persönliche Beratung und umfangreiche Materialien zur Durchführung von Aktionen rund um die frühe Suchtprävention.

Die BZgA ist darüber hinaus auch exklusiver Partner in der Initiative „DFB-Doppelpass 2020 – Schule und Verein: ein starkes Team“. Ziel dieses Projektes ist es, die Synergien zwischen Schule und Verein im Bereich frühe Suchtprävention zu stärken. Dabei unterstützt die BZgA Schulen und Vereine mit Aktionspaketen zu den Suchtpräventionsthemen „Kinder stark machen“, „Alkoholfrei Sport genießen“ und „Null Alkohol – Voll Power“. Seit Beginn der Initiative „Doppelpass 2020“ in 2012 haben über 3.000 Vereine und Schulen eine Aktion unter dem Motto „Kinder stark machen“ durchgeführt.

Polizeiliche Kriminalprävention

Die „Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, über die verschiedenen Formen von Kriminalität zu informieren und aufzuzeigen, wie diese verhindert werden können. Sie ist eine Institution der Innenministerinnen- und Innenministerkonferenz und veröffentlicht bundesweit Medien wie Broschüren, Filme und PC-Spiele. Neben entsprechender Öffentlichkeitsarbeit entwickelt die Polizeiliche Kriminalprävention themen- und zielgruppenspezifische Kampagnen. In länderübergreifend finanzierten und konzipierten Projekten geht es u.a. um polizeiliche Suchtprävention. Sie richtet sich an die unterschiedlichsten Zielgruppen, von Kindern, Jugendlichen, und deren Eltern sowie Lehrkräften über Gewerbetreibende bis hin zu Medienschaffenden.

Interessenten werden vor allem über die Homepage www.polizei-beratung.de informiert. Unter „Themen und Tipps“ findet sich ein Abschnitt speziell zum Thema Drogen, in dem über Drogen im Allgemeinen, den Schutz von Kindern vor Drogen sowie über die Thematik, wie man als Drogenkurier missbraucht werden kann, informiert wird. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Information zu „Legal Highs“. Des Weiteren gibt die Polizeiliche Kriminalprävention, folgende Printmedien heraus, die über die Homepage für jeden bestellbar, und in ganz Deutschland auch bei allen Polizeidienststellen kostenlos erhältlich sind:

- Das Falblatt „Sehn-Sucht“ mit Informationen zu Legal Highs

- Die Broschüre „Sehn-Sucht“, welche Informationen zu Crystal Meth enthält und Tipps gibt, wie man Kinder vor Drogen schützen kann. Sie enthält zudem eine kurze Übersicht legaler, illegaler und auch synthetischer Drogen.

Beide Medien sind im Frühjahr 2014 neu überarbeitet und inhaltlich aktualisiert worden.

In den meisten Bundesländern gibt es noch zusätzlich landeseigene Medien oder Programme, beispielsweise für Schülerinnen und Schüler der 7. Klasse, in denen vor Drogen gewarnt wird oder die als Information zum Schutz vor Drogen dienen, so z. B. in Baden-Württemberg die vom Innenministerium herausgegebene Broschüre „Risiko Drogen“. In Brandenburg gibt es eine multimediale Drogenpräventionsreihe des Landeskriminalamtes unter dem Titel „Hast Du noch was vor?“.

1.2.3 Selektive Prävention (T1.2.3)

Selektive Prävention richtet sich an Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln. Dieses Risiko kann immanent sein, oder eine Gruppe von Personen trägt aufgrund verschiedener Merkmale über das gesamte Leben hinweg ein höheres Risiko, eine Sucht zu entwickeln (Springer & Phillips 2007). Als Risikofaktoren sind auch soziale Umwelteinflüsse zu berücksichtigen. Selektive Präventionsmaßnahmen werden beispielsweise für die folgenden Zielgruppen entwickelt, um nur einige zu nennen:

- Schulabbrecherinnen und Schulabbrecher,
- sozial Benachteiligte,
- obdachlose Jugendliche,
- Personen mit Migrationshintergrund,
- Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien,
- konsumerfahrene Jugendliche und
- Clubgängerinnen und Clubgänger.

Die Zielgruppen selektiver Präventionsmaßnahmen werden sehr häufig im Freizeitbereich angesprochen. Interventionen für sozial benachteiligte Jugendliche oder Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien erfolgen vielfach im vorschulischen und schulischen Bereich. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich den Vorteil, vorhandene Ressourcen gezielt frühzeitig einsetzen zu können. Allerdings sollte die Gefahr einer Stigmatisierung der Zielgruppen selektiver Präventionsaktivitäten in der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden. Die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* sieht eine stärkere Ausrichtung auf Risikogruppen vor (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012) und sieht die Notwendigkeit, „...spezifische Angebote für gefährdete Jugendliche im Bereich der selektiven Prävention zu entwickeln“ (ebd.).

Präventionsmaßnahmen im Freizeitbereich sprechen in der Regel eine sehr heterogene Gruppe von Kindern und Jugendlichen an. Dies können beispielsweise Jugendliche in einem Jugendtreff sein oder Schulabbrecher in einer Jugendhilfeeinrichtung oder Clubgänger. Unter diesen Jugendlichen sind häufig substanzkonsumerfahrene Jugendliche, sozial Benachteiligte oder delinquente Jugendliche zu finden, für die jeweils andere Präventionsschwerpunkte gesetzt werden müssen als beispielsweise für Konsumunerfahrene.

Grundsätzlich ist der Freizeitbereich in einen organisierten und nicht-organisierten Bereich differenzierbar. Im organisierten Freizeitbereich (z. B. Einrichtungen der Jugendhilfe, der Kirche, kommunale oder städtische Jugendzentren) werden häufig suchtpreventive Maßnahmen umgesetzt, die sich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch (SGB) VIII) ableiten. Dabei geht es vor allem darum, die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu fördern und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu erziehen. Die beschriebene Heterogenität macht deutlich, dass die Lebenswelten der Jugendlichen zu berücksichtigen und die Aktivitäten nicht nur auf Konsumverzicht oder Konsumreduktion auszurichten sind, sondern darüber hinaus Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement vermittelt werden müssen.

Im nicht-organisierten Freizeitbereich gestaltet sich Suchtprävention offener. Damit ist gemeint, dass die Aktivitäten bzw. Angebote niedrighschwellig und in der Regel freiwillig sind. Sie zielen in der Regel auf eine Minimierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und die Förderung eines verantwortungsvollen Substanzkonsums. Grundlagen der Arbeit im nicht-organisierten Freizeitbereich sind mitunter Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit und ressourcenorientierte Prävention. Diese Ansätze lassen sich in zahlreichen so genannten Szene- oder Partyprojekten finden, die in vielen größeren Städten angeboten werden. Aktivitäten solcher Partyprojekte werden häufig von Fachstellen bzw. Suchtpräventionseinrichtungen entwickelt und unter Mithilfe lokaler Clubs, Diskotheken oder Musik- und Partyveranstalter umgesetzt.

Ein solches Projekt ist Drug Scouts. Die Initiative aus Leipzig wurde 1996 von „jungen Menschen aus der elektronischen Musik- und Partyszene“ gegründet und ist auch mit Beratungsständen in diesem Setting aktiv (Drug Scouts 2016). Ziel des Projekts ist es, Konsumenten von Partydrogen auf unterschiedlichen Kanälen (Telefon, Infoladen, Web) zur kritischen Reflexion ihres Konsums anzuregen, über gesundheitliche Risiken zu informieren (z. B. Warnungen vor hochdosierten MDMA Pillen auf der Webseite www.drugscouts.de) und Unterstützung bei der Reduzierung ihres Konsums zu bieten. Das Projekt wird getragen von festen Mitarbeitern und ehrenamtlichen Helfern. Das Institut für Therapieforschung (IFT) untersuchte zwischen Februar 2013 und Mai 2015 die Bewertung der Partyprojekte MINDZONE aus München, Drogerie aus Erfurt und eve & rave aus Münster durch Partygänger. Die nicht-repräsentative Befragung (N = 1.679) ergab eine hohe Erreichbarkeit

dieser schwer zugänglichen Zielgruppe und im Durchschnitt hohe Bewertung der Angebote, insbesondere der Informationen (Hannemann & Piontek 2015).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte Fixpunkt e.V. in Kooperation mit der LiveMusikKommission e.V. (LiveKomm) im Zeitraum 01.08.14-31.03.15 ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung im Partysetting durch. In diesem Projekt gelang es erfolgreich, ein modulares und manualisiertes Fortbildungskonzept zu erstellen, mit dessen Hilfe Personal von Clubs, Diskotheken, Festivals und anderen Veranstaltungsformaten bzw. -örtlichkeiten in ihrer „Drogenkompetenz“ geschult werden können. Insgesamt wurden fünf Schulungsmodule entwickelt, die für ca. 130 Angestellte in den Städten Frankfurt/Main, Potsdam, Hamburg und Berlin erfolgreich durchgeführt werden konnten. Das Projekt wurde in diesen Städten mit jeweils kooperierenden Projekten aus der akzeptierenden Partydrogenarbeit und Gesundheitsförderung realisiert, die nun das BEST Netzwerk bilden.

