

Gesundheit



Alkohol, Tabak, Drogen |  
Gesundheitliche Folgen

Suchtmonitoring | Gesundheitsziele |  
Landesprogramme

Prävention | Suchtkrankenhilfe |  
Selbsthilfe



## Zur Suchtproblematik im Land Brandenburg

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung Nr. 7



# **Zur Suchtproblematik im Land Brandenburg**

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung Nr. 7





<b>Vorwort</b>	<b>6</b>
<hr/>	
<b>1 Suchtmonitoring in Brandenburg</b>	<b>8</b>
1.1 Jugendliche	9
1.1.1 Alkohol- und Tabakkonsum – die aktuelle Situation	
1.1.2 Alkohol- und Tabakkonsum – Vergleich 2008/2009 gegenüber 2004/2005	
1.1.3 Alkohol- und Tabakkonsum – Vergleich zum Bund und zu anderen Bundesländern	
1.1.4 Konsum von Haschisch und anderen Substanzen	
1.1.5 Glücks- und Computerspiel	
1.1.6 Im Blickpunkt: Jugendliche mit besonderem Hilfebedarf	
1.2 Erwachsene	24
1.2.1 Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen	
1.2.2 Tabakkonsum und seine gesundheitlichen Folgen	
<hr/>	
<b>2 Gemeinschaftsinitiative gegen Sucht – Landessuchtkonferenz Brandenburg</b>	<b>37</b>
2.1 Die Landessuchtkonferenz Brandenburg	38
2.2 Gesundheitsziele im Handlungsfeld Sucht	40
2.3 Landesprogramme im Bereich Sucht	41
2.3.1 Landesprogramm „Brandenburg rauchfrei“	
2.3.2 Landesprogramm „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“	
2.4 Suchtmonitoring in Brandenburg	43

---

<b>3</b>	<b>Suchtprävention in Brandenburg</b>	<b>44</b>
3.1	Strukturen der Suchtprävention in Brandenburg	46
3.2	Schwerpunkte der Suchtprävention in Brandenburg	49
3.2.1	Schwerpunktprojekte der Suchtprävention im Handlungsfeld Alkohol	
3.2.2	Schwerpunktprojekte der Suchtprävention im Handlungsfeld Tabak	
3.2.3	Suchtmittelunspezifische Präventionsangebote	
<hr/>		
<b>4</b>	<b>Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen in Brandenburg</b>	<b>57</b>
4.1	Stationäre und teilstationäre Versorgung	58
4.2	Ambulante Suchthilfe	61
4.3	Schwerpunktprojekte der Suchthilfe im Land Brandenburg	63
4.3.1	Modellprojekt „Frühintervention bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen (FreDPLUS)“	
4.3.2	HaLT – Hart am Limit	
4.3.3	Modellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“	
4.4	Selbsthilfe in Brandenburg	68
4.4.1	Selbsthilfegruppen für Suchtkranke in Brandenburg	
4.4.2	Modellprojekt „Lotsennetzwerk Brandenburg“	
<hr/>		
<b>5</b>	<b>Literatur</b>	<b>73</b>

## Vorwort

Ein Leben in der Sucht zerstört das Leben. In unserem Lande bereiten Tabak und Alkohol aus gesundheitlicher Sicht mit Abstand die meisten Probleme. Diese Substanzen haben Folgen für die Gesundheit einzelner Bürger und Bürgerinnen wie auch der Familien und der gesamten Gesellschaft. Unsere Gesundheitsberichterstattung macht leider deutlich, dass in Brandenburg prozentual jährlich mehr Menschen an den Folgen des Tabak- und Alkoholkonsums als in den meisten anderen Bundesländern sterben. Hinter jedem Toten verbirgt sich ein Verlust für die Gemeinschaft und jahrelanges, unendliches Leid für Betroffene, Familienmitglieder und Freunde. Der Handlungsbedarf im Lande ist groß.

Mit diesem Bericht werden aktuelle Gesundheitsdaten vorgelegt, die es so für unser Land noch nicht gegeben hat. Erstmals liegen verlässliche Daten zum Alkoholkonsum der Brandenburger Erwachsenenbevölkerung vor. Sie entstammen einer bundesweiten Befragung des Robert Koch-Instituts, die im Auftrag des Brandenburger Gesundheitsministeriums erweitert wurde. Weiterhin liegen erstmals Vergleichsdaten aus der großen Brandenburger Schülerbefragung vor. Trotz einer insgesamt positiven Entwicklung in den letzten Jahren gibt es zum Teil beträchtliche regionale und soziale Unterschiede.

Der aktuelle Gesundheitsbericht informiert alle am Thema Sucht Interessierten im Land. Insbesondere dient der Bericht aber allen Akteuren der Landessuchtkonferenz. Die Landessuchtkonferenz nahm

im September 2002 nach einem Kabinettsbeschluss der brandenburgischen Landesregierung ihre Arbeit auf. Sie ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Institutionen, Vereinigungen und Verbänden, die in Suchtprävention, Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfe auf Landesebene wesentlich Verantwortung tragen. Diese Akteure haben sich zusammengeschlossen, um gemeinsam Gesundheitsziele im Suchtbereich zu verfolgen.

Heute haben wir bessere Daten als früher, das heißt, wir können Defizite und Fortschritte besser feststellen. Insgesamt gibt es eine Verringerung des Konsums von Tabak und Alkohol.

Auch wenn wir in Brandenburg auf Etappensiege zurückblicken können, bleibt weiter viel zu tun: Denn nach wie vor greift noch immer jeder fünfte Schüler oder Schülerin einer zehnten Klasse in Brandenburg mindestens einmal in der Woche zum Alkohol. Außerdem ist es uns noch nicht gelungen, den Trend zum exzessiven Trinken, dem sogenannten „Binge Drinking“, unter Jugendlichen in Brandenburg zu brechen. Ebenso müssen wir feststellen, dass der umfassende Schutz vor Passivrauchen noch nicht gegeben ist und in einigen Fällen das Brandenburgische Nichtraucherenschutzgesetz umgangen wird.

Das Land Brandenburg hat in den vergangenen Jahren viel unternommen, um dem riskanten Alkoholkonsum entgegenzusteuern, den Tabakkonsum zu verringern und den Nichtraucherenschutz umzusetzen. Der aktuelle Gesundheitsbericht macht erste





ermutigende Erfolge sichtbar. Er zeigt zugleich, dass die Präventionsarbeit fortgesetzt und erweitert werden muss. Riskanten Suchtmittelkonsum einzudämmen, kann gelingen, wenn wir frühzeitig und gezielt eingreifen – mit Prävention und Aufklärung und mit effektiven Hilfen.

Immer noch gilt, dass sowohl die tabakbedingten wie auch die alkoholbedingten Krankheiten und Todesfälle im Land Brandenburg überdurchschnittlich häufig sind. Deshalb müssen wir unsere Präventionsarbeit weiter ausbauen. Die Anstrengungen, die wir heute unternehmen, werden sich in der Zukunft auszahlen: Eine höhere Lebensqualität und gesündere Brandenburgerinnen und Brandenburger.

A handwritten signature in black ink, reading 'Anita Tack'.

*Anita Tack*  
*Ministerin für Umwelt, Gesundheit*  
*und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg*



Gesicherte Kenntnisse über das Konsumverhalten und seine gesundheitlichen Folgen sind die Voraussetzung für eine wirksame Suchtprävention und für wirksame Hilfen. Deshalb werden im Land Brandenburg der Substanzkonsum und seine gesundheitlichen Folgen sowie ausgewählte Aspekte der Versorgung kontinuierlich im Auftrag der Landes-suchtkonferenz bewertet.

Wichtige Datenquellen des Brandenburger Suchtmonitorings sind neben amtlichen Statistiken die Schülerbefragungen „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum“ (BJS) und die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Mit der Beteiligung an der bundesweiten Gesundheitsbefragung „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts für den Zeitraum 2008/2009 stehen erstmals auch empirische Daten über den Alkohol- und Tabakkonsum von Erwachsenen in Brandenburg zur Verfügung.

Das Monitoring zum Suchtgeschehen im Land Brandenburg ist Aufgabe des Landesgesundheitsamtes im Rahmen der Gesundheitsbeobachtung der Bevölkerung. Es kann über das Internetportal – [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de) – abgerufen werden. Zentrale Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

## 1.1 Jugendliche

### 1.1.1 Alkohol- und Tabakkonsum – die aktuelle Situation

Alkohol und Tabak sind bei Jugendlichen die am weitesten verbreiteten Suchtmittel. 92 % der Schülerinnen und Schüler in den zehnten Klassen haben schon einmal Erfahrung mit Alkohol gemacht. Das Rauchen haben 63 % der Mädchen und Jungen zumindest probiert. Für Alkohol und Tabak gibt es unterschiedliche Konsummuster, wie ► Abbildung 1 darstellt.

- Jeder fünfte Zehntklässler in Brandenburg trinkt regelmäßig, das heißt mindestens wöchentlich Alkohol. Jungen sind mehr als doppelt so häufig wöchentliche Alkoholkonsumenten als Mädchen. Ein täglicher Alkoholkonsum ist vergleichsweise selten.
- Mehr als jeder fünfte Zehntklässler in Brandenburg raucht täglich. Anders als beim Alkoholkonsum unterscheiden sich Mädchen und Jungen in ihrem Rauchverhalten kaum.

**Die Brandenburger Schülerbefragung zeigt: Etwa 3.200 der rund 15.000 Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen in Brandenburg trinken regelmäßig Alkohol. Etwa 3.300 Schülerinnen und Schüler rauchen täglich.**

## Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum“

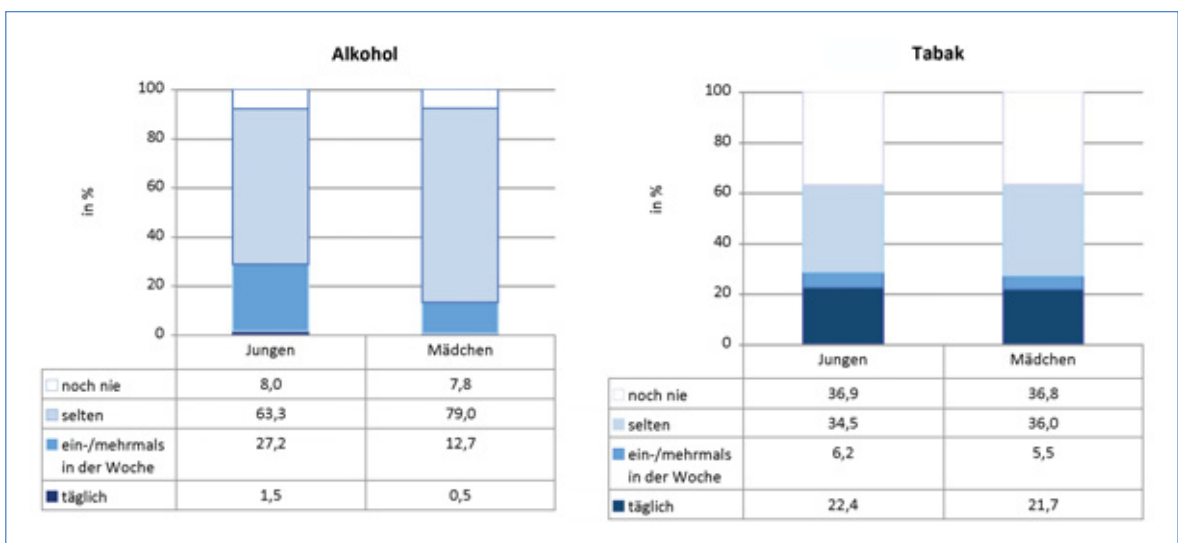
Die Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum“ wurde von den Landkreisen und kreisfreien Städten in den 10. Klassen auf Anregung der Landessuchtkonferenz durchgeführt. Die erste Befragung (BJS 1) startete im Schuljahr 2004/2005 in 10 Landkreisen mit einer Beteiligung von 63 % (12.000 Schülerinnen und Schüler der zehnten Klassen). In der Wiederholungsbefragung BJS 2 im Schuljahr 2008/2009 wurden 76 % aller Zehntklässler erreicht (9.400 Schülerinnen und Schüler). Der höhere Anteil an befragten Schülern geht auf eine höhere Beteiligung bei zurückgehenden Schülerzahlen zurück (weitere Informationen s. in puncto „Branden-

burger Jugendliche und Substanzkonsum“). Befragt wurden die Jugendlichen zum Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen und in der zweiten Erhebung auch zum Glücks- und Computerspiel. Das Durchschnittsalter für beide Erhebungen liegt bei nicht ganz 16 Jahren.

Die Ergebnisse der Befragungen sind repräsentativ für die Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen in den teilnehmenden Landkreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus können wichtige Schlussfolgerungen für das Land Brandenburg insgesamt gezogen werden.

**ABBILDUNG 1: Alkohol- und Tabakkonsum bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen in Brandenburg, Schuljahr 2008/2009**

Quelle: BJS 2, Landesgesundheitsamt



Das Einstiegsalter zum Rauchen liegt unter den befragten Jugendlichen in Brandenburg bei 13 Jahren. Ihren ersten Alkoholrausch haben sie meist im Alter von 14 Jahren erlebt.

Regelmäßiger Alkoholkonsum kommt bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klasse in allen Schulformen vor, an Gymnasien häufiger (18 % der Schülerinnen und Schüler) als an Förderschulen (14 %). Rauchen ist hingegen insbesondere an Förderschulen stärker verbreitet. Hier liegt der Anteil der täglichen Raucherinnen und Raucher fast viermal so hoch (36 %) wie in den Gymnasien (10 %). Diese Analyse der Brandenburger Schülerbefragung weist auf einen Zusammenhang von Bildung bzw. sozialer Lage und Substanzkonsum bei Jugendlichen hin. Ähnliche Ergebnisse zeigt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts für die Jahre 2003 bis 2006. Demnach rauchen jugendliche Haupt-, Real- oder Gesamtschüler in Deutschland häufiger als Gymnasiasten. Auch Jugendliche aus

Familien mit niedrigem Sozialstatus rauchen überdurchschnittlich häufig. Beim Alkoholkonsum fallen die gruppenspezifischen Unterschiede schwächer aus. Bundesweit konsumieren männliche Haupt- und Realschüler etwas häufiger Alkohol als Gymnasiasten. Der soziale Status der Familie hat keinen Einfluss auf den Alkoholkonsum (Lampert & Thamm 2002).

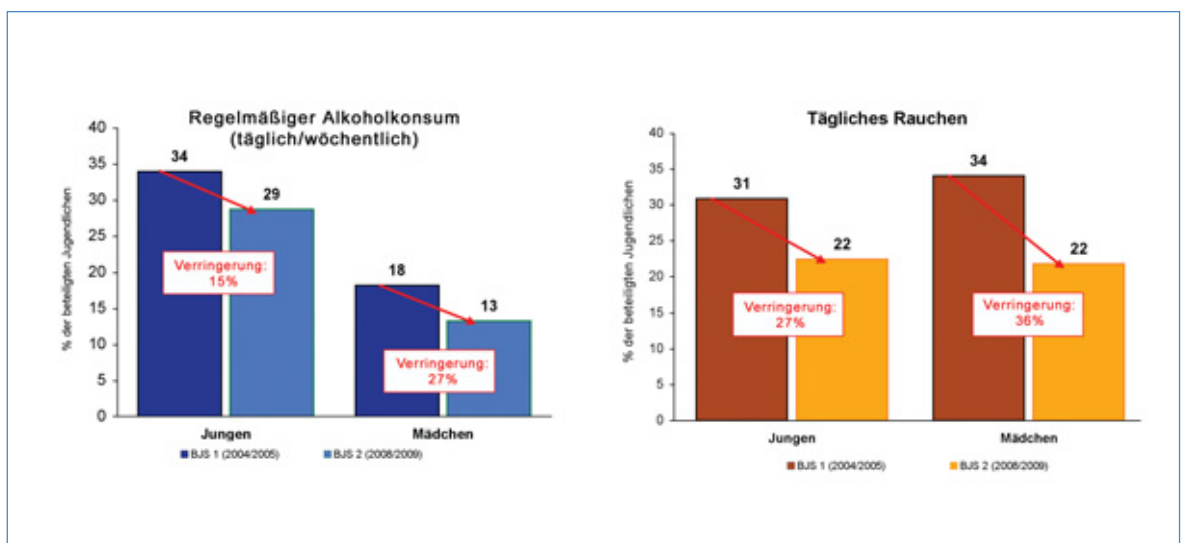
### 1.1.2 Alkohol- und Tabakkonsum – Vergleich 2008/2009 gegenüber 2004/2005

Der Alkohol- und Tabakkonsum unter den Schülerinnen und Schülern ist seit der letzten Befragung im Jahr 2004/2005 zurückgegangen, wie aus ► Abbildung 2 zu ersehen ist.

- Im Vergleich zur ersten Schülerbefragung verringerte sich der regelmäßige Alkoholkonsum (täglicher und wöchentlicher Konsum zusam-

**ABBILDUNG 2: Alkohol- und Tabakkonsum bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen 2008/2009 im Vergleich zu 2004/2005**

Quelle: BJS 1 und BJS 2, Landesgesundheitsamt



mengefasst) bei den Jungen um 15 % und bei den Mädchen sogar um 27 %.

- Auf einem noch höheren Niveau nahm der Prozentanteil der täglichen Raucherinnen und Raucher ab (Jungen -27 %, Mädchen -36 %).

Der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher erhöhte sich um 13 Prozentpunkte (2004: 24 %). Damit hat sich das durchschnittliche Einstiegsalter zum Rauchen von 13,1 auf 13,3 Jahre verändert. Ebenso vergrößerte sich der Anteil der Schülerinnen und Schüler ohne Alkoholkonsum (Jungen von 5 % auf 8 %, Mädchen von 4 % auf 8 %).

Der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten und der Raucherinnen und Raucher ist in den Landkreisen unterschiedlich zurückgegangen (siehe hierzu die ► Abbildungen 3 und 4). Zuwächse bei den regelmäßig Alkohol trinkenden Jugendlichen sind nur in den Landkreisen Havelland und Uckermark festzustellen (s. Abbildung 3). Die Raucherquote ging in allen Landkreisen zurück, am stärksten (-11 %) in Frankfurt (Oder), wie in ► Abbildung 4 dargestellt.

Die Landessuchtkonferenz formulierte für die Reduktion des regelmäßigen Alkoholkonsums bei Jugendlichen eine Zielvorgabe von 25 %, für die Reduktion des Tabakkonsums eine Zielvorgabe von 20 % (Indikator Schülerinnen und Schüler der 10. Jahrgangsstufe). Vergleicht man diese Ziele mit den Ergebnissen der Befragung, sieht die Bilanz positiv aus. Für Tabak wurde das Ziel erreicht. Bezogen auf den regelmäßigen Alkoholkonsum wurde das Ziel bei den Mädchen erreicht, jedoch nicht bei den Jungen (Abnahme nur 15 %).

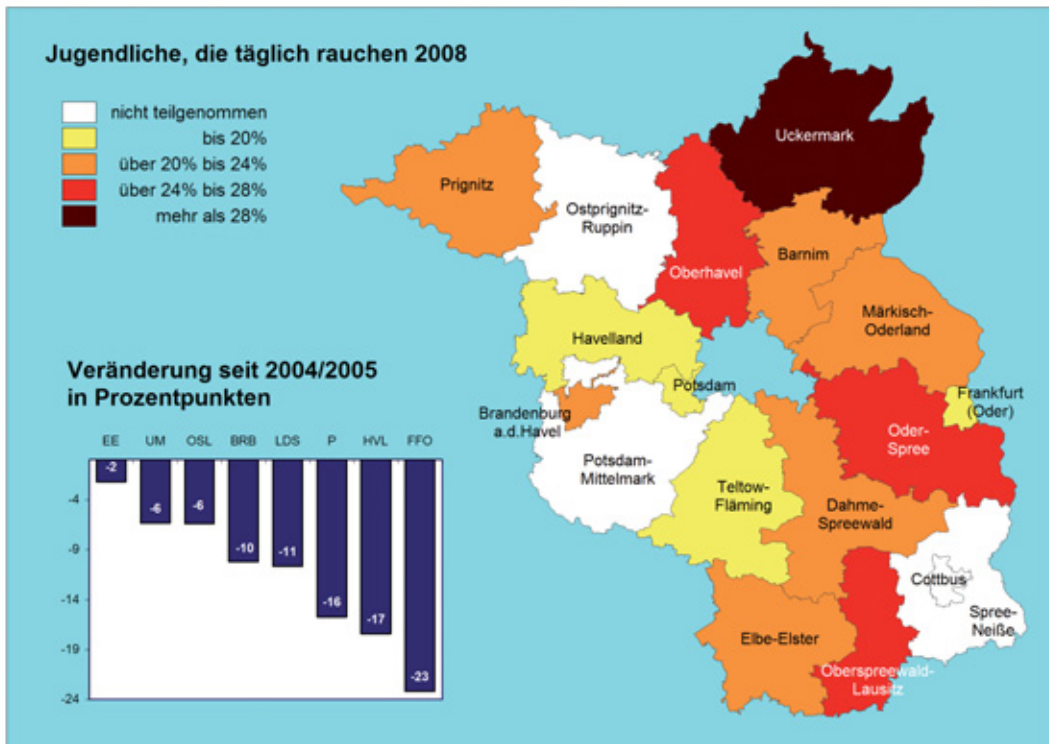
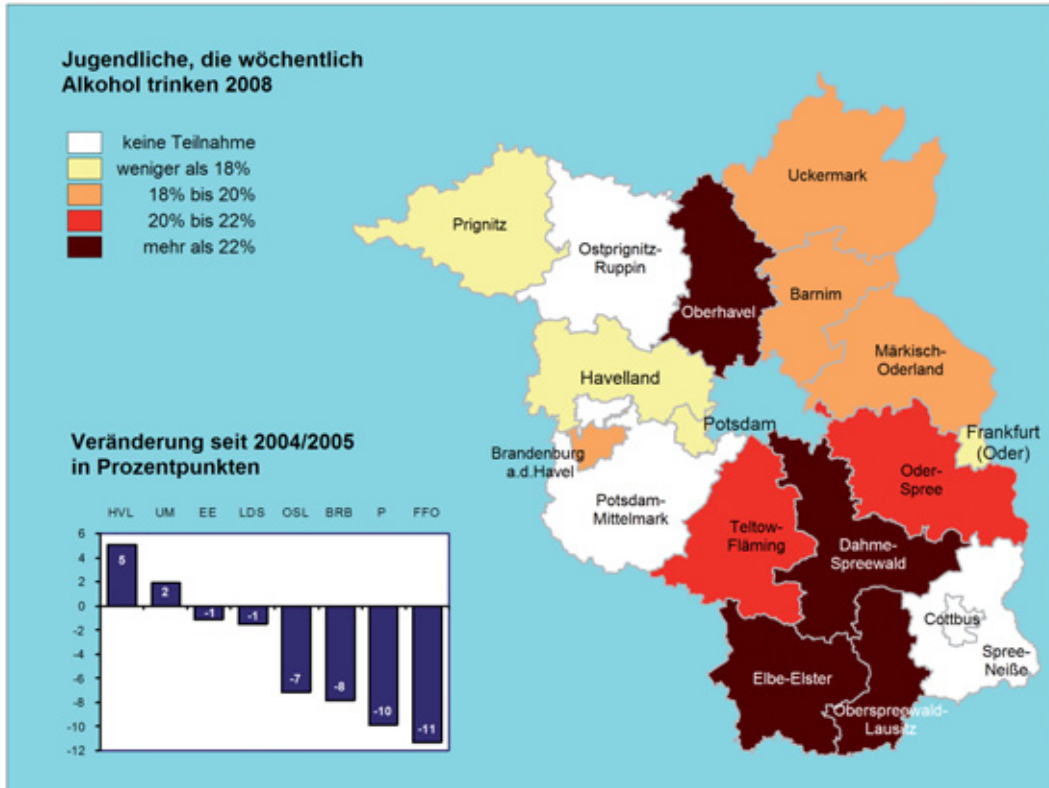
Der deutliche Rückgang der Raucherquoten unter Brandenburger Schülern kann auch als ein Erfolg des Programms „Brandenburg rauchfrei“ bewertet werden. Mit dem Programm werden an Brandenburgs Schulen flächendeckend Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums umgesetzt. Beispielsweise wird jährlich der Wettbewerb „Be Smart – Don't Start“ durchgeführt, an dem alle Schulklassen in Brandenburg teilnehmen können, die sich verpflicht-

