



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



# DEUTSCHLAND

## Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

### Prävention

#### *Workbook Prevention*

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,  
IFT Institut für Therapieforschung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# Inhaltsverzeichnis

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>0</b> | <b>ZUSAMMENFASSUNG (T0)</b> .....                               | <b>4</b>  |
| <b>1</b> | <b>NATIONALES PROFIL (T1)</b> .....                             | <b>4</b>  |
| 1.1      | Strategie und Struktur (T1.1).....                              | 4         |
| 1.1.1    | Hauptziele von Prävention (T1.1.1).....                         | 4         |
| 1.1.2    | Organisationsstruktur (T1.1.2).....                             | 5         |
| 1.2      | Präventionsmaßnahmen (T1.2).....                                | 5         |
| 1.2.1    | Verhältnisprävention (T1.2.1).....                              | 5         |
| 1.2.2    | Universelle Prävention (T1.2.2).....                            | 9         |
| 1.2.3    | Selektive Prävention (T1.2.3).....                              | 20        |
| 1.2.4    | Indizierte Prävention (T1.2.4).....                             | 22        |
| <b>2</b> | <b>TRENDS (T2)</b> .....  | <b>23</b> |
| 2.1      | Veränderungen bei Präventionsmaßnahmen (T2.1).....              | 23        |
| <b>3</b> | <b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3 UND T3.1)</b> .....                   | <b>28</b> |
| <b>4</b> | <b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4)</b> .....                           | <b>29</b> |
| 4.1      | Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....                    | 29        |
| 4.2      | Weitere Aspekte (T.4.2) .....                                   | 29        |
| <b>5</b> | <b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)</b> .....                      | <b>29</b> |
| 5.1      | Veränderungen bei den Tabak- und Alkoholstrategien (T5.1) ..... | 29        |
| 5.2      | Forschung zu Ätiologie und/oder Wirksamkeit (T5.2) .....        | 29        |
| <b>6</b> | <b>QUELLEN UND METHODIK (T6)</b> .....                          | <b>30</b> |
| 6.1      | Quellen (T6.1).....   | 30        |
| 6.2      | Methodik (T6.2).....  | 30        |

|          |                                   |           |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| <b>7</b> | <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>         | <b>31</b> |
| <b>8</b> | <b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>9</b> | <b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b> | <b>34</b> |

## 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, die Kommunen und durch die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger wahrgenommen.

Cannabis ist weiterhin die am häufigsten konsumierte illegale Droge und bei den illegalen Drogen am häufigsten Gegenstand substanzspezifischer Maßnahmen der Suchtprävention. Seit dem Jahr 2000 ist ein grundlegender Wandel in der Altersstruktur von Konsumenten illegaler Drogen zu verzeichnen. Mittlerweile sind erstaunliche Konsumenten „harter“ Drogen (entspricht allen illegalen Drogen, exklusive Cannabis) überwiegend 25 Jahre oder älter und es ist diese Altersgruppe, deren Substanzkonsum (hier: inklusive Cannabis) am häufigsten zu Krankenhausaufnahmen und zur Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe führt. Die mit Abstand wichtigste Altersgruppe für die Suchtprävention sind weiterhin Kinder- und Jugendliche, um bereits in diesem Alter den Grundstein dafür zu legen, dass ein Einstieg in den Drogenkonsum verhindert wird.

Seit dem letzten Bericht hat der Anteil der Präventionsangebote, die sich mit Cannabis befassen, deutlich zugenommen und liegt erstmalig bei über 50 %. Damit wird der hohen Konsumprävalenz der Substanz Rechnung getragen und dem in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegenen Anteil an der Behandlungsinanspruchnahme, vor allem bei Konsumenten unter 25 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. Vorbeugung von Sucht 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)**

Für die Umsetzung der *Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* und die daran anknüpfenden suchtpreventiven Maßnahmen sind neben den jeweils zuständigen ministeriellen Ressorts insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesländer, die kommunale (Verwaltungs-)Ebene und die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger zuständig. Diese Vielzahl an Akteuren trägt dem Subsidiaritätsprinzip Rechnung und stellt gleichzeitig eine möglichst breit angelegte Streuung präventiver Maßnahmen auf allen föderalen Ebenen in der Bundesrepublik sicher.

## **1.2 Präventionsmaßnahmen (T1.2)**

### **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 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. Die Androhung von Strafe für Handel und Erwerb der in Anlage I zum BtMG aufgeführten Stoffe („illegale Drogen“) schöpft die Handlungsmöglichkeiten für verhältnispräventive Interventionen nahezu vollständig aus, sodass Maßnahmen wie Steuererhöhungen, Alterskontrollen oder Werbeverbote bei illegalen Drogen hinfällig sind. Verhältnisprävention ist deshalb vor allem bei legalen Drogen von Bedeutung und soll im Folgenden anhand von Regelungen zum Konsum von Alkohol und Tabak dargestellt werden.

### **Gesetzliche Regelungen zum Alkoholkonsum**

Durch schädlichen Alkoholkonsum entstehen in Deutschland jährlich geschätzte direkte Kosten in Höhe von insgesamt 7,39 Milliarden Euro und indirekte Kosten in Höhe von 16,7 Milliarden 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 (ebd.). Altersgruppenspezifische Auswertungen zu Mortalität und Morbidität weisen auf einen Schwerpunkt bei Konsumenten im mittleren Lebensalter hin (Bergmann und Horch 2002). Wirksame Instrumente der Prävention lassen sich in dieser Zielgruppe demnach besonders effizient einsetzen.

## **Jugendschutzgesetz (JuSchG)**

Das Jugendschutzgesetz<sup>1</sup> 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.

Die Landesregierungen legen für Schank- und Speisewirtschaften sowie für öffentliche Vergnügungsstätten eine Sperrzeit fest. Diese Sperrzeit kann verlängert, verkürzt oder aufgehoben werden. In vielen Bundesländern ist die Sperrzeit durch die sogenannte Putzstunde von 5 bis 6 Uhr ersetzt. Ordnungsämter können abweichend davon ebenfalls festlegen, wie lange eine Gaststätte geöffnet sein darf. Autobahnraststätten sind generell von der Sperrstunde ausgeschlossen, allerdings erfolgt zwischen 00:00 und 07:00 Uhr kein Ausschank alkoholischer Getränke.

## **Alkoholsteuer**

„Die Besteuerung alkoholischer Getränke in Deutschland wird nach der Getränkeart unterschieden“ (Gaertner et al. 2012). 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. Gaertner und Kollegen (2012) fordern eine einheitliche Besteuerung von alkoholhaltigen Getränken auf Grundlage der enthaltenen Alkoholmenge sowie eine Angleichung (also Anhebung) der Alkoholsteuer in Deutschland an den Durchschnitt der Europäischen Union (EU), nicht zuletzt um die gesundheitspolitischen Potentiale der Alkoholsteuer zu nutzen.

---

<sup>1</sup> 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.