„Das Projekt „safe – sauber feiern“, das vom BMG im Zeitraum August 2014 bis Januar 2015 gefördert wurde, hat Personal von Tanzbetrieben geschult, das im Arbeitsalltag mit konsumierenden Gästen umgeht und möglicherweise selbst Erfahrungen mit dem Thema hat. Der Bund Deutscher Tanzbetriebe (BDT) im DEHOGA hat die Kontakte zu den Discotheken hergestellt, das Projekt begleitet und stand der Projektträgerin, der Fachambulanz für Suchterkrankungen des Diakonischen Werkes Rosenheim e.V., beratend zur Seite. Für die Gruppe der riskant konsumierenden jungen Menschen sind Maßnahmen notwendig, die ihnen angemessene Unterstützung bieten, um eine Entwicklung in Richtung Abhängigkeit zu verhindern. Konsumierende definieren sich nicht unbedingt als suchtgefährdet, solange keine Schwierigkeiten aufgetreten sind, und nutzen daher kaum freiwillig die bestehenden institutionellen Beratungsangebote. „safe – sauber feiern“ vermittelt Tanzbetrieben und deren Angestellten im Rahmen von sechs Schulungsmodulen Basiskompetenzen und Handlungsstrategien, um so einen adäquaten Umgang mit ihren – zum Teil riskant suchtmittelkonsumierenden – Gästen zu ermöglichen und das eigene Konsumverhalten zu reflektieren. Durch das Projekt wird gesundheitsbewusstes Ausgehen gefördert und Substanzmissbrauch nicht als Selbstverständlichkeit hingenommen. Diese Grundhaltung wird an Betriebsleiterinnen und -leiter und deren Mitarbeitende weitergegeben. Die Rückmeldungen zum Projekt nach den jeweiligen Schulungsmodulen waren positiv: Das Fortbildungskonzept wurde sehr gut angenommen, die Teams nahmen engagiert und motiviert an den praxisnahen Schulungen teil. Es gab einen spürbaren Wissenszuwachs bei den Teilnehmenden, die einen hohen Nutzen im Arbeitsalltag hatten und auch privat vom Workshop profitieren konnten und es gelang, einen niedrighschwelligen Zugang zum Suchthilfesystem zu schaffen. Die Schulungsunterlagen stehen allen interessierten Tanzbetrieben zur Verfügung; die Betriebsleitung kann wählen, ob sie eine externe Fachkraft der Fachambulanz für Suchterkrankungen des Diakonischen Werkes Rosenheim e.V. in Anspruch nehmen oder selbst anhand der Materialien in ihrem Betrieb schulen möchte. Im Saarland fand im Rahmen des Projekts „Mag-Net“ ein Austausch mit Luxemburg statt:

„Sensibilisierung der Fachkräfte des Gesundheitswesens durch Informations- und Weiterbildungsangebote zum Thema Freizeitkonsum von Drogen in der Großregion“.

Vor dem Hintergrund steigender Sicherstellungen kristallinen Methamphetamins (Crystal) im Bundesgebiet und einem beobachteten Anstieg des Konsums in den Grenzregionen zur Tschechischen Republik wurde die Prävention des Konsums von Crystal als politisches Ziel definiert. Der auch im Jahr 2015 hohen medialen Präsenz des Themas Crystal setzt die BZgA eine sachliche Aufklärungsstrategie entgegen, die insbesondere Risikogruppen mit Informationsmaterialien ansprechen soll. Die BZgA bietet seit 2015 eine Informationsbroschüre für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an, die sich im beruflichen oder privaten Kontext mit der Thematik Crystal Meth auseinandersetzen müssen. Die Broschüre gibt übersichtlich Antworten auf häufig gestellte Fragen und unterstützt im Beratungskontext. Ein weiteres „Informationsheft Methamphetamin“ der BZgA beschreibt Fakten, Wirkungsweisen und Präventionsansätze. Als Gemeinschaftsprojekt von DHS und BZgA wird seit 2015 auch neu eine „Arbeitshilfe für Beraterinnen und Berater zum Umgang mit Methamphetamin konsumierenden Klientinnen und Klienten“ herausgegeben.

Außerdem veröffentlichte die BZgA in 2015 ein neues Unterrichtsmaterial für die Suchtprävention in den Klassen 8 bis 12 zum Thema Crystal Meth. Das Unterrichtsmaterial wird um einen Lehrfilm ergänzt, um einen interaktiven Unterricht zu ermöglichen. Es wird nicht breit gestreut, sondern lediglich auf Nachfrage aus den Ländern bzw. von Schulen abgegeben.

Einerseits liegen bei illegalen Drogen bisher nur unzureichende Befunde zur Wirksamkeit massenmedialer Präventionskampagnen für die Allgemeinbevölkerung vor (Bühler & Thurl 2013). Ein aktueller Cochrane Review bestätigt diese heterogene Befundlage (Allara et al. 2015). Da andererseits mehrere der in den ausgewerteten Studien untersuchten Kampagnen unerwünschte Effekte zeigten, also zu einem Konsumanstieg beitrugen, empfehlen die Autorinnen und Autoren, massenmediale Kampagnen nur nach rigoroser Evaluation zum Einsatz zu bringen. Eine Maßnahme für die Gesamtbevölkerung kann der irrigen Vorstellung Vorschub leisten, der Konsum von Crystal sei weiter verbreitet als allgemein angenommen. Da die irrtümlich zu hoch eingeschätzte Häufigkeit des Konsums einer illegalen Substanz ein starker Prädiktor für den eigenen Konsum ist, handelt es sich bei diesem als „deskriptive Normalisierung“ bezeichneten Phänomen um ein immanentes Risiko massenmedialer Präventionskampagnen (Sumnall & Bellis 2007).

Angesichts dieser Risiken führt die BZgA in der Crystal-Meth-Prävention ihren zielgruppenorientierten Präventionsansatz in enger Kooperation mit den Akteuren in Ländern und Kommunen fort.

„Click for Support – Leitlinien für effektive web-basierte Angebote in der selektiven Suchtprävention“ beabsichtigt, moderne Medien und Kommunikationsmittel wie Laptop,

Tablet oder Smartphone im Lebensalltag junger Menschen als Zugangswege für suchtpreventive Maßnahmen zu nutzen. In dem multilateralen von der Europäischen Kommission geförderten Projekt, das hauptsächlich von der LWL-Koordinationsstelle durchgeführt wird, sind Leitlinien zum Einsatz webbasierter Präventions- und Interventionsangebote entwickelt und 2015 auf der Projektwebsite veröffentlicht worden: <http://www.clickforsupport.eu>.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (STMGP) hat das Projekt „Suchtprävention für Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund“ ins Leben gerufen, welches zum 01. Juni 2015 startete und mit einer Laufzeit von zwei Jahren angelegt bzw. vom bayerischen Gesundheitsministerium gefördert wird. Ziele des Projektes sind der Abbau von Zugangsbarrieren sowie damit einhergehend die Verbesserung der Erreichbarkeit des Suchthilfesystems für suchtkranke und von Suchtmittelabhängigkeit bedrohte Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund sowie deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen. Mit unterschiedlichen Ansätzen und verschiedenen Maßnahmen werden die Projekte von vier gemeinnützigen Trägern über ganz Bayern verteilt durchgeführt (Ingolstadt und München - Condrobs e.V., Prop e.V., Ethnomedizinisches Zentrum Hannover in Kooperation mit dem bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V.).