**ABBILDUNG 3 (RECHTS OBEN): Alkoholkonsum (wöchentlich, einschließlich täglich) im Regionalvergleich in 2008/2009 und Veränderung in % gegenüber 2004/2005 für die Landkreise und kreisfreien Städte, die an beiden Befragungen teilgenommen haben**

Quelle: BJS 1 und BJS 2, Landesgesundheitsamt Lesehilfe: In der Stadt Potsdam trinken „weniger als 18 %“ wöchentlich Alkohol. Gegenüber der Befragung 2004/2005 ist die Quote der wöchentlich Alkohol trinkenden Jugendlichen um 10 Prozentpunkte gesunken.

**ABBILDUNG 4 (RECHTS UNTEN): Raucherquoten im Regionalvergleich und ihre Veränderung gegenüber 2004/2005 für die Landkreise und kreisfreien Städte, die an beiden Befragungen teilgenommen haben**

Quelle: BJS 1 und BJS 2, Landesgesundheitsamt Lesehilfe: Im Landkreis Havelland liegt die Raucherquote aktuell bei unter 20 %. Gegenüber der Befragung 2004/2005 ist die Raucherquote hier um 17 Prozentpunkte gesunken.



ten, ein halbes Jahr eine Nichtraucherklasse zu sein (s. Kap. 3.2.2).

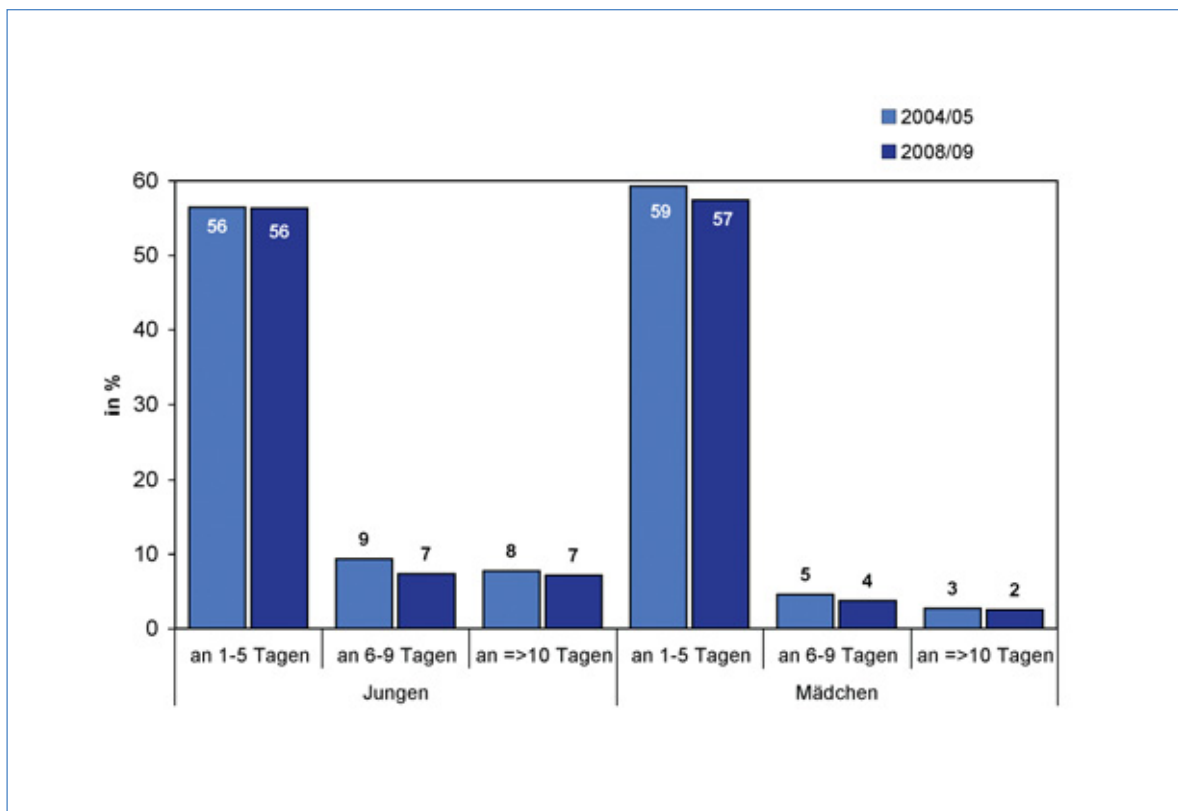
Im Gegensatz zu den bisher erzielten Erfolgen (s. o.) ist das Rauschtrinken unter Jugendlichen noch weit verbreitet (s. hierzu auch Kap. 1.1.6). 56 % der Schülerinnen und Schüler trinken mindestens einmal im Monat mehr als fünf alkoholische Getränke bei einer Trinkgelegenheit. Wie aus ► Abbildung 5 ersichtlich, sind die %-Anteile nur leicht zurückgegangen. Auch extreme Formen des Rauschtrinkens, d. h. an mehr als sechs Tagen in einem Monat betrunken, verzeichnen kaum Rückgänge. 7 % der männlichen Schüler

der zehnten Jahrgangsstufe berichten sogar von 10 oder mehr rauschhaften Trinkererlebnissen in einem Monat.

**Jugendliche in Brandenburg zeigen sich zunehmend „resistenter“ gegenüber Alkohol und Tabak. Damit wurde ein wichtiges Gesundheitsziel des Landes erreicht. Dennoch ist das Rauschtrinken noch immer weit verbreitet. Etwa 56 % der Jugendlichen trinken einmal im Monat mehr als 5 Getränke bei einer Trinkgelegenheit.**

**ABBILDUNG 5: Rauschtrinken bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen 2008/2009 im Vergleich zu 2004/2005**

Quelle: BJS 1 und BJS 2, Landesgesundheitsamt





## Alkohol fördert Gewalt

Alkoholkonsum erhöht das Risiko von Gewalt und Selbstverletzung, insbesondere bei männlichen Jugendlichen. Dies zeigt die systematische Dokumentation des Verletzungsgeschehens am Carl-Thiem-Klinikum (CTK) in Cottbus. Das Carl-Thiem-Klinikum erfasst seit dem Jahr 2006 als erstes Klinikum in Deutschland in Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt alle im Krankenhaus behandelten Verletzungen (bedingt durch Unfälle, Gewalt oder Selbstverletzung) nach dem internationalen Standard der Injury Data Base (IDB). Die Beteiligung von Alkohol wird dabei systematisch dokumentiert.

Da das CTK ein Krankenhaus der Maximalversorgung ist, sind die Daten für die Region Cottbus repräsentativ. Sie ermöglichen eine umfassende epidemiologische Bewertung des alkoholbedingten Verletzungsgeschehens in der Region (Ellsäßer & Erler 2008).

In dem Zweijahreszeitraum 2007 bis 2008 ereigneten sich in der Region Cottbus 6 % der in Krankenhäusern ambulant oder stationär behandelten Verletzungen im Zusammenhang mit Alkohol (607 von 9.751 behandelten Verletzungen). Selbstverletzungen (69 von 607 Verletzungen mit Alkoholbeteiligung) sowie Gewalt (57 von 607 behandelten Verletzungen) machten jeweils rund 10 % der behandelten Verletzungen im Zusammenhang mit Alkohol aus. Am stärksten waren männliche Jugendliche im Alter von 15 bis unter 18 Jahren betroffen. In dem Zeitraum 2007 bis 2008 war bei rund jedem zweiten Jungen in dieser Altersgruppe, der in Folge einer Gewalttat am CTK medizinisch versorgt wurde, Alkohol im Spiel (22 von 40 Fällen). Alle Jungen in dieser Altersgruppe, die in diesem Zeitraum aufgrund einer Selbstverletzung in das CTK eingeliefert wurden, hatten zuvor Alkohol getrunken (insgesamt 9 Fälle).

### 1.1.3 Alkohol- und Tabakkonsum – Vergleich zum Bund und zu anderen Bundesländern

Wie ist der Substanzkonsum von Brandenburger Jugendlichen im Lichte bundesweiter Trends zu bewerten? Um dies einzuschätzen, werden in das Brandenburger Suchtmonitoring auch repräsentative Studien auf Bundesebene sowie bundesländerübergreifende Studien einbezogen.