Die Einnahmen aus Alkoholsteuern in Deutschland im Jahr 2014 betragen 3,2 Mrd. €, was einem geringfügigen Rückgang im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

### **Alkohol im Straßenverkehr**

In Deutschland werden im Straßenverkehrsgesetz (StVG) und Strafgesetzbuch (StGB) die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich Alkohol im Straßenverkehr geregelt.

Die Promille-Grenzwerte variieren dabei nach Personengruppe (Fahranfänger, erfahrener Fahrer). Für Fahranfänger beim Führen von Fahrzeugen gilt während der zweijährigen Probezeit ein Alkoholverbot. Erfahrenen Fahrern ist das Führen von Fahrzeugen bis zu einer Obergrenze von 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut erlaubt. Kommt es jedoch mit weniger als 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut des Fahrers zu einem Unfall, so liegt eine Straftat nach Strafgesetzbuch (StGB) vor, was u. U. bereits mit einem Führerscheinentzug geahndet werden kann. Bei Anzeichen von Fahrunsicherheit ist ein Alkoholgehalt im Blut ab 0,3 Promille strafbar.

Ein Alkoholgehalt im Blut ab 0,5 Promille wird unterschiedlich stark geahndet: von einer Geldbuße bis hin zu einem Führerscheinentzug auf Dauer.

Mit einem Alkoholgehalt im Blut ab 1,1 Promille macht sich der Fahrzeugführer strafbar, wenn keine Anzeichen von Fahrunsicherheit vorliegen oder wenn es zu einem Verkehrsunfall kommt. Führerscheinentzug, Geld- oder Freiheitsstrafe (bis zu 5 Jahre) sowie Schadenersatz/Schmerzensgeld an das Unfallopfer sind als Strafe vorgesehen.

Verwickeln sich minderjährige Radfahrer unter Alkoholeinfluss in einen Unfall, können Sie mit 18 Jahren den Führerschein nicht ohne weiteres erwerben. Die Fahreignung kann im Einzelfall selbst einem alkoholisierten Fußgänger, 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 eine Mischung aus strukturellen bzw. rechtlichen Maßnahmen sowie Aufklärungs- und Unterstützungsangeboten gesetzt.

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 Zigarettenautomaten 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 Tabakkontrolle<sup>2</sup>.

### **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 Nichtraucherschutz geregelt<sup>3</sup>.

### **Jugendschutz**

Das Jugendschutzgesetz (JuSchG) 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 sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche Tabakwaren nicht entnehmen können.

---

<sup>2</sup> <http://www.who.int/fctc/en/> (letzter Zugriff: 22.10.2015).

<sup>3</sup> 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: 22.10.2015).



## **Tabaksteuer**

Tabakwaren unterliegen in Deutschland der Tabak- und Mehrwertsteuer. Die Tabaksteuer ist in den letzten Jahren schrittweise angehoben worden. Seit Januar 2014 beträgt sie 9,63 Cent pro Zigarette plus 21,74 Prozent des Kleinverkaufspreises<sup>4</sup>. Im Durchschnitt beträgt der Steueranteil ca. drei Viertel des Verkaufspreises einer Zigarette<sup>5</sup>. Zigarren und Zigarillos sowie Feinschnitt und Pfeifentabak werden ebenfalls besteuert. Kau- und Schnupftabak sind von der Steuer ausgenommen, weil sie nicht zu den Rauchtobakwaren zählen.

Die Einnahmen aus Tabaksteuern in Deutschland im Jahr 2014 betrugen ca. 14,3 Mrd. €, was einem Anstieg um 1,6 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

## **Tabakverkauf**

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

## **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) angepasst<sup>6</sup>. So ist seit Anfang 2007 Werbung für Tabakprodukte auch in Zeitungen, Zeitschriften, Magazinen und im Internet verboten. Ausgenommen sind Veröffentlichungen, die für Mitarbeiter 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 sonstige grenzüberschreitende Wirkung haben (z. B. die Formel 1) ist ebenfalls verboten. Bei diesen Veranstaltungen dürfen auch keine kostenfreien Tabakerzeugnisse verteilt werden.

### **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

---

<sup>4</sup> Der Kleinverkaufspreis wird vom Hersteller festgelegt.

<sup>5</sup> Der Kleinverkaufspreis eines Tabakprodukts kann je nach Hersteller bzw. Marke variieren, daher ist auch der jeweilige Steueranteil unterschiedlich.

<sup>6</sup> Die Tabakrichtlinie der EU (2003/33/EG) sieht eine einheitliche Regelung von Tabakwerbung und -sponsoring für alle EU-Mitgliedsländer vor. Das deutsche Tabakgesetz ist online verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/lmg\\_1974/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/lmg_1974/index.html) (letzter Zugriff: 22.10.2015).

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 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) sowie von vielen anderen Akteuren. Nicht zuletzt ist hier das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer zu nennen. 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 (ebd.).

### **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.

Im Setting Schule kommen sowohl innovative Programme wie „REBOUND“ (s.u.) zum Einsatz, als auch Programme, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich bundesweit umgesetzt werden, wie etwa „Unplugged“ (s.u.). Die 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.

Basierend auf den Meldungen im Dokumentationssystem Dot.sys lässt sich feststellen, dass ca. jede zehnte Intervention an Schulen den Ansatz der Peer-Education verfolgt. 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 (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 erfolgversprechender als die Vermittlung durch Lehrkräfte (Bühler & Thrul 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 erfolgversprechend, in aller Regel unter der Voraussetzung, dass sie durch Komponenten in außerschulischen Settings ergänzt werden (Bühler & Thrul 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), das in Deutschland 2007 erstmals in 23 Grundschulen in Köln und Umgebung eingesetzt wurde (Hillenbrand & Pütz 2008). Angepasst an die deutsche Schulkultur wird es als „KlasseKinderSpiel“ mittlerweile auch andernorts erfolgreich durchgeführt. Zielgruppe der auf lerntheoretischen Prinzipien beruhenden Intervention sind Grund- und Förderschüler verschiedener Altersgruppen. Zunächst werden gemeinsam Regeln für eine optimale Zusammenarbeit bestimmt und inadäquate Verhaltensweisen („Fouls“) genau festgelegt, für die später Punkte vergeben werden: z. B. ohne Erlaubnis den Platz verlassen, dazwischen sprechen, spielen, Zettel verteilen. Anschließend werden Gruppen gebildet und eine Spielzeit festgelegt. Die Gruppe mit der geringsten Zahl an Punkten gewinnt und erhält eine Belohnung. In den ersten Wochen geschieht dies unmittelbar nach Ablauf der Spielzeit, später zeitverzögert, z. B. am Ende des Schultags. Das Spiel wurde in mehr als 20 Studien in verschiedenen Schularten und mit Schülern unterschiedlichen Alters von der Vorschule bis zum Jugendalter mit sehr guten Ergebnissen evaluiert (Kellam et al. 1994, 2008; 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.

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 wurde<sup>7</sup>. 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 Lehrer 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 Unterrichtsbesucher („Schüler-Mentoren“) auch an der Vermittlung von Inhalten mit. Die Schüler-Mentoren begleiten das Programm über zwölf Monate. Voraussetzung ist der Abschluss einer Grundausbildung, für die von der „Jungen Universität Heidelberg“ das Zertifikat „Unterrichtsbesucher“ 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. 2014). 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 bei Kontakt mit Konsumierenden oder Eigenkonsum kam („switching risks“).