Seit einem Jahr wird das Projekt „Spotting“ im Rahmen der selektiven Prävention vom Bundesministerium für Gesundheit als Bundesmodellprojekt gefördert. Ziel des Projekts ist es, durch alpinsportliche, erlebnisorientierte Methoden in der Gemeinschaft den Teilnehmenden Erlebnisse und Erfahrungswerte zu vermitteln und spürbar zu machen, die den bisherigen Drogenkonsum in den Hintergrund treten lassen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konsumieren aktuell vorwiegend Methamphetamin, Amphetamin, „Kräutermischungen“, Cannabis und Alkohol oder taten dies in der Vergangenheit. Motivierende Faktoren für die Teilnahme sind problematisch-ambivalente und Therapie- oder Haftaufenthalte. Der Zugang erfolgt sowohl durch direkte Vermittlung als auch durch eigene Anmeldung.

Neben der sozialpädagogischen Projektleitung der mudra Drogenhilfe engagieren sich die Mitglieder des Mountain Activity Club e.V. (MAC) – teils als Peers mit eigener Drogenvergangenheit, teils als Kletterbegeisterte ohne eigene drogenbiographische Vorbelastung – ehrenamtlich im Projekt Spotting. Als glaubwürdige Vorbilder coachen sie bei Kletter- und Alltagsproblemen und ermöglichen Inklusion. Junge Drogenkonsumierende, professionelle Helfer, Ex-User und MAC-Mitglieder ohne Drogenhintergrund sind zu je gleichen Teilen repräsentiert.

Neben der ursprünglich fokussierten Zielgruppe erwies sich Spotting auch als attraktives Angebot für Menschen über 25 Jahren, die nach ausgeprägten Suchterfahrungen auf der Suche nach alternativen, drogenfreien Möglichkeiten der bedürfnisorientierten Freizeitgestaltung sind. Spotting wirkt Risikofaktoren wie Drogenszenekontakten oder

Langeweile entgegen und fördert damit Rückfallprävention und intrapsychische Stabilisierung.

Das aktuell bei mudra entstandene Projekt „mudra-port“¹⁴ (russisch: „Hafen“) ist Teil des bayerischen Modellprojekts „Suchtprävention für Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund“. Der Begriff Hafen soll einerseits für das Grundthema Migration – Weggehen und Ankommen – stehen, aber auch für einen sicheren Ort oder für eine Art Infobörse. Das Projekt „mudra-port“ bietet Hilfesuchenden Informationen, Begleitung, persönliche und Online-Beratung. Um eine persönliche Beratung wahrzunehmen, besteht die Möglichkeit, einen Termin zu vereinbaren oder das Angebot der Offenen Beratung zu nutzen. Der zu betreuende Personenkreis der Drogenkonsumierenden und von Sucht bedrohten Menschen setzt sich aus folgenden Personengruppen zusammen:

- Aussiedlerinnen und Aussiedler
- Jüdische Kontingentflüchtlinge (überwiegend aus der Ukraine)
- Asylbewerberinnen und Asylbewerber (Weißrussland, zentralasiatische Republiken, Kaukasus, Russische Föderation)
- Eltern, andere Angehörige sowie Freundinnen und Freunde der Betroffenen

Ziele des Projektes mudra-port sind neben der Möglichkeit einer (anonymen) Kontaktaufnahme im Rahmen der Online-Beratung vor allem auch, Information, Aufklärung und Wissensvermittlung zu Drogenabhängigkeit und deren Hintergründe, Sachwissen über Substanzen, Wirkungsweisen, Risiken, Hilfs- und Ausstiegsmöglichkeiten zu bieten, sowie die Weitervermittlung der Betroffenen an geeignete Beratungsstellen und Einrichtungen. So wurden Flyer erstellt, die die Menschen über die zur Verfügung stehenden Angebote informieren. Diese werden an andere Einrichtungen weitergegeben sowie im Rahmen von Streetwork an die Betroffenen verteilt. Flyer und Homepage sind zweisprachig (russisch/deutsch) erstellt, die Online-Beratung ist ebenfalls zweisprachig möglich. Die Zugriffe auf die port-Homepage nehmen beständig zu. Im weiteren Verlauf des Projekts soll eine gute Vernetzungsstruktur mit weiteren relevanten Einrichtungen aufgebaut und Schulungen für Fachkräfte entwickelt werden, um auch dort über die Angebote und Hilfsmöglichkeiten im Sucht- und Drogenhilfesystem zu informieren und den Weg dorthin zu ebnen. Ziel hierbei ist es, das Personal und die Teams fachkompetent mit Wissen und Kenntnissen auszustatten und für einen kultursensiblen Umgang mit den Hilfesuchenden zu werben.

¹⁴ <http://www.mudra-port.de/index.php/de/> [letzter Zugriff am 21.10.2016]

Die DHS veröffentlichte 2015 mit Förderung der BZgA die Broschüre „Drogen? Alkohol? Tabletten? Irgendwann ist Schluss mit lustig.“, in der zweisprachig auf Deutsch und jeweils Bulgarisch, Polnisch, Rumänisch oder Russisch über die Risiken der genannten Substanzen informiert und auf Hilfsangebote bei Suchtproblemen verwiesen wird. Damit wurde auf eine verstärkte Nachfrage in Bevölkerungsgruppen mit entsprechendem Migrationshintergrund reagiert

1.2.4 Indizierte Prävention (T1.2.4)

Indizierte Prävention setzt schwerpunktmäßig auf die Identifizierung vulnerabler Personen, um individuellen Risikofaktoren entgegenzutreten, um diese Gruppe möglichst frühzeitig in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und zu stärken. Häufig sind die ‚üblichen‘ Präventionsmaßnahmen jedoch in der Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen kaum einsetzbar, da sie die Bedürfnisse der Zielgruppe nicht immer treffen.

Das im Jahr 2001 eingerichtete Internetportal der BZgA zur Drogen- und Suchtprävention www.drugcom.de bietet zum einen umfassende und stets aktuelle, qualitätsgesicherte Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln. Zum anderen bietet es drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die gelegentlich oder regelmäßig Drogen konsumieren, auch Beratungs- und Verhaltensänderungsprogramme an. Neben einer eher drogenaffinen Zielgruppe sind auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Bereich der Schule, der Jugendfreizeit, der Suchtprävention, Suchtberatung oder Suchthilfe wichtige Zielgruppen des BZgA-Internetportals www.drugcom.de.

Wenn es um die Prävention des Konsums illegaler Substanzen geht, ist www.drugcom.de mit seinen verschiedenen Angeboten und seiner hohen Reichweite – 2014 zählte das Portal täglich rund 3.600 Besucherinnen und Besucher – das zentrale Modul der nationalen BZgA-Suchtprävention. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene nehmen das Internet als niedrigschwelliges Informations- und Beratungsangebot an und nutzen es entsprechend (Van Eimeren & Frees 2010).

Das Internetportal www.drugcom.de bietet neben einer Vielzahl von Informationsangeboten, wie einem Drogenlexikon als Modul zur Wissensvermittlung, verschiedene Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten, die Selbsttests „Check your Drinking“ und „Cannabis Check“ an. Mit den Tests kann das eigene Konsumverhalten für Alkohol und Cannabis überprüft werden. Ziel ist dabei, zu einer kritischen Reflexion des Konsums anzuregen und im zweiten Schritt auch zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Zur Reduzierung eines problematischen Substanzkonsums werden in der Suchtprävention bereits seit einigen Jahren internetbasierte Interventionen erfolgreich eingesetzt – so auch auf www.drugcom.de:

Mit dem Programm „Quit the Shit“ können Cannabis Konsumierende seit 2004 hier online eine effektive, anonyme und individuelle Unterstützung bekommen, wenn sie ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen¹⁵.

FreD

Das Projekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten bei den Strafverfolgungsbehörden“ (FreD) der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), das im Jahr 2013 begann, wurde im August 2014 erfolgreich abgeschlossen. Die vom BMG geförderte Intervention setzt an der Schnittstelle von Suchtprävention und Justiz an. Das Programm bietet – auf der Grundlage sektorenübergreifender Kooperation – die Möglichkeit einer pädagogischen und gesundheitsbezogenen Intervention als Reaktion auf eine Auffälligkeit im Zusammenhang mit Substanzkonsum.