Die Erhebung „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist die einzige langfristig angelegte Studie, die seit 1973 kontinuierlich Daten zum Substanzkonsum von Jugendlichen und von jungen Erwachsenen in Form eines Monitorings auf Bundesebene bereitstellt.

Die Studie zeigt für den problematischen Alkoholkonsum unter Jugendlichen im Bundesgebiet eine rückläufige Tendenz auf hohem Niveau. Demnach ging der Anteil der Jugendlichen im Alter von 12 bis unter 18 Jahren, die regelmäßig, das heißt mindestens wöchentlich Alkohol trinken, in den Jahren 2004 bis 2008 im Bundesgebiet um 3,8 Prozentpunkte zurück (von 21,2 % auf 17,4 %). Der Anteil der Jugendlichen in dieser Altersgruppe, die im Zeitraum eines Monats mindestens einmal das Rauschtrinken („Binge Drinking“) praktizierten, ging dagegen nur um 2,2 Prozentpunkte zurück (von 22,6 % auf 20,4 %) (BzGA 2009a). Deutlicher ist der Rückgang der Raucherquoten. Der Anteil der jugendlichen Raucherinnen und Raucher, die ständig oder gelegentlich rauchen, ging um 8,1 Prozentpunkte zurück (von 23,5 % auf 15,4 %) (BzGA 2009b). Diese Aussagen stimmen mit den Tendaussagen der Brandenburger Schülerbefragung überein, auch wenn ein Vergleich zwischen beiden Studien aufgrund der unterschiedlichen Altersgruppen nicht zulässig ist.

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) ist die einzige Studie, die einen direkten Vergleich zwischen dem Substanzkonsum von Jugendlichen in Brandenburg zu anderen Bundesländern erlaubt (Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, seit

2007 Saarland). Alle vier Jahre werden Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Klassen befragt. Das Land Brandenburg beteiligt sich an der Studie seit 2003. Aktuellste Daten liegen aus dem Jahr 2007 vor (Kraus et al. 2008).

Die ESPAD-Studie zeigt, dass der Anteil der täglichen Raucherinnen und Raucher unter den Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klassen zwischen 2003 und 2007 in sechs Bundesländern, so auch in Brandenburg, spürbar zurückging. Dennoch war Brandenburg im Jahr 2007 mit einem Raucheranteil von 35 % nach Mecklenburg-Vorpommern noch immer

das Bundesland mit den höchsten Raucher-Raten (► s. Tabelle 1).

Für den Alkoholkonsum zeigt die ESPAD-Studie für den Zeitraum 2003 bis 2007 eine besorgniserregende Entwicklung unter Brandenburger Jugendlichen im Vergleich zu den anderen Bundesländern auf. Die Autoren der ESPAD-Studie legen für einen riskanten Alkoholkonsum einen Grenzwert von 12 g Reinalkohol täglich bei Mädchen und 24 g Reinalkohol bei Jungen zugrunde. 12 g Reinalkohol entsprechen etwa 0,33 l Bier (Kraus et al. 2008). Der Anteil der Schülerinnen und Schüler der neunten bis zehnten

**TABELLE 1:** Tabakkonsum bei Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klassen 2003 im Vergleich zu 2007 nach Bundesländern (30-Tage-Frequenz)

	Bayern	Berlin	Brandenburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Thüringen
<b>2003</b>						
Nie	56,5 %	55,2 %	47,6 %	56,7 %	42,5 %	48,8 %
gelegentlich	12,3 %	10,1 %	11,0 %	11,0 %	10,0 %	10,9 %
Täglich	31,2 %	34,7 %	41,4 %	32,3 %	47,6 %	40,4 %
<b>2007</b>						
Nie	64,8 %	68,3 %	57,3 %	65,2 %	53,9 %	57,9 %
gelegentlich	12,1 %	8,7 %	7,8 %	11,6 %	8,0 %	10,5 %
Täglich	23,1 %	23,1 %	34,9 %	23,3 %	38,1 %	31,6 %

Quelle: ESPAD 2003 und 2007

Jahrgangsstufe mit einem riskanten Alkoholkonsum stagnierte in den Bundesländern in den Jahren 2003 bis 2007 auf einem etwa gleichbleibenden Niveau. Nur in Berlin war ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen. Brandenburg hingegen ist das einzige Bundesland, in dem der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit riskantem Alkoholkonsum in diesem Zeitraum von 9,5 % auf 12,6 % zugenommen hat (► s. Tabelle 2).

Die ESPAD-Studie zeigt, dass riskanter Alkoholkonsum ein ernst zu nehmendes Problem unter Brandenburger Jugendlichen darstellt. Allerdings sind die Ergebnisse nicht direkt mit der Brandenburger

Schülerbefragung vergleichbar. In beiden Studien wurden unterschiedliche Altersgruppen (9. und 10. Klassen vs. nur 10. Klassen) zu unterschiedlichen Zeitpunkten befragt. Die ESPAD-Studie wurde vor dem Start des brandenburgischen Landesprogramms „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“ im Mai 2007 durchgeführt, mit dem verstärkte Präventionsmaßnahmen initiiert wurden (s. Kap. 2.3.2). Die ESPAD-Studie 2011 wird zeigen, ob es mit dem Brandenburger Landesprogramm gelingt, den Anteil riskanter Konsumenten unter Brandenburger Jugendlichen im Vergleich zu anderen Bundesländern zu senken.

**TABELLE 2:** Anteil der Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Klassen mit mindestens riskantem Alkoholkonsum (mehr als 12/24 g Reinalkohol pro Tag für Mädchen/Jungen) in der letzten Woche 2003 und 2007 nach Bundesländern

	Bayern	Berlin	Brandenburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Thüringen
2003	10,2 %	8,2 %	9,5 %	9,7 %	7,1 %	12,4 %
2007	11,2 %	6,0 %	12,6 %	9,5 %	7,7 %	13,4 %

Quelle: ESPAD 2003 und 2007

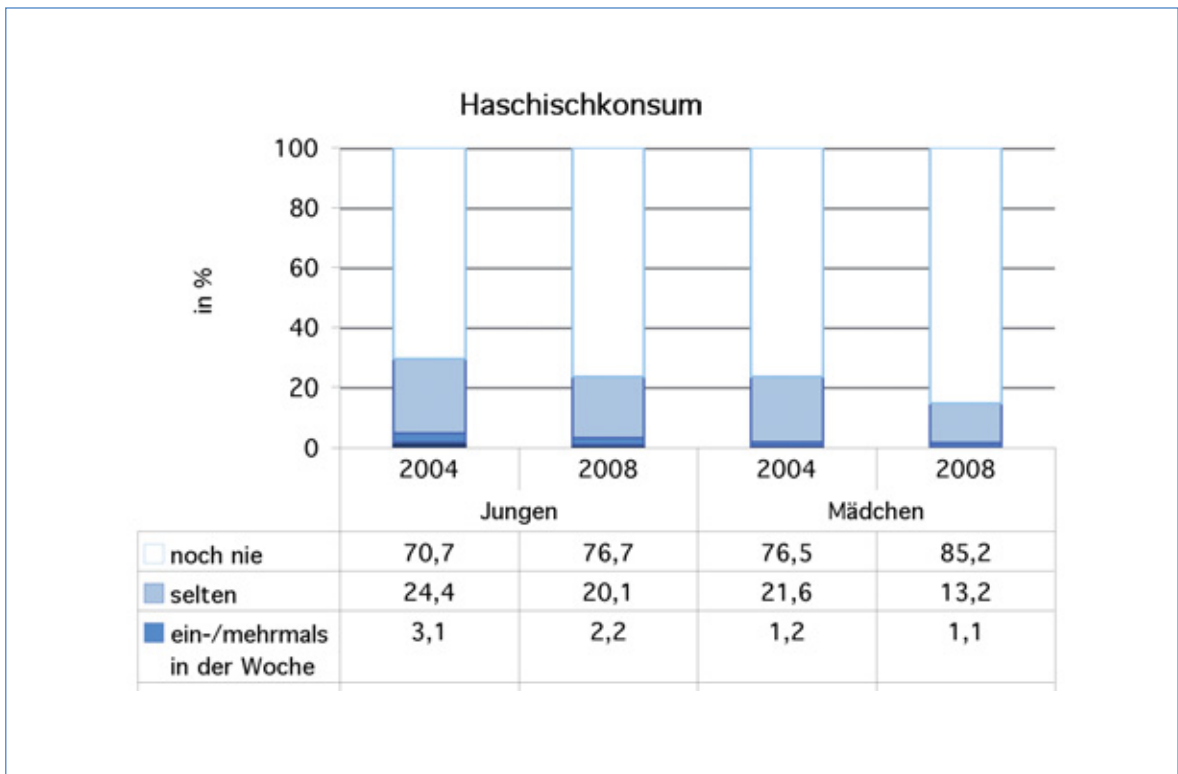
### 1.1.4 Konsum von Haschisch und anderen Substanzen

Haschisch ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nach der Europäischen Schülerstudie ESPAD haben 29 % der Schülerinnen und Schüler in der neunten und zehnten Jahrgangsstufe in Brandenburg mindestens einmal in ihrem Leben Haschisch probiert (Befragungsjahr 2007). Die meisten Jugendlichen, die in Kontakt mit dieser Droge kommen, beschränken ihren Gebrauch auf einen experimentellen Konsum. Nachdem sie Haschisch

probiert haben, geben sie den Konsum nach einiger Zeit wieder auf. 1,4 % der Neunt- und Zehntklässler in Brandenburg weisen ein Missbrauchsverhalten nach den Kriterien des Cannabis Abuse Screening Tests (CAST) auf (ESPAD, Befragungsjahr 2007). Diese Jugendlichen rauchen bereits am Vormittag Haschisch, sie berichten von Gedächtnisproblemen aufgrund ihres Konsums oder haben bereits erfolglos versucht, aus dem Konsum auszusteigen (Kraus et al. 2008). Diese kleine Gruppe von Jugendlichen benötigt professionelle Unterstützung.

**ABBILDUNG 6: Haschischkonsum bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen: Jungen und Mädchen 2008/2009 im Vergleich zu 2004/2005**

Quelle: BJS 1 und 2, Landesgesundheitsamt



**1,4 % aller Neunt- und Zehntklässler in Brandenburg zeigen ein starkes Missbrauchsverhalten beim Haschischkonsum. Diese Jugendlichen benötigen professionelle Unterstützung, um aus dem Konsum auszusteigen.**

Auch die Brandenburger Schülerbefragung zeigt, dass sporadischer Haschischkonsum sehr viel häufiger ist als der tägliche Haschischkonsum, der sich auf Ausnahmen beschränkt. Fast jeder fünfte Zehntklässler der Brandenburger Schülerbefragung 2008/2009 hat Haschisch zumindest schon einmal in seinem Leben probiert. Dagegen ist ein regelmäßiger, d. h. täglicher oder wöchentlicher Haschischkonsum, selten (1,6 % der Mädchen, 3,3 % der Jungen). Seit 2004 sind der sporadische und der missbräuchliche Haschischkonsum in Brandenburg zurückgegangen, bei Jungen stärker als bei Mädchen (► Abbildung 6).