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 sind die Korrektur normativer

---

7 [www.my-rebound.de](http://www.my-rebound.de) (letzter Zugriff: 22.10.2015).

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 des Settings zu unterstützen.

„Unplugged“ ist umfassend in mehreren europäischen Ländern in randomisiert-kontrollierten Studien mit großen Stichproben evaluiert und verfügt so über eine belegte Effizienz zur Prävention des regelmäßigen Konsums legaler und illegaler Substanzen (Faggiano et al. 2007, 2008, 2010). 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 2010). Das aus zwölf Unterrichtseinheiten bestehende Programm, das von speziell geschulten Lehrkräften durchgeführt wird, wurde ursprünglich im Rahmen des Projektes EU-DAP (European Drug Prevention Trial) entwickelt.

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.

### **Beispiele aus den Ländern**

Der „10 Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums“ (Landespräventionsrat Sachsen 2014) sieht vor, dass an allen weiterführenden Schulen im Bundesland Sachsen eine kompetente Ansprechperson zum Thema „Crystal“ für Rat und Hilfe suchende Lehrer, Eltern und Schüler zur Verfügung steht. Die Schulleitungen informieren über Schulkonferenzen auch die Eltern- und Schülervertreter 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, Sozialarbeiter, Ärzte, Hebammen und Polizisten als konkrete Ansprechpartner. Schulen werden gezielt und fundiert über Hintergründe, Merkmale, Gefahren und Auswirkungen des Crystal-Konsums sowie über Hilfsangebote informiert. Beispielsweise wird in Ergänzung bereits vorhandener Fortbildungsangebote zum Thema Suchtgefahren im Rahmen der regionalen Fortbildung eine Veranstaltung insbesondere – aber nicht nur – für Beratungslehrer weiterführender Schulen durchgeführt. Die Inhalte werden von Suchtexperten und den drei Ministerien für Kultus (SMK), Soziales und Verbraucherschutz (SMS) und des Inneren (SMI) in Anlehnung an bereits durchgeführte Maßnahmen des Sozialministeriums konzipiert.

Das Anfang 2014 eröffnete „Lebenskompetenzportal“ für sächsische Schulen mit dem Themenfeld Suchtprävention, in dem auch die Sucht- und Drogenproblematik zu Crystal angesprochen wird, 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 Landesschülerrat 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.

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 (z. B. Justiz, Jugendhilfe, Drogenberatung) in den Bereichen Sucht, Gewalt und Medien sowie Eigentum im Rahmen dieses Projektes zu fördern.

In Nordrhein-Westfalen stellte die Koordinationsstelle des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) 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 dieses 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! – an Förderschulen für geistige Entwicklung“. Das Programm wurde 2014 als beispielhaft von der Landesinitiative Gesundes Land NRW ausgezeichnet. Das Pilotprojekt wurde evaluiert und im nächsten Schritt werden Erfahrungen, Konzeption und Materialien in einem Handbuch zusammengefasst.

„High 5“ ist eine interaktive mobile Ausstellung aus dem Bundesland Thüringen zum Thema illegale Drogen, welche zum Beispiel von Lehrern, Schulsozialarbeitern, Mitarbeitern der Jugendhilfe oder Suchtpräventionsfachkräften ausgeliehen werden kann. Durch den Einsatz verschiedener Methoden und spielerischer Aktionen an sieben Stationen ist das Ziel der interaktiven Ausstellung „High 5“, die jungen Erwachsenen zu motivieren, sich aktiv und kritisch mit den 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.

Im Zeitraum April bis Juni 2015 wurde „High 5“ an verschiedenen Thüringer Schulformen evaluiert. Die Evaluation wird im Rahmen einer Bachelor-Arbeit in Kooperation mit der Thüringer Fachstelle Suchtprävention durchgeführt. Insgesamt sollten mindestens 100 Schüler befragt werden, um ein quantitativ fundiertes Ergebnis zu erreichen. Weiterhin werden die Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter in einem qualitativen Fragebogen gebeten,

Angaben zur Ausstellung und deren Umsetzbarkeit zu machen. Der Bericht mit den Evaluationsergebnissen soll im Herbst 2015 zur Verfügung stehen.

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. Vereinzelt wurden Schulleitungen zum lösungsfokussierten Umgang mit alkoholabhängigen Kollegen ermutigt. Derzeit gibt es in Thüringen neun ausgebildete Personen des Schulpsychologischen Dienstes. Auch die Thüringer Polizei unterstützt die primäre Prävention in den Thüringer Schulen. So wurden als Aktivitäten beispielhaft Vorträge vor Schulklassen, Lehrkräften oder auf Elternabenden durchgeführt.

### **Familie**

Die Familie hat den wichtigsten Einfluss auf die Entwicklung von Kindern (Irwin, Siddaqi & Hertzman 2007) und es gibt umfassende Belege dafür, dass elterliche Erziehung sich positiv auf die Gesundheit Jugendlicher auswirken kann (Barber, Stolz & Olsen 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 (Blum et al. 2000). 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, Carver, & Gleiter 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.

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 aufgewachsen<sup>8</sup>. Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Kinder aus suchtblasteten Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer Alkohol- oder

---

8 [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de) (letzter Zugriff: 22.10.2015).

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 stark ausgeprägt sind (Thomasius et al 2008).

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 und Gesundheitssystem soll der Schutz von Säuglingen und Kleinkindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung intensiviert werden. Das übergeordnete Ziel des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (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 werdenden Eltern bis hin zu Familien mit Kindern bis zum Alter von ca. drei Jahren, deren Lebenssituationen durch hohe Belastungen (zum Beispiel Armut, Gewalt oder Suchterkrankung im Elternhaus) gekennzeichnet sind. Der Sitz des Zentrums ist 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 Ergebnissen 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.

Um Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien zu helfen, ist ein abgestimmtes Wirken aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen, wie sie im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und im Gesetz zur Kooperation und Information im



Kinderschutz (KKG) gefordert wird, notwendig<sup>9</sup>. 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 für Kinder und Jugendliche“ 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 und Familie“, „Gewalt in der Familie“ und „psychisch kranke Eltern“ sowie eine kostenlose und anonyme Beratung<sup>10</sup>.

### **Kommune**

Für eine ganzheitliche und nachhaltig wirksame Suchtprävention ist es notwendig, neben der Familie und Schule auch die weitere 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 Zahl der Einwohner 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.

### **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 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 als Verkehrsteilnehmer straf-/ordnungs- oder verkehrsrechtlich auffällig geworden sind oder bei denen dies aufgrund ihres

---

9 Art. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), siehe <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html> (letzter Zugriff: 22.10.2015).

10 [www.kidkit.de](http://www.kidkit.de) (letzter Zugriff: 22.10.2015).

Verhaltens zu erwarten ist. 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 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.