Basierend auf der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik setzt sich das Projekt zum Ziel, FreD bei Strafverfahren, Institutionen, Strafverfolgungsbehörden, Justiz, Polizei und Jugendhilfe bekannter zu machen, um so die Anwendung zu fördern. Daneben waren Bestandteil des Projektes die Entwicklung und Herausgabe eines Factsheets „Frühintervention“ als Informationsgrundlage für die verschiedenen Zielgruppen, der bundesweite Versand von Materialien an Adressaten relevanter Behörden und Dienststellen aus den Bereichen Justiz, Polizei und Jugendhilfe im Strafverfahren, die Erstellung von Fachartikeln und Veröffentlichungen für Justiz, Jugendgerichtshilfe und Polizei und die Qualifizierung von Fachkräften zu „FreD“-Trainern. Das Projekt verfügt mit 113 Standorten und 235 ausgebildeten Trainerinnen und Trainern über ein Alleinstellungsmerkmal als selektives Suchtpräventionsprogramm bei illegalen Drogen, das manualisiert und evaluiert ist und zum Zeitpunkt (strafrechtlicher) Erstauffälligkeit nach Suchtmittelkonsum ansetzt. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung von „FreD“, vor allem in Bezug auf den erstauffälligen Konsum von Crystal Meth, ist vorgesehen.

Zur Qualitätssicherung wurden Mindeststandards vorgegeben. Konkret bedeutete dies, dass Projektnehmer, im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes und eines vernetzten Vorgehens, definierte und erfolgversprechende sozialpädagogische sowie suchtpreventive Ansätze im Kontext mit der Verdeutlichung der Folgen normabweichenden Verhaltens in ihrer

¹⁵ Vgl. REITOX-Bericht 2011: Mit einer Kontrollgruppenstudie (Untersuchungszeitraum: 2006 – 2008) wurde untersucht, welche Effekte „Quit the Shit“ erzielt. Der abschließende Ergebnisbericht der kontrollierten Studie über die Effekte des Reduktions- und Ausstiegsprogramms für Konsumenten von Cannabis „Quit the Shit“ zeigt, dass eine komplette Programmnutzung von mindestens 45 Tagen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, den Cannabiskonsum signifikant zu senken.

Konzeption berücksichtigen und bereits bei der Beantragung von Fördermitteln nachweisen mussten. Das Förderprogramm wurde wissenschaftlich begleitet und nach anerkannten Standards durch das Institut ProVal Niedersachsen evaluiert. Es richtet sich vornehmlich an Kommunen, Stadt- und Landkreise, freie Träger der Jugendhilfe, die Polizei aber auch andere Institutionen und Vereinigungen (z. B. Vereine) als Netzwerkpartner.

Frühintervention für erstauffällige (Crystal-Meth)- Amphetaminkonsumierende – Erweiterung des FreD-Programms „FreD-ATS“

Das FreD-Programm (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsument/innen) der Koordinationsstelle Sucht des LWL, erfährt im aktuellen vom BMG geförderten Projekt „FreD-ATS“ eine Erweiterung des Ansatzes auf (Meth-) Amphetamin Typ Stimulanzen. Das FreD-Programm bietet die Möglichkeit einer pädagogischen und gesundheitsbezogenen Intervention als Reaktion auf eine Auffälligkeit im Zusammenhang mit Substanzkonsum.

Aufgrund der besonderen Betroffenheit der Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen wird das Projekt schwerpunktmäßig in diesen Regionen neben Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Auf der FreD-Fachtagung im September 2015 wurde festgestellt, dass es auch innerhalb der einzelnen Bundesländer eine regional sehr unterschiedliche Crystal-Prävalenz gibt. Im Allgemeinen wird insgesamt die Zunahme von Beratungsanfragen im Zusammenhang mit Stimulanzen inklusive Crystal Meth betont und dies auch außerhalb der genannten Bundesländer. Das Projekt hat das Ziel, eine ATS Ergänzung zum FreD-Manual zu entwickeln, anschließend in der Praxis zu erproben und zu evaluieren.

2 Trends (T2)

2.1 Veränderungen bei Präventionsmaßnahmen (T2.1)

Das Gemeinschaftsprojekt „Dot.sys“ der BZgA und der Länder liefert umfangreiche Informationen über die im Rahmen eines Kalenderjahres in der Suchtprävention in Deutschland umgesetzten Maßnahmen. Damit leistet Dot.sys einen wesentlichen Beitrag zur Präventionsberichterstattung und verbessert nicht zuletzt die Qualität und Transparenz in der Suchtprävention. An Dot.sys beteiligte Fach- und Beratungsstellen, Ämter, Vereine, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer dokumentieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in dem elektronischen Erfassungssystem. Die Dokumentation erfolgt auf freiwilliger Basis, daher kann kein Anspruch auf vollständig dokumentierte Suchtpräventionsmaßnahmen erhoben werden. Das computerbasierte Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung für Maßnahmen der Suchtprävention „Dot.sys“ dient der Erfassung und Darstellung von Suchtpräventionsmaßnahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das System steht seit 2011 kostenfrei als Online-Datenbank unter www.dotsys-online.de zur Verfügung.

Von den 34.492 im Jahr 2015 dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen, Projekten und Programmen in Dot.sys 3.0 verfolgten 61 % einen universell-präventiven Ansatz, 14 % wurden als indizierte Prävention und 15 % als selektive Prävention durchgeführt. 10 % der Maßnahmen sind der strukturellen oder Verhältnisprävention zuzuordnen. Das Setting Schule bleibt mit 45 % der durchgeführten und mit „Dot.sys“ dokumentierten Maßnahmen das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Tätigkeiten in Deutschland 2015. Erstmals wurde Methamphetamin als eigene Kategorie erfasst. Der Anteil von Aktivitäten, die Methamphetamin explizit behandeln, ist bisher aber gering.

Weitere ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- Mit 57 % blieben Maßnahmen, die sich an Endadressatinnen und Endadressaten richten nahezu unverändert im Vergleich zum Vorjahr. Der Anteil der Maßnahmen, die sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richtete, ist von 39 % auf 37 % gesunken. Der sich seit 2006 abzeichnende Trend des Rückgangs der Maßnahmen, die sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wenden, zugunsten eines Anstiegs der Maßnahmen mit Zielebene Endadressatinnen und Endadressaten, setzt sich seit 2015 also wieder fort. Nach einem kurzen Anstieg 2013 und 2014, ist der Anteil der Endadressatinnen und Endadressaten als Zielebene auf dem niedrigsten Niveau seit 2005.
- Mit 30 % blieb der Anteil der Maßnahmen, die einen geschlechtsspezifischen Ansatz verfolgen, nahezu unverändert.
- 2015 waren 58 % der dokumentierten Maßnahmen substanzspezifisch. Damit bleibt der Anteil im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert.
- Der Schwerpunkt der Prävention in Bund und Ländern lag weiterhin auf der Prävention des Missbrauchs der Substanzen Alkohol (76 %), Cannabis (52 %) und Tabak (34 %). Alkohol bleibt weiterhin die mit Abstand wichtigste Substanz, wird seit 2011 aber um 5 Prozentpunkte seltener genannt. Cannabisspezifische Interventionen, deren Anteil im vorigen Berichtsjahr erstmals mehr 50 % betrug, gewinnen bei substanzspezifischen Ansätzen weiterhin an Bedeutung. Im Vergleich zu 2011 nahm der Anteil um 11 Prozentpunkte zu und im Vergleich zum Vorjahr um 2 %.
- 42 % der Maßnahmen wurden „ohne Substanzbezug“ durchgeführt und zielen damit suchtmittelübergreifend vor allem auf die Lebenskompetenzförderung. Unter Lebenskompetenzen versteht man Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken, Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit, Gefühls- und Stressbewältigung, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.
- Neben Trainings und Schulungen (40 %) stehen Beratung (19 %) und die Kooperation/Koordination im Vordergrund suchtpreventiver Aktivitäten (11 %).
- Meistgenanntes Ziel der Maßnahmen ist weiterhin Wissensvermittlung (76 %). Einstellungsänderungen (52 %) wurde etwas weniger häufig genannt als im Vorjahr (54 %). Die Vermittlung von Kompetenzen und Ressourcen wurde mit 35 % genauso oft

als Ziel benannt, während Verhaltensänderungen mit 19 % etwas seltener genannt wurden als im Vorjahr.