Andere illegale Drogen als Haschisch oder Marihuana werden von Jugendlichen deutlich seltener konsumiert. 6 % der Schülerinnen und Schüler der Brandenburger Befragung 2008/2009 haben mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy, Speed, Kokain oder Heroin probiert, mit rückläufiger Tendenz seit der Befragung 2004/2005. 0,8 % der Befragten konsumieren diese „harten“ illegalen Drogen regelmäßig, d. h. täglich oder wöchentlich.

Nach der Brandenburger Schülerbefragung hat rund jeder zehnte Schüler oder Schülerin der 10. Jahr-

gangsstufe bereits einmal stimmungsbeeinflussende Medikamente ohne ärztliche Verschreibung probiert. 1,7 % der Schülerinnen und Schüler nehmen diese Medikamente regelmäßig ein (täglich oder wöchentlich). Diese Zahlen sprechen dafür, dass der Probier- oder Experimentierkonsum bei der Einnahme von stimmungsbeeinflussenden Medikamenten ohne ärztliche Verschreibung überwiegt. Anlass zur Sorge gibt jedoch die Konstanz des Konsumverhaltens. Während der Konsum illegaler Drogen in den Jahren 2004/2005 bis 2008/2009 zurückging, verharnte der regelmäßige Konsum stimmungsbeeinflussender Medikamente auf gleichbleibendem, wenn auch niedrigem Niveau.

Jugendliche, die illegale Drogen konsumieren, werden häufig auch polizeilich auffällig. Die Brandenburger Polizei ermittelte im Jahr 2008 1.410 Jugendliche und junge Erwachsene unter 21 Jahren im Zusammenhang mit Rauschgiftkriminalität. Dies waren 37 % aller Tatverdächtigen in diesem Deliktbereich. Gleichwohl ging die Rauschgiftkriminalität in Brandenburg seit 2004 um ein Drittel zurück (2008: 4.527 Delikte, 2004: 6.656). Die Zahl der wegen Rauschgiftkriminalität ermittelten Jugendlichen im Alter von 14 bis unter 18 Jahren verringerte sich zwischen 2007 und 2008 sogar um 43 %, die der ermittelten tatverdächtigen jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis unter 21 Jahren um 26 % (LKA Brandenburg 2009).

### 1.1.5 Glücks- und Computerspiel

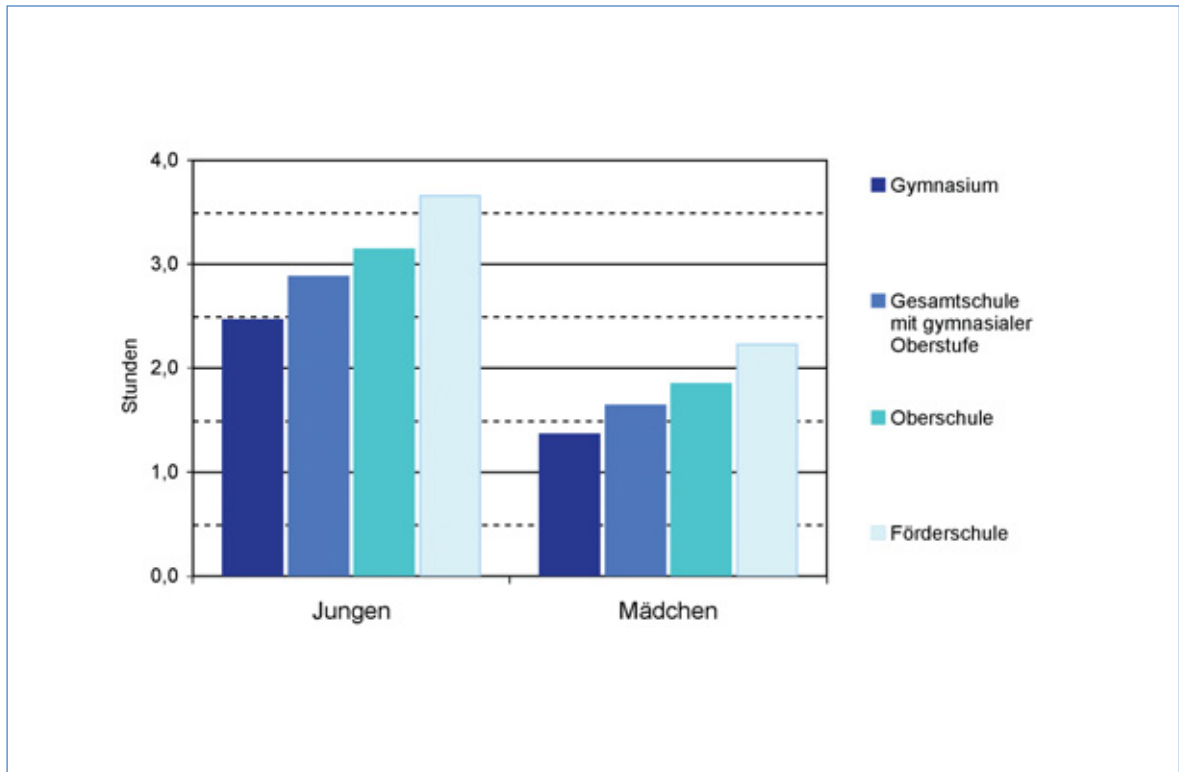
In der wissenschaftlichen Fachdiskussion besteht bislang noch keine Einigkeit darüber, ob Glücks- oder Computerspiele gleichermaßen unter dem Suchtbegriff zu fassen sind wie der Konsum von Tabak, Alkohol oder Drogen. Forscher des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (KFN) schätzen, dass 3 % der Jungen in Deutschland und 0,3 % der Mädchen abhängig vom Computerspiel sind (Rehbein, Kleimann und Mößle 2009). Rollenspiele im Internet, beispielsweise World of Warcraft, sollen dabei das größte Abhängigkeitspotenzial entfalten.

Die Brandenburger Schülerstudie ergab folgende Ergebnisse zum Glücks- und Computerspiel von Jugendlichen:

- Computerspiele sind vor allem bei Jungen beliebt. 35 % der Jungen, aber nur 6 % der Mädchen, spielen täglich Computerspiele (PC, Konsolen, Gameboy).
- 17 % der Jungen und 3 % der Mädchen spielen täglich Online-Spiele im Internet (World of Warcraft etc.).

**ABBILDUNG 7: Durchschnittliche Dauer des Glücks- und Computerspiels bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen in Stunden nach Schulform, Schuljahr 2008/2009**

Quelle: BJS 2, Landesgesundheitsamt



- Glücksspiele im Internet (Poker, Roulette und anderes) werden von 8 % der Jungen und 2 % der Mädchen täglich gespielt. Nimmt man wöchentliches Spielen dazu, erhöhen sich die Werte für Jungen auf 19 % und für Mädchen auf 6 %.
- Spiele an Geldspielautomaten sind bei Jugendlichen eher selten (täglich und wöchentlich zusammen: 0,8 % der Jungen und 0,3 % der Mädchen). Das Ergebnis überrascht insofern nicht, als die Altersgrenze für diese Geräte bei 18 Jahren liegt.
- Bei den Jugendlichen, die täglich spielen, sind im Durchschnitt Jungen knapp vier Stunden und Mädchen 3,3 Stunden mit Computer- und Glücksspielen beschäftigt.
- Exzessives Computerspiel findet sich bei 13 % der Jungen und bei 2 % der Mädchen. Diese Jugendlichen spielen jeden Tag mehr als 4,5 Stunden. In der oben genannten Studie des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, in der Schüler der 9. Klassen befragt wurden, fand sich exzessives Computerspielen etwas häufiger: bei 16 % der Jungen und 4 % der Mädchen.
- Im Vergleich der Schulformen verbringen Schülerinnen und Schüler an Förderschulen die längste Zeit mit Glücks- und Computerspielen (Jungen mehr als 3,5 Stunden täglich, Mädchen mehr als 2 Stunden täglich). Gymnasiasten verbringen demgegenüber im Durchschnitt die wenigste Zeit mit solchen Spielen (Jungen knapp 2,5 Stunden täglich, Mädchen knapp 1,5 Stunden) (► s. Abbildung 7).
- Exzessives Computerspielen beeinträchtigt die Schulleistung und die Lebenszufriedenheit. Exzessive Computerspieler, die mindestens 4,5 Stunden täglich spielen, haben schlechtere Schulnoten (2,8 auf einer Skala von 1 bis 5) als Nicht- oder Gelegenheitsspieler (Schulnote 2,5) und sie sind auch weniger mit ihrem Leben zufrieden (Bewertung 2,3 auf einer Skala von 1 bis 5 bei Spielern; 2,2 bei Nicht- oder Gelegenheitsspielern).

### 1.1.6 Im Blickpunkt: Jugendliche mit besonderem Hilfebedarf

Jugendliche, die bereits mit 15 oder 16 Jahren täglich rauchen, regelmäßig Alkohol trinken oder Drogen nehmen, sind suchtfgefährdet. Unter den Rauchern sind dies Mädchen und Jungen gleichermaßen, unter den Alkohol- und Haschischkonsumenten überwiegend Jungen. Sie sollten deshalb im Fokus einer frühzeitigen Intervention der Suchtprävention und -hilfe stehen. Daneben zeigt die Brandenburger Schülerbefragung weitere suchtrelevante Hinweise auf, die für eine frühzeitige Intervention sprechen:

- Viele Jugendliche machen sich Sorgen wegen ihres Substanzkonsums. Ein Fünftel der täglich rauchenden Schülerinnen und Schüler möchte mit dem Rauchen aufhören. Jeder Dritte trägt sich mit dem Wunsch.
- Auch unter den regelmäßigen Alkoholkonsumenten möchte jeder fünfte Zehntklässler aufhören. 4 % der regelmäßigen Alkohol- und 13 % der regelmäßigen Haschischkonsumenten äußern hierzu einen starken Wunsch. Bei diesen Jugendlichen hat offensichtlich ein Leidensdruck eingesetzt. Der Wunsch nach Beendigung des Konsums ist eine gute Voraussetzung für eine wirksame Intervention. Er signalisiert, dass junge Konsumenten Unterstützung nachfragen und auch annehmen würden, wenn sie von Freunden, Eltern oder professionellen Helfern angeboten wird.
- 15 % der Schülerinnen und Schüler – Mädchen wie Jungen gleichermaßen – berichten davon, dass sich ihr Alkoholkonsum in letzter Zeit erhöht hat. Fast jeder zweite Schüler, der regelmäßig trinkt, dies sind 7 % aller Befragten, hat seinen Konsum erhöht. Diese Jugendlichen müssten mit im Fokus von Präventionsbemühungen stehen. Sie könnten ein suchtproblematisches Konsumverhalten entwickeln, wenn der – möglicherweise unbemerkten oder unkontrollierten – Zunahme des Konsums nicht frühzeitig entgegengewirkt wird.