Das Projekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten bei den Strafverfolgungsbehörden“ (FreD) der Koordinationsstelle Sucht des 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 an Strafverfahren beteiligten Institutionen wie Strafverfolgungsbehörden, Justiz, Polizei und Jugendhilfe bekannter zu machen, um so die Anwendung zu fördern. Daneben waren Bestandteil des Projektes die Entwicklung und Herausgabe eines Fact Sheets „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 Trainern über ein Alleinstellungsmerkmal als selektives Suchtpräventionsprogramm, 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 zurzeit in Arbeit (s.u.).

### ***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.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte Fixpunkt e. V. in Kooperation mit der LIVEKOMM im Zeitraum August 2014 bis März 2015 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 Schulungsmodulare entwickelt, die für ca. 130 Mitarbeiter in den Städten Frankfurt am Main, Potsdam, Hamburg und Berlin erfolgreich durchgeführt werden konnten. Das Projekt wurde in diesen Städten mit jeweils kooperierenden Partnern 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 dem Projektträger, 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 suchtfährdet, 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 Betriebsleiter und deren Mitarbeiter 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 niedrighschweligen Zugang zum Suchthilfesystem zu schaffen. Die Schulungsunterlagen stehen allen interessierten Tanzbetrieben zur Verfügung; die Betriebsleiter können wählen, ob sie eine externe Fachkraft der Fachambulanz für Suchterkrankungen des Diakonischen Werkes Rosenheim e. V. in Anspruch nehmen wollen oder ob sie selbst anhand der Materialien in ihrem Betrieb schulen möchten.

Im Saarland fand im Rahmen des Projektes „Mag-Net“ ein Austausch mit Luxemburg statt, um Fachkräfte des Gesundheitswesens durch Informations- und Weiterbildungsangebote zum Thema Freizeitkonsum von Drogen in der Großregion zu sensibilisieren.

### **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 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 Journalisten.

Vor allem über die Homepage [www.polizei-beratung.de](http://www.polizei-beratung.de) werden Interessenten informiert. Unter <http://www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/drogen.html> findet sich ein Abschnitt speziell zum Thema Drogen, in dem über Drogen im Allgemeinen, über 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 in ganz Deutschland bei allen Polizeidienststellen kostenlos erhältlich sind sowie online bestellt werden können:

- Das Faltblatt „Sehn-Sucht“ mit Informationen zu „Legal Highs“
- Die Broschüre „Sehn-Sucht“, welche Informationen zu „Crystal Meth“ enthält und wertvolle Tipps gibt, wie man Kinder vor Drogen schützen kann. Die Broschüre enthält zudem eine Auflistung von legalen, illegalen und synthetischen Drogen.

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

In den meisten Bundesländern gibt es noch zusätzlich landeseigene Medien oder Programme, beispielsweise für 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 sowohl biologische, psychologische als auch soziale Umfeldeinflüsse zu berücksichtigen. Selektive Präventionsmaßnahmen werden beispielsweise für die folgenden Zielgruppen entwickelt, um nur einige zu nennen:

- Schulabbrecher,
- sozial Benachteiligte,

- obdachlose Jugendliche,
- Personen mit Migrationshintergrund,
- Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien,
- konsumerfahrene Jugendliche 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.).

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 hohen medialen Präsenz des Themas „Crystal“ und der zum Teil alarmistischen Berichterstattung setzt die BZgA eine auf Fakten beruhende Aufklärungsstrategie entgegen, die insbesondere Risikogruppen mit Informationsmaterialien ansprechen soll. Bei illegalen Drogen liegen bisher nur unzureichende Befunde zur Wirksamkeit massenmedialer Präventionskampagnen für die Allgemeinbevölkerung vor (Bühler & Thrul 2013). Ein aktuelles Cochrane Review bestätigt diese heterogene Befundlage (Allara et al. 2015). Da mehrere der in den ausgewerteten Studien untersuchten Kampagnen unerwünschte Effekte zeigten, also zu einem Konsumanstieg beitrugen, empfehlen die Autoren, massenmediale Kampagnen bei illegalen Drogen 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 Gefahr und in Kenntnis der aktuellen Studienlage führt die BZgA ihren zielgruppenorientierten Ansatz fort, in enger Kooperation mit verschiedenen Partnern in Ländern und Kommunen.

Das Projekt „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

suchtpräventive Maßnahmen zu nutzen. In dem multilateralen Projekt, das von der Europäischen Kommission gefördert wird und von der LWL koordiniert wird, entstehen Leitlinien zum Einsatz webbasierter Präventions- und Interventionsangebote. Die Veröffentlichung ist für das Jahr 2015 auf der Projektwebsite geplant: <http://www.clickforsupport.eu>.

#### **1.2.4 Indizierte Prävention (T1.2.4)**

Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status erhöhen das Risiko der Entstehung bzw. Intensivierung von Suchtproblemen. Daher ist es besonders wichtig, diesen Personenkreis möglichst frühzeitig in seiner 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](http://www.drugcom.de) bietet qualitätsgesicherte Informationen und Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln und richtet sich an drogenaffine Jugendliche und junge Erwachsene in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen, die gelegentlich oder regelmäßig Drogen konsumieren. Eine weitere relevante Zielgruppe sind Multiplikatoren aus dem Bereich Suchthilfe, Suchtprävention sowie Schule und Jugendfreizeit. [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) ist das zentrale Element der BZgA zur Prävention des Substanzmissbrauchs und der Substanzabhängigkeit von illegalen Suchtstoffen. Neben einer Vielzahl von Informationsangeboten, wie einem Drogenlexikon als Modul zur Wissensvermittlung, bietet das Internetportal verschiedene Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten, wie bspw. die Selbsttests „Check your Drinking“ und „Cannabis Check“ zur Überprüfung des eigenen Konsumverhaltens für die psychoaktiven Substanzen Alkohol und Cannabis. Ziel der Selbsttests ist es, die Teilnehmer zu einer kritischen Reflexion des Konsums anzuregen und ggf. zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. 2014 besuchten im Durchschnitt täglich 3.600 User die Website.

Internetbasierte Interventionen zur Behandlung problematischen Substanzkonsums werden in der Suchtprävention erfolgreich eingesetzt. Zudem wird das Internet von Jugendlichen und jungen Erwachsenen als niedrighschwelliges Informations- und Beratungsangebot angenommen und genutzt (Van Eimeren & Frees 2010). Mit der internetbasierten Kurzintervention für junge Cannabiskonsumenten „Quit the Shit“ bietet die BZgA seit 2004 eine effektive Unterstützung für diejenigen an, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> 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.

## **FreD in Strafverfolgungsbehörden**

Von Mai 2013 bis August 2014 wurde die bundesweite Informationskampagne „FreD in Strafverfolgungsbehörden“ vom BMG gefördert und von der LWL-Koordinationsstelle Sucht umgesetzt. Ziel dieser Initiative war es, entsprechend der „Nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik“ die Beachtung und Anwendung von FreD bei der Justiz, der Polizei und der Jugendhilfe im Strafverfahren zu fördern. Neben dem Bekanntmachen von FreD wurde auch praktische Unterstützung angeboten. Zum einen wurden Fachkräfte als FreD-Trainer qualifiziert, hilfreiche Arbeitsmaterialien für die Praxis entwickelt und vor Ort beraten, wenn es um die konkrete Implementierung von FreD ging. Rund 1.100 Adressaten in Justiz, Polizei und der Jugendgerichtshilfe im Strafverfahren standen dabei im Fokus.