- Das Setting „Schule“ war mit 45 % der dokumentierten Maßnahmen 2015 weiterhin das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Aktivitäten. Es folgen mit 13 % Maßnahmen, die im Setting „Familie“ durchgeführt werden, sowie mit ebenfalls 10 % Anteil Maßnahmen im Freizeitbereich. Das Setting „Suchthilfe“ stellt in 12 % der Aktivitäten den Rahmen für die Arbeit in der Suchtprävention und die Jugendarbeit hat einen Anteil von 10 %, gefolgt von Maßnahmen im Betrieb (8 %) und im Gesundheitswesen (7 %).
- 25 % der Maßnahmen werden oder wurden evaluiert, was einem nahezu unveränderten Anteil im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

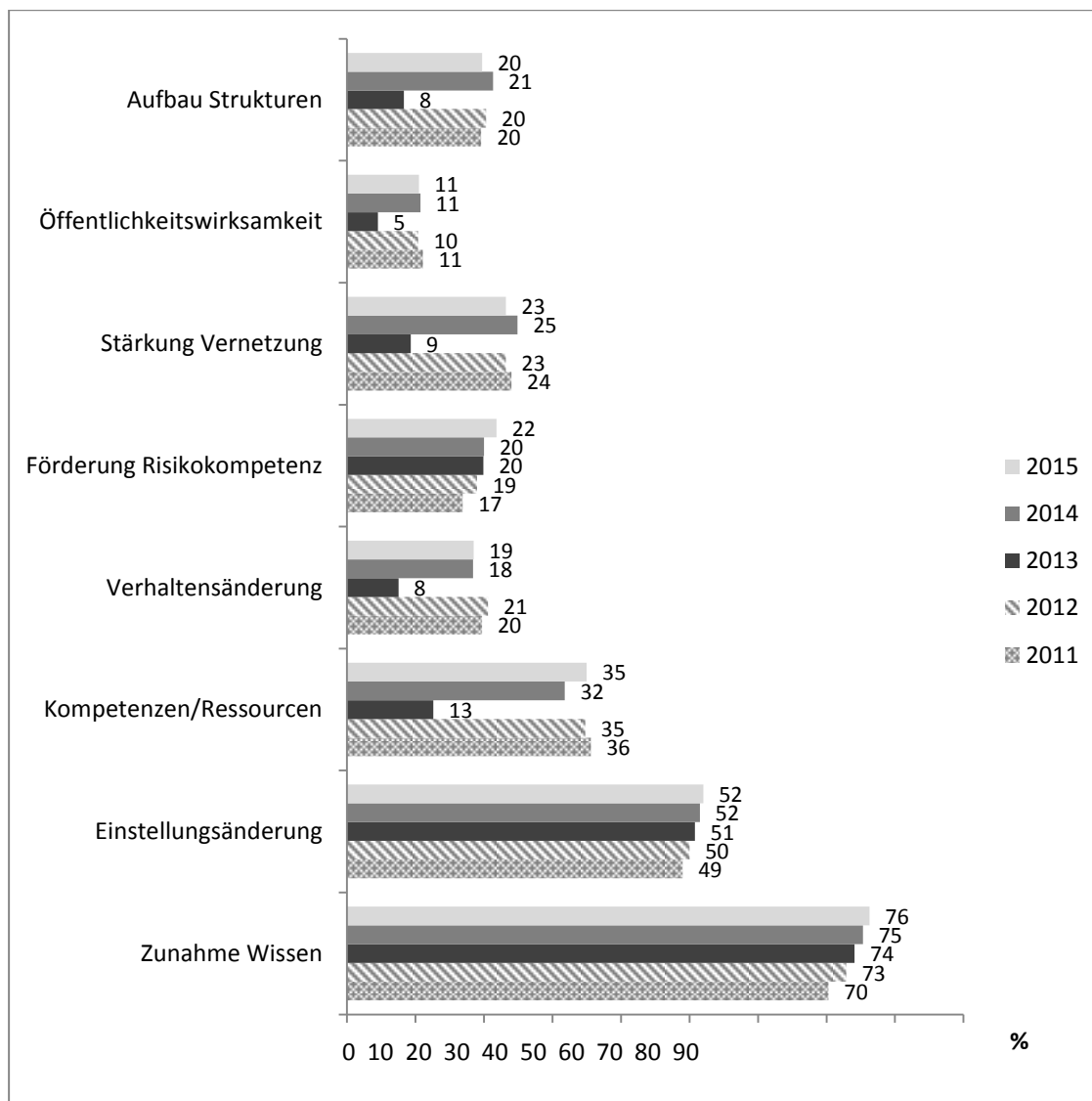
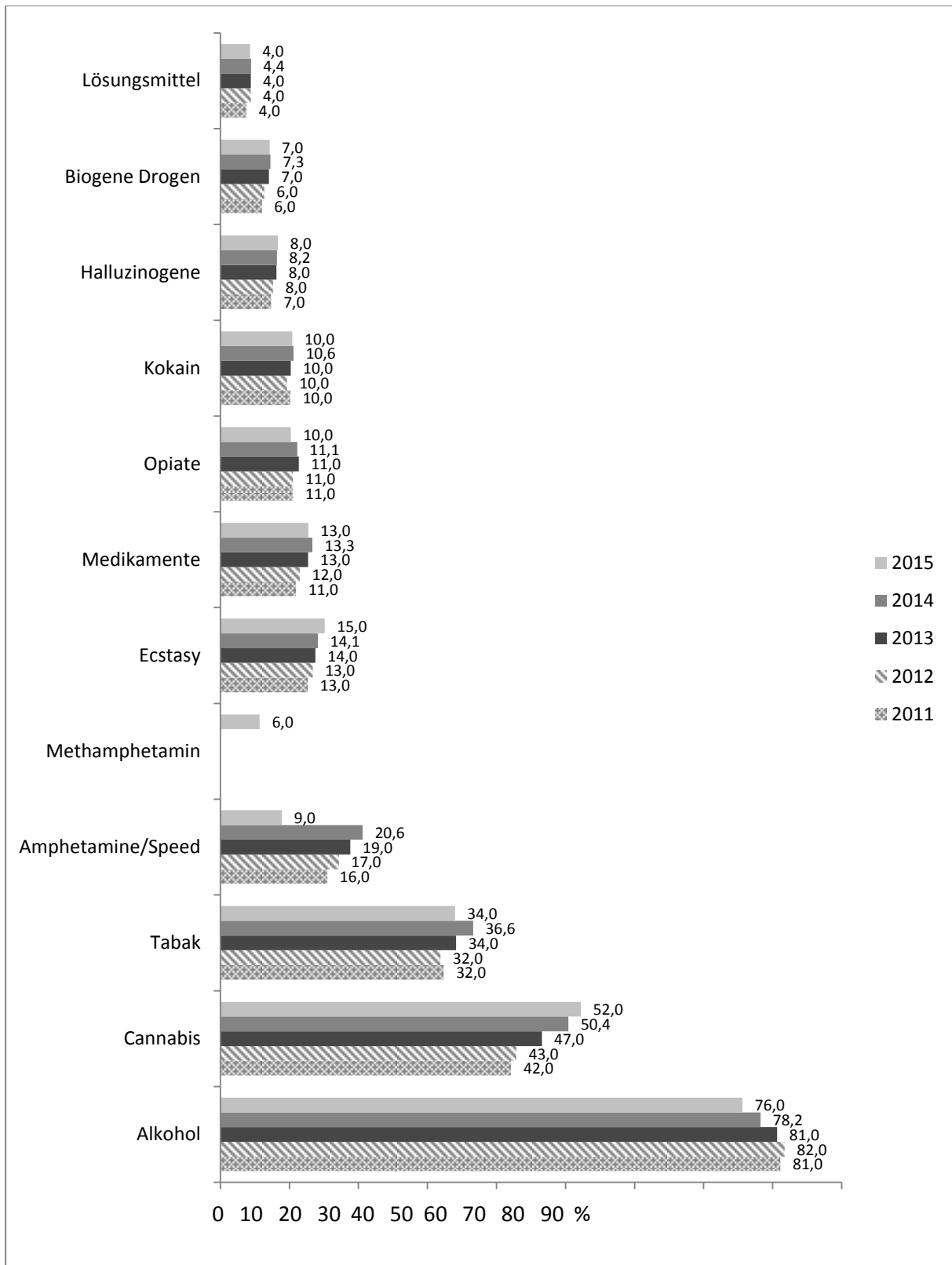