### Jugendliche Konsumenten von Alkohol, Tabak oder Drogen brauchen besondere Unterstützung, wenn sie

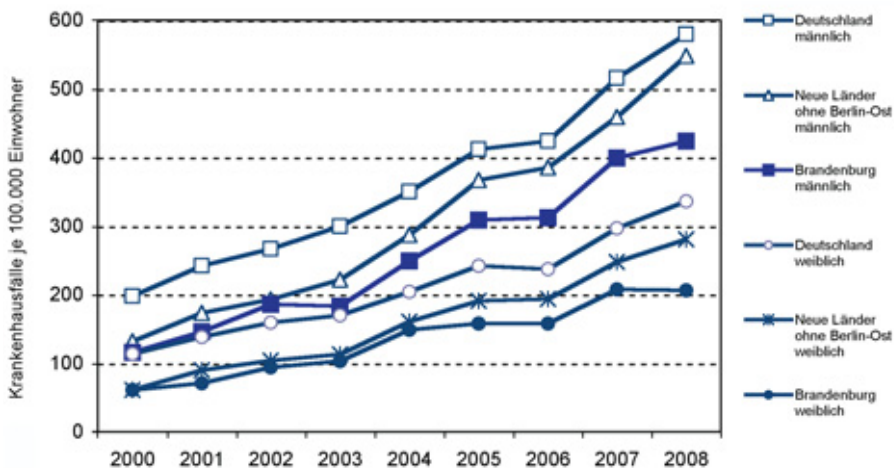
- aus dem Konsum aussteigen wollen,
  - wiederholt in exzessiven Mengen konsumieren,
  - ihren Konsum immer weiter steigern.
- 14 % der Schüler und 6 % der Schülerinnen einer zehnten Klasse in Brandenburg betrinken sich regelmäßig. Diese Jugendlichen trinken wiederholt, das heißt an mindestens sechs Tagen eines Monats, mehr als fünf alkoholische Getränke bei

einer Trinkgelegenheit. Sie sind also mehr als einmal in der Woche betrunken. 70 % von ihnen sind Jungen. Hier ist eine frühzeitige und gezielte Intervention erforderlich. Die Jugendlichen tragen ein hohes Gesundheitsrisiko. Häufiges Rauschtrinken kann die psychosoziale Entwicklung schädigen, exzessive Formen führen zur Alkoholvergiftung, das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholkrankheit ist massiv erhöht (Stolle et al. 2009).

Trenddaten der Krankenhausdiagnosestatistik verdeutlichen einen starken und zunehmenden Unterstützungsbedarf für eine Hochrisikogruppe von

**ABBILDUNG 8:** Rate der im Krankenhaus aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation behandelten jungen Menschen in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre, 2000 bis 2008

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, Landesgesundheitsamt, eigene Berechnungen



ICD-10: F10.0 Akute Alkoholintoxikation (Rausch)



Jugendlichen (15 – 19 Jahre). In Brandenburg stieg die Anzahl der Krankenhausbehandlungen aufgrund einer Alkoholintoxikation bei den jungen Männern im Zeitraum 2000 bis 2008 von 116 Fälle auf 281 und bei den jungen Frauen von 57 auf 128 Fälle (► s. Abbildung 8). Ein ähnlich starker Zuwachs der stationären Behandlungen ist auch bundesweit erkennbar. Auch wenn in Brandenburg die Rate der wegen einer Alkoholvergiftung stationär behandelten Jungen und Mädchen niedriger ist als in den anderen neuen Bundesländern und im Bundesgebiet, ist dieser Trend besorgniserregend.

### ***Rauschtrinken bei Jugendlichen – Risiken und Schäden***

Rauschtrinken bringt für Jugendliche erhebliche gesundheitliche Risiken mit sich (DHS 2003, Stolle et al. 2009):

- Bei mittelgradigen Rauschzuständen (Blutalkoholkonzentration von etwa 1,5 bis 2,0 Promille) ist das Urteilsvermögen eingeschränkt. Motorische Störungen machen sich bemerkbar. Es treten zunehmend psychische Auffälligkeiten und affektive Enthemmungen auf. Das Risiko für Verkehrsunfälle, Gewalthandlungen und Suizide – zugleich die drei häufigsten Todesursachen im Jugendalter – ist erhöht (Krampe & Sachse 2005). Zu Gewalt und Selbstverletzung unter Alkoholeinfluss kann es insbesondere dann kommen, wenn der Jugendliche bereits unter psychischen Störungen leidet oder mit belastenden Lebensereignissen konfrontiert ist. Für Mädchen steigt das Risiko, Opfer ungewollter Sexualität zu werden, mit dem Alkoholkonsum rapide an (Stolle et al. 2009).
- Wiederholtes Rauschtrinken erhöht das Risiko eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln deutlich. Jugendliche, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem Alkoholkonsum beginnen, haben ein vierfach höheres Risiko eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln als Jugendliche, die dies erst mit 20 Jahren tun. Darüber hinaus können wiederholte Rauschzustände im Kindes- und Jugendalter

### **Risikofaktor Rauschtrinken**

Das Rauschtrinken, auch Binge Drinking genannt, ist eine besonders gesundheitsgefährdende Form des Alkoholkonsums. Ziel ist es, möglichst schnell betrunken zu werden. Als Grenzwert gilt eine Menge von fünf alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit. Die Krankenhausdiagnostik zeigt, dass in Deutschland, aber auch in Brandenburg immer mehr Jugendliche aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt werden.

Bei Jugendlichen, die exzessiv Alkohol konsumieren, treffen lebensgeschichtlich oder umweltbedingte Risikofaktoren mit problematischen Konsummustern zusammen. Risikofaktoren für wiederholtes Binge Drinking sind u.a. (Stolle et al. 2009):

- bereits vorliegende Verhaltensauffälligkeiten
- Trinken als Bewältigungsstrategie für emotionale Probleme
- exzessiv konsumierende Peers (gleichaltrige Freundesgruppe)
- riskanter Alkoholkonsum der Eltern
- eine größere Menge an verfügbarem Taschengeld

eine neurotoxische Wirksamkeit entfalten, die zu nicht reversiblen kognitiven Einschränkungen (Sprache, räumliche Vorstellung) führen (Stolle et al. 2009).

## 1.2 Erwachsene

### 1.2.1 Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen

In diesem Abschnitt werden einerseits die aktuellen Ergebnisse aus der GEDA-Studie zum Alkoholkonsum von Erwachsenen in Brandenburg dargestellt, andererseits auf die schweren gesundheitlichen Folgen fokussiert, definiert über stationäre Behandlungsdiagnosen und tödliche Verläufe.

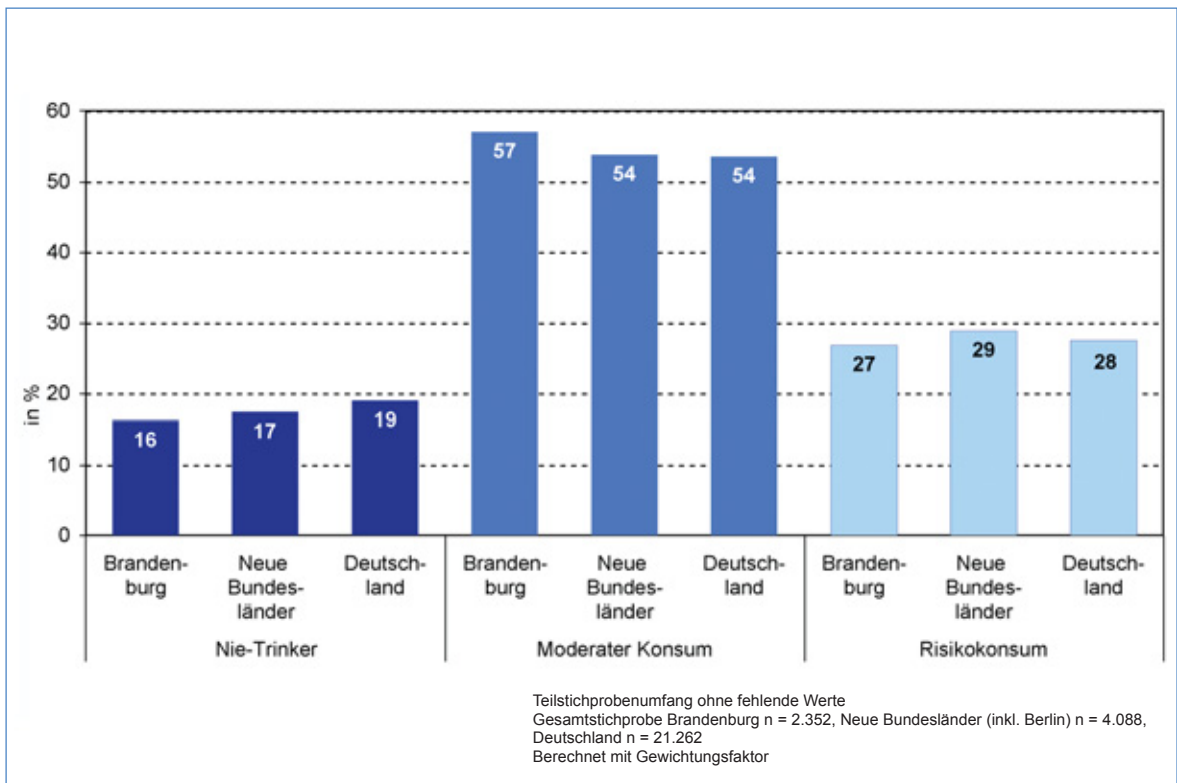
GEDA erfasst den gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum nach internationalem Standard (Audit C) über drei Fragenkomplexe: der Häufigkeit

des Konsums, der durchschnittlichen Menge pro Trinkgelegenheit („Durchschnittskonsum“) und der Häufigkeit von größeren Trinkmengen (variabler Konsum, Rauschtrinken). Über einen Summenscore der Antworten werden die Konsumentengruppen in „Nie-Trinker“ (kein oder äußerst seltener Konsum), „Moderate Konsumenten“ (risikoarmer Konsum) und „Risikokonsumenten“ (Risikokonsum) eingeteilt (Bush et al. 1998). Der Risikokonsum umfasst all die Konsummengen und Konsummuster, die fortgesetzt die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung der Gesundheit erhöhen (Rist et al. 2004).

Nach dem Audit C gelten Frauen als Risikokonsumenten, wenn sie beispielsweise zwei bis drei Mal in

**ABBILDUNG 9: Ausmaß des Alkoholkonsums in Brandenburg, neue Bundesländer und Deutschland im Vergleich (nach Audit-C)**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009



der Woche jeweils drei bis vier alkoholische Getränke (0,33 l Bier oder 0,125 l Wein) zu sich nehmen. Männer gelten als Risikokonsumenten, wenn sie diese Menge mindestens vier Mal in der Woche zu sich nehmen.