Vor Ort wurde 19 mal zu FreD beraten sowie über 500 mal schriftlich und telefonisch. Fünfzig Fachkräfte wurden zertifiziert und ergänzen das Netzwerk von mittlerweile über 230 FreD-Trainern. Neue FreD-Standorte sind gestartet oder gründen sich aktuell. Damit setzen mittlerweile über 110 Standorte in Deutschland das Erfolgsmodell um. Ein Fact Sheet und sechs Arbeitshilfen wurden erstellt und erweiterten die Öffentlichkeitsarbeit in zielgruppenrelevanten Medien.

## **FreD und Crystal-Meth**

Seit dem 01.05.2015 ergänzt die LWL-Koordinationsstelle Sucht mit dem Projekt „FreD-ATS“ das „FreD“ Manual. Schwerpunktmäßig wird eine Erprobung in Sachsen, Thüringen und Bayern erfolgen.

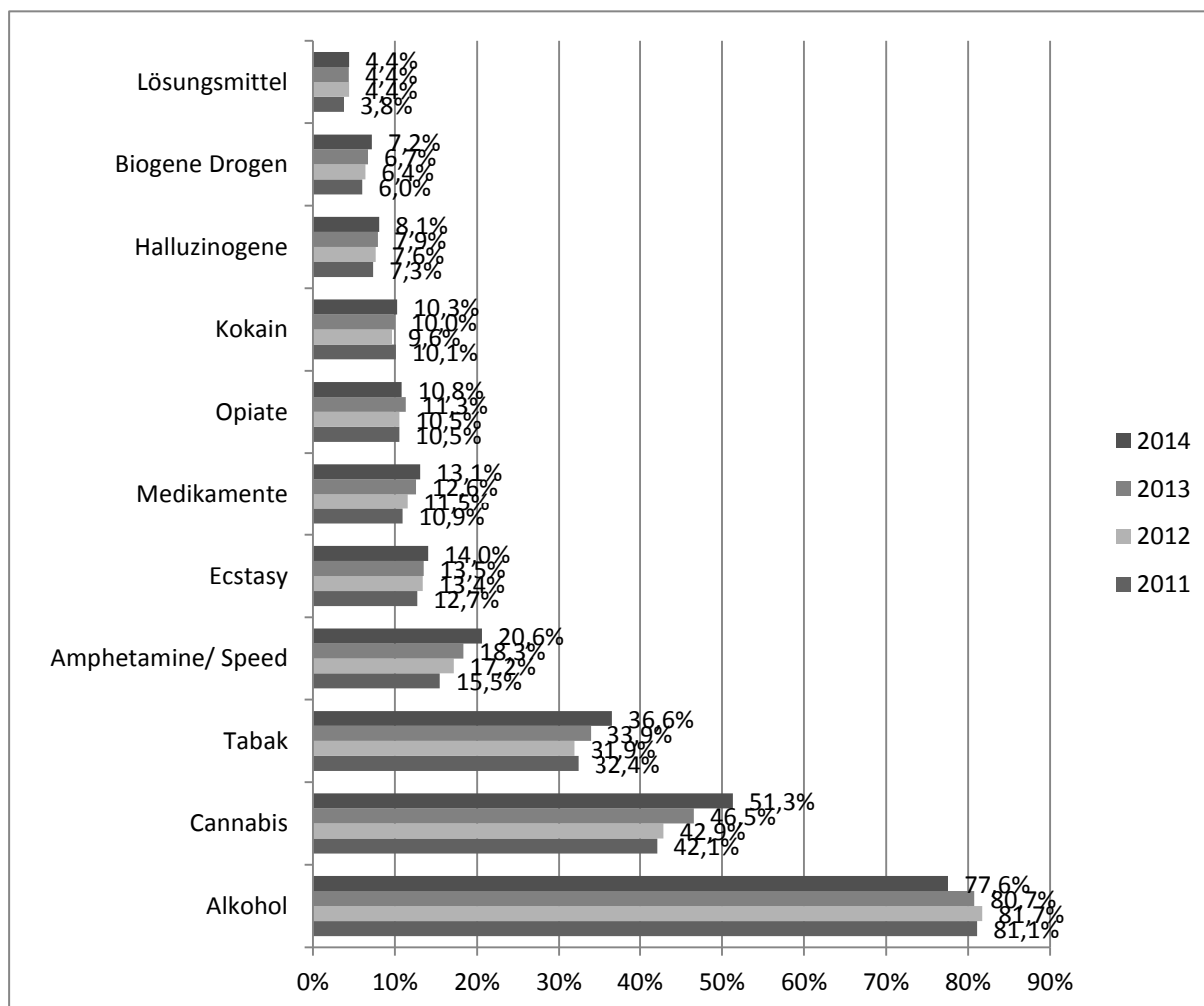
Ein aktuelles, von der Bundesregierung gefördertes Projekt, das Menschen mit Abhängigkeit oder problematischem Konsum von Methamphetamin unterstützt, ist das virtuelle Selbsthilfeangebot Breaking-Meth. Es wird vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) Hamburg entwickelt und durch das Projekt Drug Scouts aus Leipzig betrieben und moderiert. Während des Betriebs findet eine ständige Weiterentwicklung statt. Das Angebot richtet sich speziell an Menschen, die ihren Methamphetamin-Konsum reduzieren oder einstellen wollen sowie an ehemalige Konsumenten. Es sind unterschiedliche Diskussionsräume vorgesehen, die den Wünschen und Bedürfnissen der entstehenden Community angepasst werden sollen. Für Nutzer bestehen viele Möglichkeiten, als Experten in eigener Sache an der Weiterentwicklung und Gestaltung mitzuwirken.

## **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 Vollständigkeit der dokumentierten Suchtpräventionsmaßnahmen erhoben werden. Das System steht seit 2011 kostenfrei als Online-Datenbank unter [www.dotsys-online.de](http://www.dotsys-online.de) zur Verfügung und erfasst computerbasiert Maßnahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.



N (2014) = 20.304, N (2013) = 19.902, N (2012) = 19.942, N (2011) = 18.904.

Abbildung 1 Anzahl der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten mit Substanzbezug

Von den 35.189 im Jahr 2014 dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen, Projekten und Programmen in Dot.sys 3.0 verfolgten 59 % einen universell-präventiven Ansatz, 15 % wurden als indizierte Prävention und 14 % als selektive Prävention durchgeführt. 11 % der Maßnahmen sind der strukturellen oder Verhältnisprävention zuzuordnen. Das Setting Schule bleibt mit 48 % der in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Tätigkeiten in Deutschland 2014.