Abbildung 2 Ziele suchtpreventiver Aktivitäten von 2011 bis 2015



N (2015) = 20.110 N (2014) = 19.351, N (2013) = 20.105, N (2012) = 20.046, N (2011) = 19.000

Abbildung 3 Anteil der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten mit Substanzbezug von 2011 bis 2015, aufgeteilt nach Substanzen

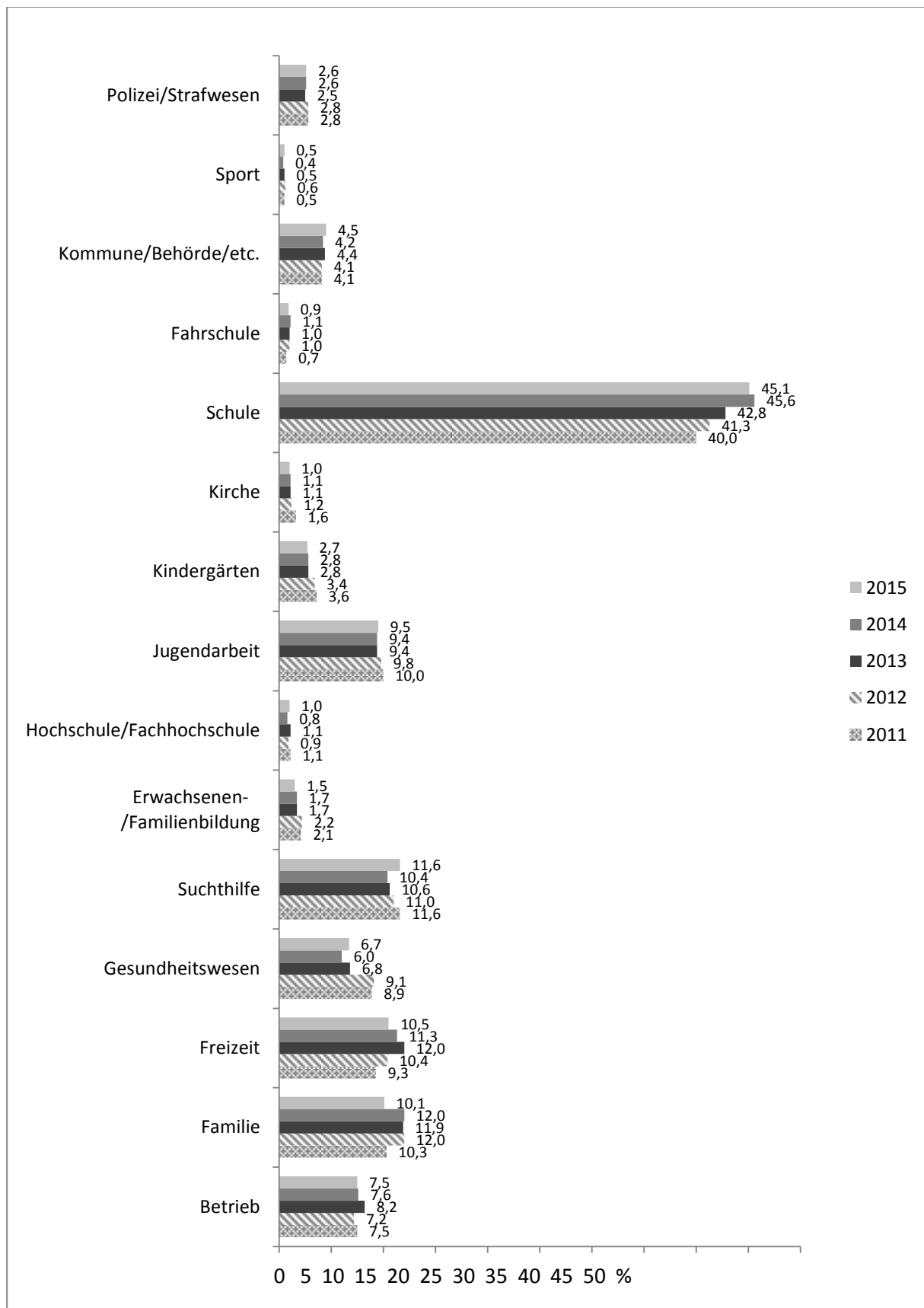


Abbildung 4 Settings suchtpreventiver Aktivitäten von 2011 bis 2015

2.2 Epidemiologisch bedeutende Veränderungen für die Suchtprävention

Idealerweise orientiert sich das Angebot der mit Dot.sys dokumentierten substanzspezifischen Aktivitäten in Deutschland an den gesundheitlichen Gefahren der einzelnen Substanzen für die Bevölkerung und der Bedarfe. Jedoch ist nicht immer gewährleistet, dass die Allokation von Ressourcen allein auf Grundlage objektiver Kriterien getroffen wird. Wenn die subjektive Einschätzung abweicht von den tatsächlichen Gegebenheiten, sind Fehlallokationen die Folge.

Die Schwierigkeit, aktuelle und zukünftige gesundheitliche Risiken korrekt einzuschätzen, besteht für die Suchtprävention vor allem bei „neuen“ Substanzen (z. B. NPS, Crystal) und „neuen“ Konsummustern (z. B. Inhalation von Kokain als Base). Erschwert wird die Einschätzung zudem dadurch, dass der Konsum illegaler Drogen (abgesehen von Cannabis) in verborgenen Populationen („hidden populations“) stattfindet. Beim problematischen Konsum illegaler Drogen handelt es sich um ein sozial unerwünschtes Verhalten, das sich grundsätzlich mit Repräsentativbefragungen nicht verlässlich erfassen lässt (auch nicht mit sehr großen Stichproben).

Bei neu auftretenden Substanzen oder Konsumformen besteht daher die Gefahr für die Suchtprävention, Risiken zu unter- oder zu überschätzen und finanzielle sowie personelle Ressourcen nicht angemessen zu verteilen. In dieser Hinsicht besteht prinzipiell kein Unterschied zwischen der Prävention neu auftretender nicht-übertragbarer Krankheiten („emerging non-communicable diseases“) und der Prävention übertragbarer Krankheiten. Auch bei neu auftretenden Infektionskrankheiten wird die Frage, ob und in welchem Umfang präventive Maßnahmen ergriffen werden sollten, oft kontrovers diskutiert, da das Auftreten neuer Krankheiten zunehmende zukünftige Gesundheitsfolgen impliziert, deren Ausmaß sich oft nicht leicht abschätzen lässt.

3 Neue Entwicklungen (T3)

3.1 Neue Entwicklungen (T3.1)

2015 wurde in Deutschland das Präventionsgesetz verabschiedet. Es legt den Fokus auf Interventionen in den Lebenswelten. Überall dort, wo Menschen leben, lernen und arbeiten wird Einfluss auf die Gesundheit genommen. Deshalb müssen präventive Aktivitäten im Lebensalltag der Menschen stattfinden und sie möglichst ein Leben lang begleiten. Das Präventionsgesetz stärkt deshalb die Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas, Schulen, Städten und Gemeinden ebenso wie in Betrieben und Pflegeeinrichtungen

Im Mittelpunkt steht dabei das gemeinsame Agieren aller verantwortlichen Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung. Hierzu sieht das Präventionsgesetz eine Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung, von Bund und Ländern und weiterer relevanter Akteure unter dem Dach der Nationalen

Präventionskonferenz vor. Erstmals wird es in Deutschland eine an gemeinsamen Zielen ausgerichtete gemeinsame nationale Präventionsstrategie und ein konzertiertes Vorgehen geben, an deren Abstimmung alle Verantwortlichen der Gesundheitsförderung und der Prävention beteiligt sind. Dadurch werden Ressourcen gebündelt und Aktivitäten in die und in den Lebenswelten gesteuert.