### Verbreitung des Alkoholkonsums

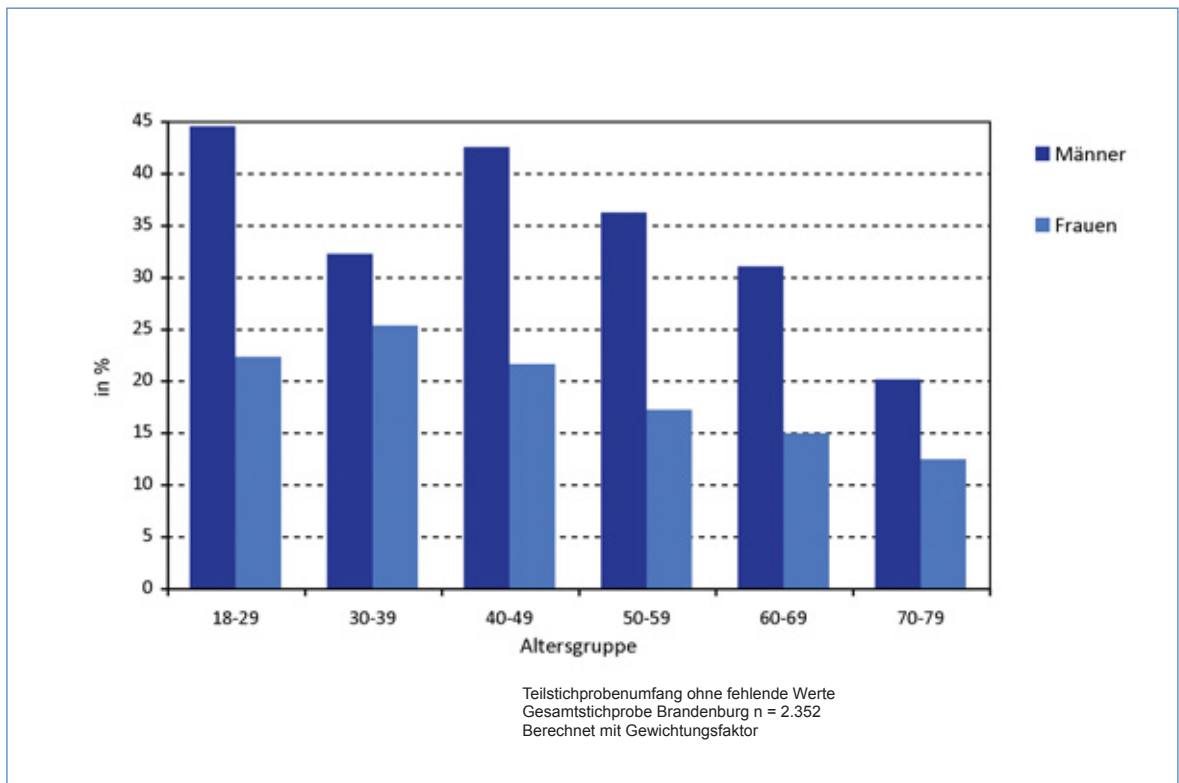
Mehr als jeder vierte Erwachsene in Brandenburg trinkt Alkohol in Mengen, die der Gesundheit langfristig schaden können (Risikokonsum nach Audit-C). Etwa die Hälfte der Erwachsenen konsumiert Alkohol in verträglichen Mengen. 16 % der Erwachsenen sind abstinent (► s. Abbildung 9). Bezogen auf die gesamte Bevölkerung unterscheiden sich die

Brandenburgerinnen und Brandenburger in ihrem Alkoholkonsum kaum von den Bürgerinnen und Bürgern im Bundesgebiet und in den anderen neuen Bundesländern. Unterschiede zeigen sich jedoch bei einer alters- und geschlechtsbezogenen Analyse.

In der Gruppe der 40- bis unter 60-Jährigen trinken in Brandenburg mehr Männer Alkohol in riskanten Mengen als im Bundesdurchschnitt (Brandenburg 39 %; Deutschland 32 %). Umgekehrt verhält es sich bei den Älteren. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen ist riskanter Alkoholkonsum in Brandenburg weniger häufig als im Bundesgebiet. Dies gilt sowohl für Frauen (Brandenburg 12 %; Deutschland 20 %) als auch für Männer (Brandenburg 26 %; Deutschland 30 %).

**ABBILDUNG 10: Anteil der Erwachsenen in Brandenburg mit Risikokonsum definiert nach Audit-C bezogen auf Altersgruppe und Geschlecht**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009



### Riskanter Alkoholkonsum

Besorgniserregend ist der hohe Anteil der jungen Männer (18 – 29 Jahre) unter den Risikokonsumenten. 45 % der Männer in dieser Altersgruppe gehören in die Gruppe des riskanten Alkoholkonsums. Männer im Alter von 40 bis unter 50 Jahren bilden die zweite Gruppe mit einem sehr hohen Anteil an Risikokonsumenten (43 %). Bei den Frauen ist der Anteil der Risikokonsumenten deutlich niedriger als bei den Männern. Der erste Altersgipfel des riskanten Alkoholkonsums wird bei ihnen später erreicht als bei den Männern. Er fällt bei den Frauen in die Altersgruppe der 30- bis unter 40-Jährigen (25 %) und nimmt mit zunehmendem Alter langsam ab (► s. Abbildung 10).

Neben einer durchschnittlichen, regelmäßigen Trinkmenge erhöht das wiederholte exzessive Trin-

ken mit der Folge eines Alkoholrausches nicht nur das Risiko negativer gesundheitlicher Folgen, sondern auch das Risiko für Verkehrsunfälle, Gewalttaten und Suizidhandlungen (DHS 2003, Stolle et al. 2009). Ein Rauschtrinken liegt vor, wenn bei einer Trinkgelegenheit sechs oder mehr alkoholische Getränke getrunken werden. Durchschnittlich trinken 15 % der erwachsenen Brandenburgerinnen und Brandenburger einmal im Monat exzessiv Alkohol. Die Ergebnisse zeigen des Weiteren: Jüngere trinken häufiger exzessiv als Ältere und Männer deutlich häufiger als Frauen. Mehr als jeder dritte Mann in Brandenburg im Alter von 18 bis unter 40 Jahren trinkt mindestens einmal im Monat exzessiv Alkohol (37 %). Bei den Frauen in dieser Altersgruppe ist es mehr als jede Zehnte (15 %). Regelmäßiges, das heißt wöchentliches Rauschtrinken, finden wir bei 10 % der Männer in Brandenburg in der Altersgruppe 18 bis unter 40 Jahre (► s. Tabelle 3).

**TABELLE 3:** Häufigkeit des Rauschtrinkens unter Erwachsenen in Brandenburg nach Altersgruppen und Geschlecht

		Häufigkeit von 6 oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit			
		Nie	Seltener als 1 Mal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche oder öfter
Männlich	Gesamt	23 %	50 %	21 %	6 %
	18-39 J.	14 %	49 %	27 %	10 %
	40-59 J.	22 %	51 %	21 %	5 %
	60 J. +	36 %	50 %	12 %	3 %
Weiblich	Gesamt	51 %	39 %	9 %	1 %
	18-39 J.	39 %	46 %	13 %	2 %
	40-59 J.	50 %	40 %	8 %	1 %
	60 J. +	63 %	31 %	6 %	–

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009

\* Teilstichprobenumfang ohne fehlende Werte, Gesamtstichprobe Brandenburg n=2.352, berechnet mit Gewichtungsfaktor (Rundungsbedingt sind Abweichung von 100% möglich)

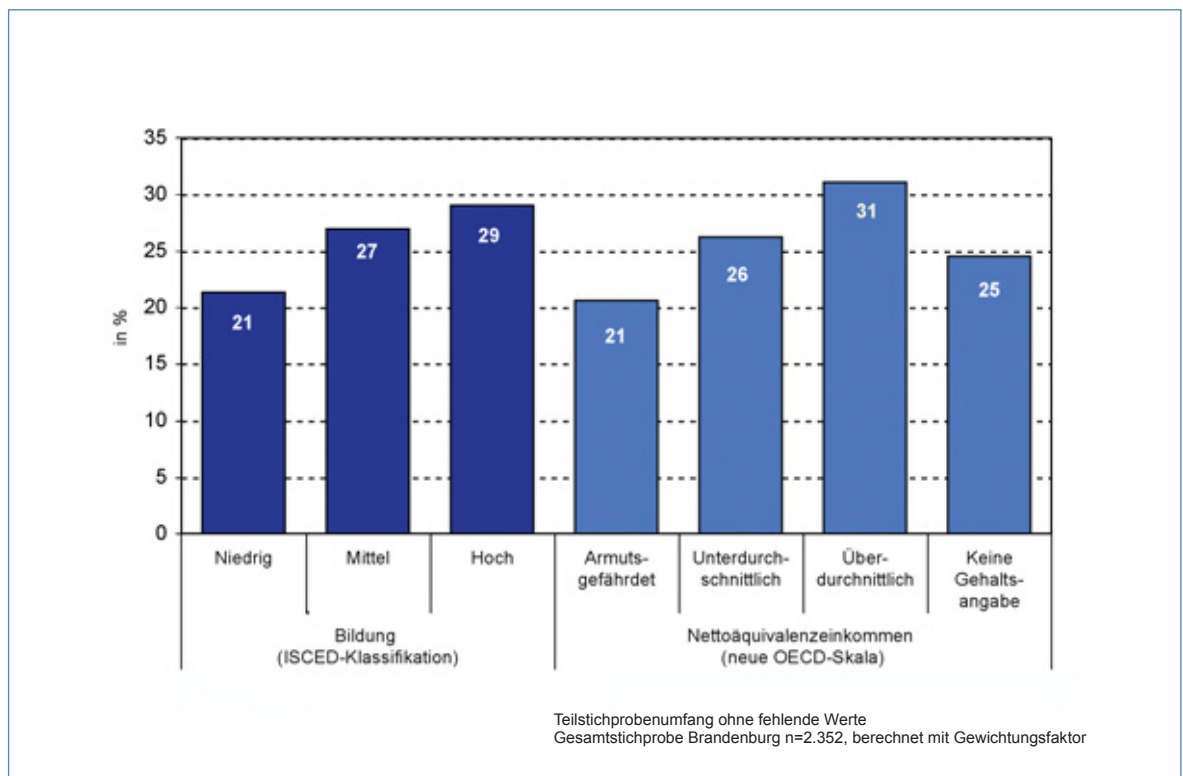
### Alkoholkonsum und soziale Lage

„In der Personengruppe mit hohem sozioökonomischem Status wird die gesundheitlich verträgliche Alkoholzufuhrmenge besonders häufig überschritten.“ Dieser Befund aus der Gesundheitsberichter-

stattung des Bundes (RKI 2003) trifft auch auf das Land Brandenburg zu. Am höchsten ist der Anteil der Risikokonsumenten unter den Brandenburgerinnen und Brandenburgern mit einem höheren Bildungsstand (29 %) und hohem Einkommen (31 %) (► s. Abbildung 11).