Weitere ausgewählte Ergebnisse zeigen:



- Mit 58 % und damit etwas häufiger als im Vorjahr richteten sich Maßnahmen im Jahr 2014 an Endadressaten. Der Anteil der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren richtete, blieb mit 39 % unverändert. Der sich seit 2008 zunächst abzeichnende Trend des Rückgangs der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren wenden, zugunsten eines Anstiegs der Maßnahmen mit Zielebene Endadressaten, hat sich in Deutschland also 2015 wieder nicht fortgesetzt.
- Mit 31 % blieb der Anteil der Maßnahmen, die einen geschlechtsspezifischen Ansatz verfolgen, nahezu unverändert.
- 2013 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 (81 %), Cannabis (51 %) und Tabak (32 %). 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 (42 %) stehen Beratung (21 %) und die Kooperation/Koordination im Vordergrund suchtpreventiver Aktivitäten (13 %).
- Meistgenanntes Ziel der Maßnahmen ist weiterhin Wissensvermittlung (76 %). Einstellungsänderungen (54 %) werden wie im Vorjahr unverändert häufig genannt. Die Vermittlung von Kompetenzen und Ressourcen wurde mit 35 % im Vergleich zum Vorjahr (46 %) deutlich seltener als Ziel benannt, während Verhaltensänderungen mit 20 % etwas häufiger genannt wurden als im Vorjahr.
- Das Setting „Schule“ war mit 48 % der dokumentierten Maßnahmen 2014 weiterhin das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Aktivitäten. Es folgen mit 13 % Maßnahmen, die im Setting „Familie“ durchgeführt werden, sowie mit ebenfalls 13 % Maßnahmen im Freizeitbereich. Das Setting „Suchthilfe“ stellt in 11 % den Rahmen für die Arbeit in der Suchtprevention, gefolgt von Maßnahmen im Betrieb (9 %), im Gesundheitswesen (8 %) sowie in der Jugendarbeit (8 %).
- Unverändert wurden bzw. werden aktuell 26 % der Maßnahmen evaluiert. Es handelt sich dabei in der Regel um interne Ergebnisevaluationen (81 %).

Seit dem Jahr 2000 lässt sich eine deutliche Veränderung der Altersstruktur bei Konsumenten, denen Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen entstehen, beobachten. Hierunter fallen Polizeikontakte, Krankenhausaufnahmen und Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe. Der Anteil der Altersgruppe der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen hat insgesamt stark abgenommen. Nichtsdestotrotz spiegeln sich allgemeine Entwicklungen in der Altersgruppe der Jüngeren noch deutlicher wider. Dazu zählen der Rückgang der Bedeutung von

Opioiden, ein mittlerweile beständig hoher Anteil von Cannabis und ein Anstieg der Bedeutung von (Meth-)Amphetamin. Die bisher mit den schwerwiegendsten sozialen Problemen assoziierte Substanzklasse der Opioide spielt bei jungen Konsumenten nur noch eine untergeordnete Rolle.

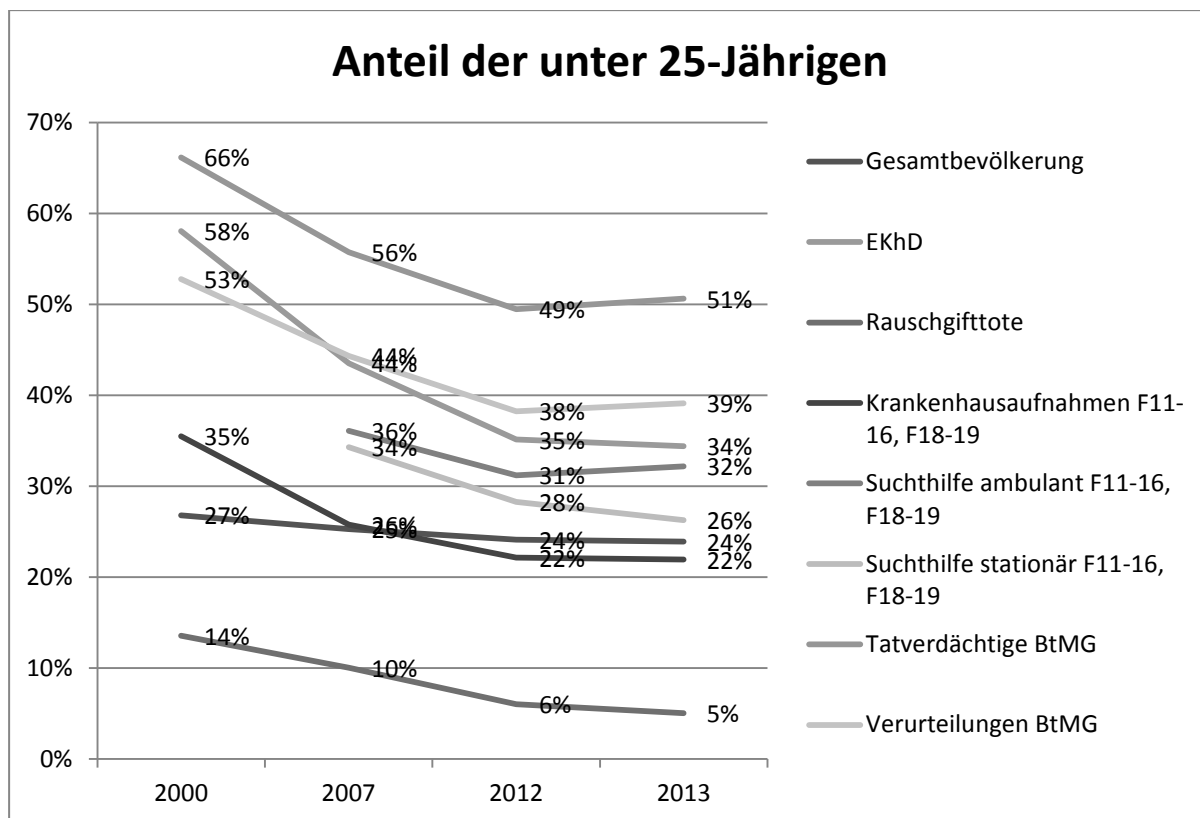
In allen ausgewerteten Statistiken hat der Anteil der unter 25-Jährigen an mit dem Konsum illegaler Drogen assoziierten Problemen seit 2000 deutlich abgenommen. Probleme, die sich aus dem Konsum ergeben, treten mittlerweile überwiegend in späteren Lebensabschnitten auf.

Gleichzeitig bedeutet diese erfreuliche Entwicklung natürlich auch, dass es einen deutlichen Anstieg des Anteils der über 24-Jährigen gibt. Auch die absoluten Zahlen zeigen einen Anstieg bei den Älteren und einen Rückgang bei den Jüngeren. Die hohe Konsistenz der Befunde bei Datentriangulation über mehrere Quellen hinweg (EKHD, Rauschgifttote, Krankenhausaufnahmen, Suchthilfe ambulant und stationär, Tatverdächtige, Verurteilte) spricht dagegen, dass es sich dabei um Artefakte handelt.