Diese Nationale Präventionskonferenz hat sich im Oktober 2015 konstituiert. Im Februar 2016 wurden die ersten trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten verabschiedet, die für alle Leistungsträger und Verantwortlichen in Lebenswelten wegweisend sind.

Die Bundesrahmenempfehlungen definieren als gemeinsame Ziele „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „gesund im Alter“. Durch diese Orientierung am Lebenslauf soll gewährleistet sein, dass mit lebensweltbezogener Prävention grundsätzlich alle Menschen erreicht werden – angefangen von Maßnahmen in Kitas und Schulen über Gesundheitsförderung in Betrieben und Präventionsarbeit in kommunalen Einrichtungen bis hin zu gesundheitsorientierten Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen. Prioritäre Zielgruppen sind demnach Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende, Studierende, berufstätige und arbeitslose Menschen, Ehrenamtliche und Pflegebedürftige, die zu Hause oder in einem Pflegeheim betreut werden sowie ihre pflegenden Angehörigen. Für diese Ziele und Zielgruppen beschreiben die Bundesrahmenempfehlungen die konkreten Handlungsfelder und das Leistungsspektrum.

Die Länder entwickeln derzeit eigene Landesrahmenvereinbarungen für die regional spezifischen Ziele und Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten. Dabei sollen auch Akteure aus dem Bereich der Suchtprävention einbezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten auch positive Auswirkungen auf den Konsum von Suchtmitteln hat.

Im Bereich des Substanzkonsums ist von Bedeutung, dass das Gesetz mit dem nationalen Gesundheitszieleprozess verknüpft ist. Hier sind bereits Ziele zur Prävention des Tabak- und des Alkoholkonsums entwickelt worden.

4 Zusatzinformationen (T4)

4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Der Landespräventionsrat Niedersachsen bietet mit der Online-Datenbank „Grüne Liste Prävention“ eine Sammlung von Beispielen Guter Praxis in der Prävention von Suchtverhalten, Gewalt, Kriminalität und anderen Problemverhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen an. Darin werden evaluierte Präventionsprogramme in Deutschland nach dem Evidenzgrad der zugrundeliegenden Studien kategorisiert und können nach Zielgruppen, Settings sowie relevanten Risiko- und Schutzfaktoren geordnet werden.

4.2 Weitere Aspekte (T.4.2)

Aktuell sind keine weiteren Aspekte zu berichten.

5 Anmerkungen und Anfragen (T5)

5.1 Veränderungen bei den Tabak- und Alkoholstrategien (T5.1)

Am 1. Januar 2015 ist die vierte Steuererhöhung des Tabaksteuermodells, welches mit dem Fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen vom 21. Dezember umgesetzt wurde, in Kraft getreten. Die Tabaksteuer auf Zigaretten und Feinschnitt war zuvor schon am 1. Mai 2011, am 1. Januar 2012 und am 1. Januar 2013 erhöht worden. Die Steuererhöhungen sind so ausgestaltet, dass die steuerliche Belastung von Feinschnitt stärker steigt als die steuerliche Belastung von Zigaretten. Abhängig von der jeweiligen Preisklasse erfordert jede Steuererhöhung bei Zigaretten eine steuerinduzierte Preisanpassung von 4 bis 8 Cent bezogen auf eine Packung mit 19 Zigaretten und bei Feinschnitt von 12 bis 14 Cent bezogen auf eine Packung mit 40 Gramm Feinschnitt.

Im April 2015 wurde das nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ verabschiedet. Nationale Gesundheitsziele werden von Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung erarbeitet.

5.2 Forschung zu Ätiologie und/oder Wirksamkeit (T5.2)

Das Lebenskompetenzprogramm REBOUND, ein Modellprojekt im Rahmen der Initiative European Drug Prevention Quality Standard (EDPQS), wurde im Setting Schule auf seine Wirksamkeit im Hinblick auf Substanzkonsum, Geschlecht, Alter und Schultyp untersucht (Kröniger-Jungaberle et al. 2015). Insgesamt kam es seltener zu erstmaligen Trunkenheitserfahrungen, was von den Autoren als Hinweis auf gesteigerte Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol gewertet wird. Bei Raucherinnen und Rauchern führte der Kurs zu einer geringeren Wahrnehmung des persönlichen Risikos und bei Nicht-Konsumenten zu einer geringeren allgemeinen Risikowahrnehmung bei Tabak und Cannabis, was allerdings nicht zu einer Zunahme des Tabak- oder Cannabiskonsums führte. Unklar ist, ob die geringere Risikowahrnehmung führte als iatrogener Effekt interpretiert werden sollte oder als eine Verringerung unrealistisch hoher Risikowahrnehmung, die zu einer Trivialisierung von Risiken führen kann. Aus Subgruppenanalysen ergab sich, dass männliche Schüler in der Interventionsgruppe seltener erste Trunkenheitserfahrung initiierten, was auf gesteigerte Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol zurückgeführt wird. Der Effekt von REBOUND auf eine Verringerung des Konsums war bei Schülern des Gymnasiums größer als bei Realschülern und führte bei diesen zu besserer Kenntnis der Substanz und einem verbesserten Umgang mit objektiv verifizierbaren Informationen. Unter Realschülern führte das Programm zu einer Steigerung des wahrgenommenen relativen

Risikos, was die Autoren auf „selbstdienliche Wahrnehmung“ zurückführen, das heißt, auf eine Unterschätzung der eigenen Vulnerabilität. Bei jungen Teilnehmern (14-15 Jahre alt) sank die Häufigkeit erstmaliger Trunkenheitserfahrungen.

Mit Mitteln des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) führte das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kinder und Jugendalters (DZSKJ) eine Evaluation des Projekts: „Familien Stärken“ durch, einer Adaptation des US-amerikanischen „Strengthening Families Program 10-14“ zur familienbasierten Suchtprävention. Zum Redaktionsschluss lagen noch keine Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie vor.

Außerdem finanzierte das BMBF eine Studie des DZSKJ zur kognitiv-behavioralen Therapie bei Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und substanzbezogenen Störungen: „Childhood Abuse and Neglect as a cause and consequence of Substance Abuse – understanding risks and improving Services (CANSAS)“. Auch die Ergebnisse dieser Studie lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Das in vergangenen REITOX-Berichten vorgestellte modulare Präventionskonzept „Trampolin“¹⁶ für Kinder aus suchtbelasteten Familien wurde mit einem prospektiven, randomisiert-kontrollierten Design untersucht. Die Befragung von Eltern und Kindern fand zu drei Messzeitpunkten statt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder von der Teilnahme an „Trampolin“ in mehrfacher Hinsicht profitieren: Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe fiel ihre psychische Belastung auch sechs Monate nach Ende des Kurses signifikant geringer aus. Außerdem verfügten sie über mehr Wissen zum Thema Sucht in der Familie und dem Umgang damit. Langzeitkatamnesen in Bezug auf die beteiligten Kinder sind vorgesehen. Aus der Evaluation resultierende konkrete Maßnahmen und Herausforderungen für Wissenschaft und Praxis wurden im Rahmen der Abschlusskonferenz im Februar 2012 thematisiert. So wurde eine Stärkung der Vernetzung von Jugendhilfe und Medizin, die Aufgabe der strikten Trennung zwischen Prävention und Behandlung und die Etablierung von „Trampolin“ als Standardangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien als Herausforderungen an die Praxis gefordert (DZSKJ & DISuP 2012).

¹⁶ www.projekt-trampolin.de [letzter Zugriff: 19.09.2016].

Trampolin hat zum Ziel negative Entwicklungsverläufe der Kinder aus suchtbelasteten Familien mit Methoden der Resilienzförderung zu verhindern und den Aufbau eigener Resilienz- und Schutzfaktoren der Kinder zu fördern.

6 Quellen und Methodik (T6)

6.1 Quellen (T6.1)

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: Alkohol und Tabak Grundlagen und Folgeerkrankungen. Singer, M.V. & Adams, M. (Hrsg.), S. 57-62. Thieme, Stuttgart.
- Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A. & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ open **5** (9) e007449-2014-007449.
- Backes, F. & Schönbach, K. (2002). Peer Education - ein Handbuch für die Praxis. BZgA, Köln.
- Barber, B.K., Stolz, H.E. & Olsen, J.A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. Monographs of the Society for Research in Child Development **70** (4) 1-137.
- Barquero, B., Scheithauer, H., Mayer, H., Heim, P., Meir-Brenner, S. & Erhardt, H. (2005). Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Ein Beitrag zur entwicklungsorientierten Sucht- und Gewaltprävention. Abschlussbericht zur Evaluation des Projekts PAPILIO. Papilio Verlag, Augsburg.
- Barrish, H.H., Saunders, M. & Wolf, M.M. (1969). Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. Journal of applied behavior analysis **2** (2) 119-124.
- Bauman, K.E., Carver, K. & Gleiter, K. (2001). Trends in parent and friend influence during adolescence: the case of adolescent cigarette smoking. Addictive Behaviors **26** (3) 349-361.
- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Blum, R.W., Beuhring, T., Shew, M.L., Bearinger, L.H., Sieving, R.E. & Resnick, M.D. (2000). The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. American Journal of Public Health **90** (12) 1879-1884.
- Brook, D.W., Brook, J.S., Zhang, C., Cohen, P. & Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. Archives of General Psychiatry **59** (11) 1039-1044.

- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs" (2. Auflage). BZgA, Köln.
- Cuijpers, P (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. Addictive Behaviors **27** (6) 1009-1023.
- Degenhardt, L., Mathers, B., Guarinieri, M., Panda, S., Phillips, B., Strathdee, S.A., Tyndall, M., Wiessing, L., Wodak, A., Howard, J. & Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use (2010). Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health. The International journal on drug policy **21** (5) 347-358.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2015). Staatsanwaltschaften. Fachserie 10 Reihe 2.6 – 2014. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf [letzter Zugriff: 30-08-2016].
- Donovan, J.E. (2004). Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine **35** (6) 529.e7-529.18.
- DZSKJ & DISuP (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters / Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung / Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen) (2012). Abschlusskonferenz des Projekts Trampolin. Köln, am 23./24. Februar 2012. Verfügbar unter: http://www.projekt-trampolin.de/image/trampolin_konferenz_charts.pdf [letzter Zugriff: 30-08-2016].
- Effertz, T. (2015). Die Kosten des Rauchens in Deutschland (2. Auflage). Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.
- Faggiano, F., Galanti, M.R., Bohn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, L., Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G. & EU-Dap Study Group (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. Preventive medicine, **47** (5) 537-543.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. The Cochrane database of systematic reviews **12** (12).

- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M.R. & EU-Dap Study Group (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. Preventive medicine **44** (2) 170-173.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, M.R. & EU-Dap Study Group (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and alcohol dependence **108** (1-2) 56-64.
- Gaertner, B. (2016). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Jahrbuch Sucht 2016. DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) e.V. (Hrsg.). Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Hanna, E.Z., Yi, H.Y., Dufour, M.C. & Whitmore, C.C (2001). The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. Journal of substance abuse **13** (3) 265-282.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2009). Papilio in Hessen 2006-2008. Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt.
- Hillenbrand, C., Pütz, K. (2008). Die Kölner Evaluationsstudie zum KlasseKinderSpiel. In: KlasseKinderSpiel, Spielerisch Verhaltensregeln lernen (2. Auflage), Hillenbrand, C. & Pütz, K. (Hrsg.), S. 145-153. Körber-Stiftung, Hamburg.
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). Early child development: A powerful equalizer final report for the world health organization's commission on the social determinants of health. University of British Columbia, Vancouver.
- KBA (Kraftfahrt-Bundesamt) (2016). Fahrerlaubnisse (FE) - Maßnahmen zu allgemeinen Fahrerlaubnissen - Jahr 2015 - FE 10. Kraftfahrt-Bundesamt, Flensburg.
- Kellam, S.G., Brown, C.H., Poduska, J.M., Ialongo, N.S., Wang, W., Toyinbo, P., Petras, H., Ford, C., Windham, A. & Wilcox, H.C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug and alcohol dependence **95** (Suppl 1) S5-S28.
- Kellam, S.G., Rebok, G.W., Ialongo, N. & Mayer, L.S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines **35** (2) 259-281.

- Kim, H.J., Fay, M.P., Feuer, E.J. & Midthune, D.N. (2000) Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Statistics in medicine **19** (3) 335-351.
- KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland) (2012). Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012). Verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf [letzter Zugriff:30-08-2016].
- Kröniger-Jungaberle, H., Nagy, E., von Heyden, M., DuBois, F. & the REBOUND Participative Development Group (2015). REBOUND: A media-based life skills and risk education programme. Health Education Journal **74** (6) 705-719.
- Landespräventionsrat Sachsen (2016). 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums [online]. Verfügbar unter: <http://www.crystal.sachsen.de/27704.html> [letzter Zugriff: 22-07-2016].
- Lee, J., Tan, C.S. & Chia, K.S. (2009). A practical guide for multivariate analysis of dichotomous outcomes. Annals of the Academy of Medicine, Singapore **38** (8) 714-719.
- Maruska, K., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2011). Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. Sucht **57** (4) 301–312.
- McGue, M., Iacono, W.G., Legrand, L.N., Malone, S. & Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. Alcoholism, Clinical and Experimental Research **25** (8) 1156-1165.
- National Cancer Institute (2016). Joinpoint Regression Program (Version 4.3.1.0). Statistical Methodology and Applications Branch. Surveillance Research Program. Rockville/Maryland, USA.
- Papilio e.V. (2016). Über 120.000 Kinder erreicht: Zahlen, Daten, Fakten zu Papilio. [online]. Verfügbar unter: http://www.papilio.de/papilio_zahlen-daten-fakten.php [letzter Zugriff: 22-07-2016].
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. & Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. Jama **278** (10) 823-832.

- Richard, J.B., Toubiana, L., le Mignot, L., Ben Said, M., Mugnier, C., le Bihan-Benjamin, C., Jais, J.P. & Landais, P. (2005). SIGNe: A Geographic Information System on the Web for End-Stage Renal Disease. Studies in health technology and informatics **116** 713-718.
- Rivest, S., Bédard, Y., Proulx, M., Nadeau, M., Hubert, F. & Pastor, J. (2005). SOLAP technology: Merging business intelligence with geospatial technology for interactive spatio-temporal exploration and analysis of data. ISPRS Journal of Photogrammetry and Remote Sensing **60** (1) 17-33.
- Springer, J.F. & Phillips, J.L. (2007). The institute of medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Verfügbar unter: http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf [letzter Zugriff:30-08-2016].
- Sumnall, H.R. & Bellis, M.A. (2007). Can health campaigns make people ill? The iatrogenic potential of population-based cannabis prevention. Journal of epidemiology and community health **61** (11) 930-931.
- Van Eimeren, B. & Frees, B. (2010). Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2010. Fast 50 Millionen Deutsche online – Multimedia für alle? Media Perspektiven **7-8** 334-349.
- Viner, R.M., Haines, M.M., Head, J.A., Bhui, K., Taylor, S., Stansfeld, S.A., Hillier, S. & Booy, R. (2006). Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents. The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine **38** (1) 55.
- Wang, M.Q., Fitzhugh, E.C., Westerfield, R.C. & Eddy, J.M. (1995). Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine **16** (3) 200-203.

6.2 Methodik (T6.2)

Die Methodik der einzelnen aufgeführten Studien wird in den jeweiligen Publikationen ausführlich erläutert.

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Einstellung ohne Auflage gemäß §§ 153, 153b und c, 154 Abs.1 und 154b bis f StPO, 45 Abs.1 und 2 JGG, 31a Abs. 1 BtMG	7
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil verwaltungsrechtlicher Entziehungen der Fahrerlaubnis an allen Entziehungen nach §§ 2a, 3 und 4 StVG in Verbindung mit § 46 FeV	10
Abbildung 2	Ziele suchtpreventiver Aktivitäten von 2011 bis 2015	42
Abbildung 3	Anteil der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten mit Substanzbezug von 2011 bis 2015, aufgeteilt nach Substanzen	43
Abbildung 4	Settings suchtpreventiver Aktivitäten von 2011 bis 2015	44