Ungeklärt ist bisher, auf welche Ursachen diese Entwicklungen zurückzuführen sind. Aufschluss darüber könnten Studien zu Alters-, Kohorten- und Periodeneffekten liefern. Fraglich ist, wie die Suchtprävention auf diese Entwicklungen reagieren sollte. Einerseits findet der Erstkonsum illegaler Substanzen auch weiterhin ganz überwiegend im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter statt, andererseits ist die Wirksamkeit ressourcenorientierter universeller Prävention ohne spezifischen Substanzbezug in diesem Lebensabschnitt gut belegt (Bühler & Thurl 2013). Diese Altersgruppe sollte deshalb bei der Ausrichtung suchtpreventiver Interventionen auch zukünftig vorrangig berücksichtigt werden.

Mittlerweile sind es überwiegend Personen im Alter von über 24 Jahren, die durch delinquentes Verhalten im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen in Erscheinung treten. Im Jahr 2000 waren es noch mehrheitlich Jugendliche und junge Erwachsene (unter 25 Jahre).

Angesichts dieser historischen Entwicklung erscheint es im Sinne einer stärkeren Ausrichtung der Suchtprävention nach Risikogruppen angebracht, verstärkt auch suchtpreventive Programme für Menschen anzubieten, die über 24 Jahre alt sind. Da diese Zielgruppe in der Regel bereits über langjährige Konsumerfahrungen verfügt, ist dabei vor allem an einen Ausbau des Angebots im Bereich der selektiven und der indizierten Prävention zu denken. Außerdem sollte verstärkt auf bereits bestehende Ausstiegshilfen (wie beispielsweise [www.quit-the-shit.net](http://www.quit-the-shit.net)) oder Angebote lokaler Beratungsstellen hingewiesen werden (BZgA 2012).



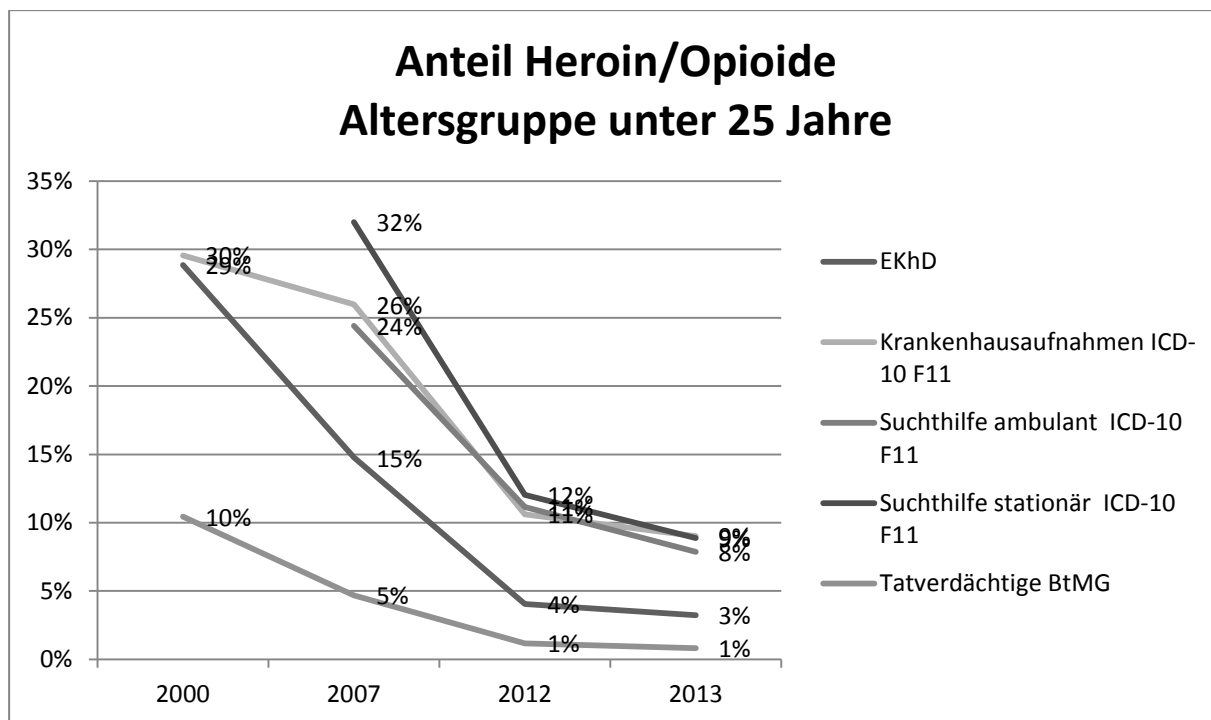
DeStatis, BKA, BMI, DSHS.

Abbildung 2 Anteil der unter 25-Jährigen

Tabelle 1 Trends der Anteile der unter 25-Jährigen 2000 bis 2013

|                                     | 2000 | 2007 | 2013 | Veränderung 2000 - 2013 |
|-------------------------------------|------|------|------|-------------------------|
| Gesamtbevölkerung                   | 27%  | 25%  | 24%  | -3%                     |
| EKhD                                | 58%  | 44%  | 34%  | -24%                    |
| Rauschgifttote                      | 14%  | 10%  | 5%   | -9%                     |
| Krankenhausaufnahmen F11-16, F18-19 | 35%  | 26%  | 22%  | -14%                    |
| Suchthilfe ambulant F11-16, F18-19  |      | 36%  | 32%  | -4%                     |
| Suchthilfe stationär F11-16, F18-19 |      | 34%  | 26%  | -8%                     |
| Tatverdächtige BtMG                 | 66%  | 56%  | 51%  | -16%                    |
| Verurteilungen BtMG                 | 53%  | 44%  | 39%  | -14%                    |

Statistisches Bundesamt, Bundeslagebild Rauschgift, Polizeiliche Kriminalstatistik, Suchthilfestatistik.



DeStatis, BKA, BMI, DSHS.

Abbildung 3 Anteil Heroin/Opioide, Altersgruppe unter 25 Jahre

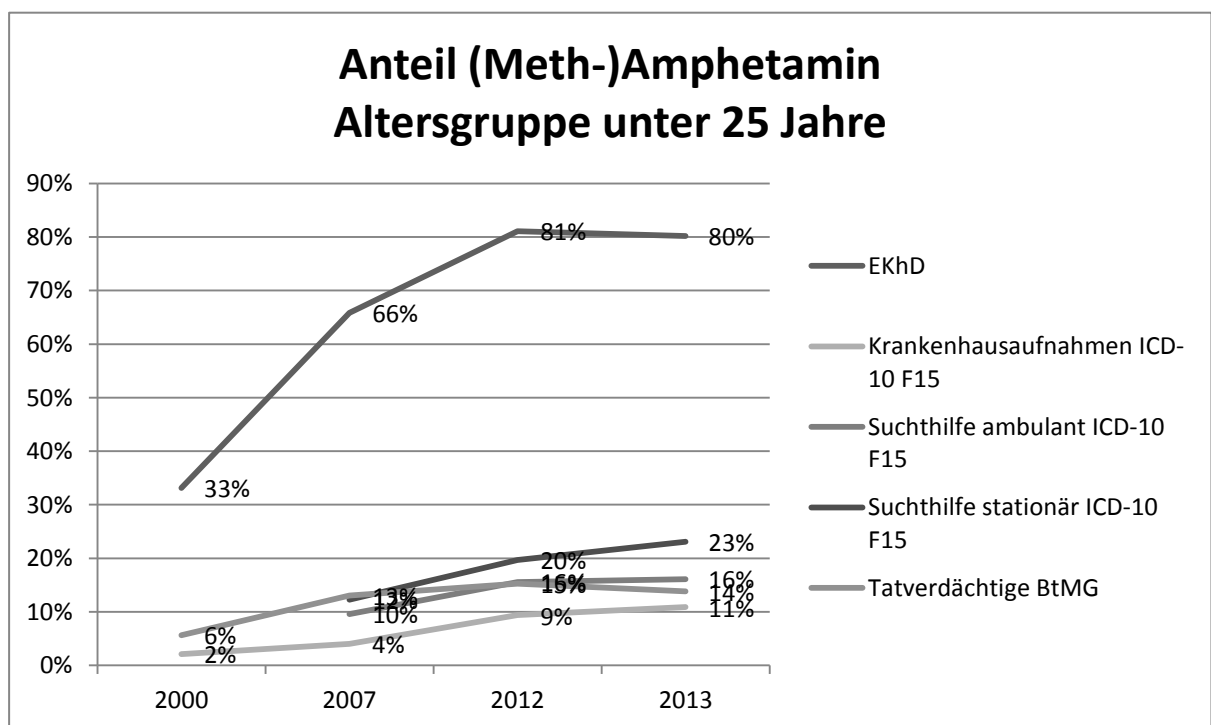


Abbildung 4 Anteil (Meth-)Amphetamin, Altersgruppe unter 25 Jahre

### 3 Neue Entwicklungen (T3 und T3.1)

Es liegen keine Informationen zu aktuellen Entwicklungen vor.

## **4 Zusatzinformationen (T4)**

### **4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Die Quellen sind dem Literaturverzeichnis zu entnehmen. Zusätzliche Informationsquellen liegen aktuell nicht vor.

### **4.2 Weitere Aspekte (T.4.2)**

Zurzeit 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.

### **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 (Kröninger-Jungaberle et al. 2015). Bei 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 als iatrogener Effekt interpretiert werden sollte oder als eine Verringerung unrealistisch hoher Risikowahrnehmung, die zu einer Trivialisierung von Risiken führen kann. Insgesamt kam es seltener zu erstmaligen Trunkenheitserfahrungen, was von den Autoren als Hinweis auf gesteigerte Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol gewertet wird. Aus Subgruppenanalysen ergab sich, dass männliche Schüler in der Interventionsgruppe seltener erste Trunkenheitserfahrung initiierten; bei jungen Teilnehmern (14-15 Jahre alt) sank die Häufigkeit erstmaliger Trunkenheitserfahrungen. 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 einer Verbesserung des Umgangs 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.

Mit Mitteln des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) führte das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) eine Evaluation des Projektes „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“<sup>12</sup> für Kinder aus suchtblasteten 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 suchtblasteten Familien als Herausforderungen an die Praxis formuliert (DZSKJ & DISuP 2012).

## **6 Quellen und Methodik (T6)**

### **6.1 Quellen (T6.1)**

Einzelne Quellen werden unter dem Punkt 7 Bibliographie aufgeführt.

### **6.2 Methodik (T6.2)**

Die Methodik der einzelnen aufgeführten Studien und Erhebungen ist ausführlich in den jeweiligen Veröffentlichungen beschrieben (s. Punkt 7 Bibliographie für Quellenangaben).

---

<sup>12</sup> [www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de) (letzter Zugriff: 22.10.2015). Trampolin hat zum Ziel, negative Entwicklungsverläufe der Kinder aus suchtblasteten Familien mit Methoden der Resilienzförderung zu verhindern und den Aufbau eigener Resilienz- und Schutzfaktoren der Kinder zu fördern.

## 7 Bibliographie

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart.
- Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparri, A. & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ open **5** (9).
- Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis: Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 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.
- 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.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2001). Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2001. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2014). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013 - Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- 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.
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2015). Polizeiliche Kriminalstatistik 2014. Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium des Innern, Berlin.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender Erstbehandelte ohne Einmalkontakte. Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. Institut für Therapieforschung, München.

- 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.
- Brook, J. S., Balka, E. B. & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. American Journal of Public Health **89** (10) 1549-1554.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs", Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 46. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- DESTATIS (Statistisches Bundesamt) (2015). Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Fachserie 12 Reihe 6.2.1, tiefgegliederte Diagnosedaten. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- DESTATIS (Statistisches Bundesamt) (2015). Rechtspflege. Strafverfolgung 2012. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- 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).
- 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 Projektes Trampolin. Köln, am 23./24. Februar 2012. [online]. Verfügbar unter: [http://www.projekt-trampolin.de/image/trampolin\\_konferenz\\_charts.pdf](http://www.projekt-trampolin.de/image/trampolin_konferenz_charts.pdf)
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L. et al. (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., 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. et al. (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., Freyer-Adam, J., Meyer, C. & John, U. (2012). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Jahrbuch Sucht 2012, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 38-63. Pabst, 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.
- Hillenbrand, C. & Pütz, K. (2008). Die Kölner Evaluationsstudie zum KlasseKinderSpiel. In: Das KlasseKinderSpiel: Spielerisch Verhaltensregeln lernen. Edition 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.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P. et al. (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** 5-28.
- 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.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie **2001** (2) 118-124.
- KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. (2012). Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.20 12). [online]. Verfügbar unter: [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2012/2012\\_11\\_15-Gesundheitsempfehlung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf)
- Kröniger-Jungaberle, H., Nagy, E., von Heyden, M., DuBois, F. & the REBOUND Participative Development Group (2014). REBOUND: A media-based life skills and risk education programme. Health Education Journal **74** (6) 705-719.
- Landespräventionsrat Sachsen (2014). 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums. [online]. Verfügbar unter: <http://www.crystal.sachsen.de/27704.html>
- 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.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für für (teil-)stationäre Reghhabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. Institut für Therapieforschung, München.

- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J. et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. Jama **278** (10) 823-832.
- Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. Institut für Therapieforschung, München.
- Springer, J. F. & Phillips, J. L. (2007). The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. [online]. Verfügbar unter: [http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC\\_IOM\\_Policy.pdf](http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf)
- 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.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart.
- 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. et al. (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.

## 8 Tabellenverzeichnis

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabelle 1 | Trends der Anteile der unter 25-Jährigen 2000 bis 2013..... | 27 |
|-----------|---|----|

## 9 Abbildungsverzeichnis

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Abbildung 1 | Anzahl der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten mit Substanzbezug..... | 24 |
| Abbildung 2 | Anteil der unter 25-Jährigen.....  | 27 |
| Abbildung 3 | Anteil Heroin/Opioide, Altersgruppe unter 25 Jahre .....                           | 28 |
| Abbildung 4 | Anteil (Meth-)Amphetamin, Altersgruppe unter 25 Jahre.....                         | 28 |