**ABBILDUNG 11: Anteil der Erwachsenen in Brandenburg mit Risikokonsum definiert nach Audit-C nach Bildungsniveau (ISCED-Klassifikation)<sup>1</sup> sowie Nettoäquivalenzeinkommen<sup>2</sup>**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009



<sup>1</sup> Die Bildungsgruppen beruhen auf der internationalen ISCED-1997 Klassifikation der UNESCO (International Standard Classification of Education), die schulische und berufliche Bildungsabschlüsse umfasst. Die Klassifikation findet in Deutschland u.a. im Mikrozensus Verwendung. Niedrige Bildung: Maximal Realschulabschluss ohne Berufsabschluss (bzw. keine Angabe zur Art des Abschlusses). Mittlere Bildung: Volksschul- oder Realschulabschluss mit Berufsabschluss, Abitur ohne oder mit Berufsabschluss. Hohe Bildung: Meister, Techniker, Fachhochschule/Ingenieurschule oder Universität (Schroedter et al. 2006).

<sup>2</sup> Das Nettoäquivalenzeinkommen ist das nach der Personenzahl gewichtete Nettohaushalteincome in Relation zum medianen Durchschnittseinkommen in der Bevölkerung (sog. Neue OECD-Skala). Als Schwellenwert für die Einkommenskategorie „Armutsgefährdung“ wird in Brandenburg 60 % des mittleren Einkommens (Medianwert) auf Basis des Mikrozensus 2007 zugrunde gelegt. Dies sind monatlich 1.169 € (MASGF 2008). Der entsprechende Medianwert im Datensatz des Ländermoduls Brandenburg liegt bei 1.250 € und damit nur geringfügig über diesem Wert.

## Gesundheitliche Folgen

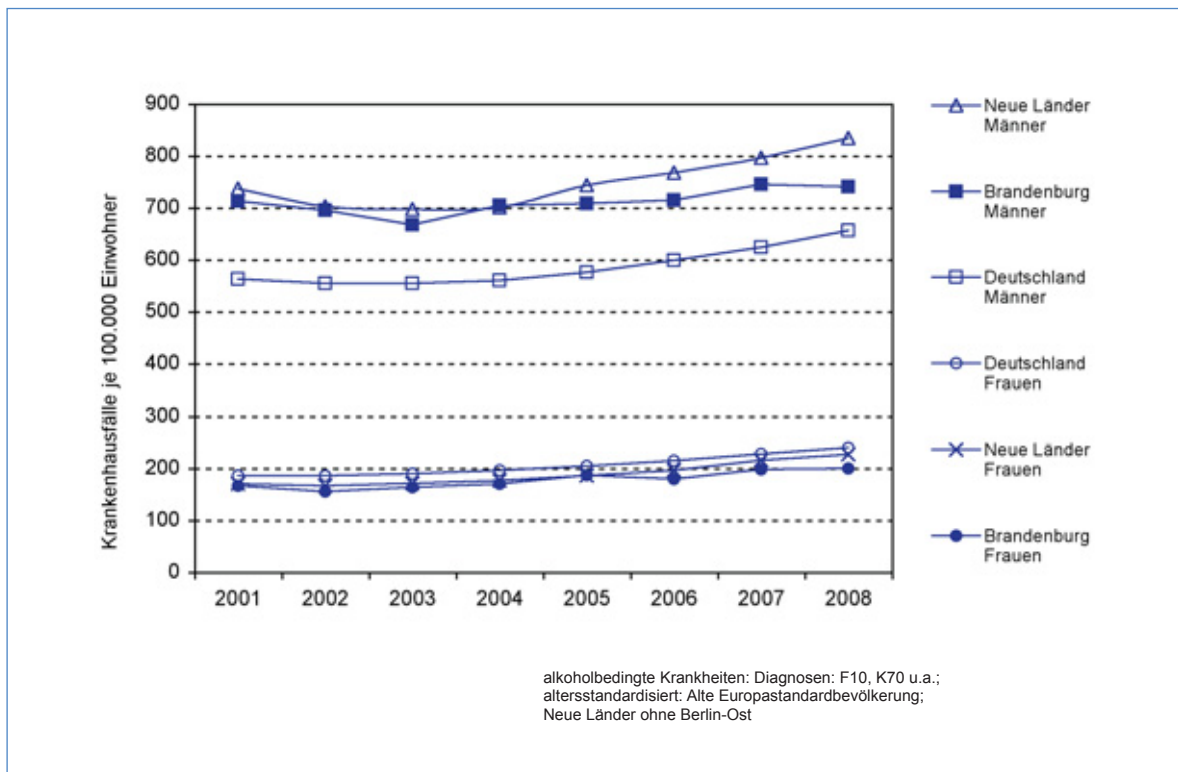
Ein langjähriger Missbrauch von Alkohol führt zu schwerwiegenden psychischen und körperlichen Erkrankungen und erhöht das Risiko von sozialen Folgeschäden (Gewalt und Kriminalität, Verkehrsunfälle oder Führerscheilverlust, s. hierzu S. 30). Als körperliche Folge- oder Begleiterkrankungen von missbräuchlichem Alkoholkonsum treten Organerkrankungen auf wie Erkrankungen der Leber, der Bauchspeicheldrüse, des Verdauungstraktes, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems (DHS 2003, Greten 2005, Kufner

& Kraus 2002, Singer & Teysen 2001). Als psychische alkoholbedingte Erkrankung ist die Alkoholabhängigkeit bekannt (DHS 2003, John et al. 2001). In der Schwangerschaft kann selbst ein geringer Alkoholkonsum zu Entwicklungsstörungen und Fehlbildungen des Kindes führen. Eines von 300 Kindern wird in Deutschland mit dem Vollbild des fetalen Alkoholsyndroms (Alkoholembryopathie) geboren (Singer & Teysen 2001).

In Brandenburg wurden von 2000 bis 2008 jährlich im Durchschnitt rund 13.000 Patienten wegen einer alkoholbedingten Erkrankung in einem Kranken-

**ABBILDUNG 12: Krankenhausfälle durch alkoholbedingte Krankheiten je 100.000 Einwohner 2001 bis 2008, Brandenburg/Deutschland im Vergleich<sup>3</sup>**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, Landesgesundheitsamt, eigene Berechnungen



<sup>3</sup> Unter „Alkoholbedingte Krankheiten“ werden nach der ICD-10 („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) insgesamt 17 Diagnosen verschlüsselt, deren Entstehung vollständig auf Alkohol zurückgeführt wird. Die beiden Diagnosen „psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (ICD-10 F10) sowie „alkoholische Leberkrankheit“ (ICD-10 K70) machten im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2008 in Brandenburg 95 % aller stationär behandelten alkoholbedingten Krankheiten aus.

haus behandelt. Als Diagnose wurden in den meisten Fällen psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol dokumentiert (ICD-10 F10). Im Jahr 2008 entfielen hierauf 10.706 stationäre Behandlungsfälle. Auch körperliche Folgeschäden, beispielsweise eine Lebererkrankung (ICD-10 K70), müssen bei diesen Patienten häufig stationär behandelt werden. Im Jahr 2008 betraf dies 1.794 Brandenburgerinnen und Brandenburger.

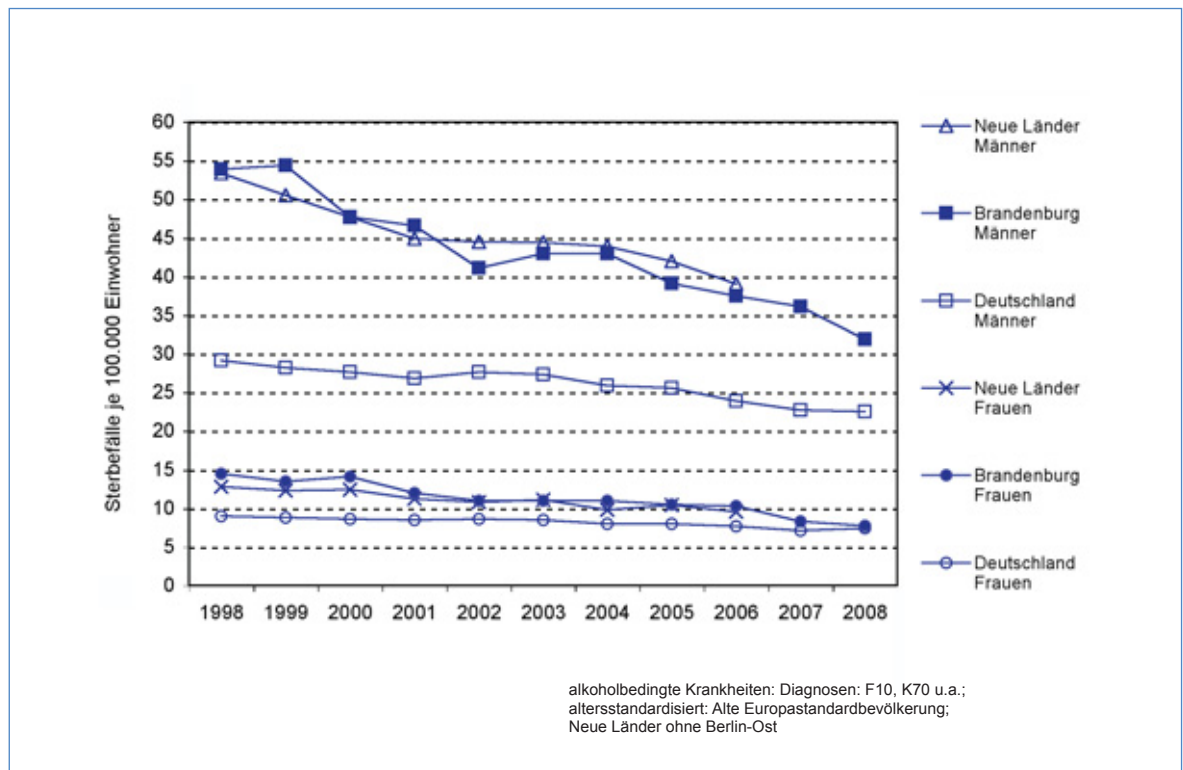
Bezogen auf die Bevölkerung liegt die Rate der Männer, die aufgrund einer alkoholbedingten Erkrankung stationär behandelt werden, in Brandenburg

deutlich über dem Bundesdurchschnitt und leicht unter dem Durchschnitt der ostdeutschen Bundesländer. Bei den Frauen lässt sich ein entsprechender Unterschied nicht feststellen (► s. Abbildung 12).

Die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik bilden nur die „Spitze eines Eisbergs“ ab, da nur Diagnosen mit einem unmittelbaren Krankheitsbezug zu Alkohol über die amtliche Statistik erfasst werden. Bei einer weitaus höheren Zahl von Krankheitsdiagnosen, wie bei Verletzungen durch Unfälle oder Selbstverletzungen, spielt Alkohol eine Triggerrolle, wird aber nicht erfasst.

**ABBILDUNG 13: Sterbefälle je 100.000 Einwohner aufgrund alkoholbedingter Krankheiten nach Geschlecht 1998 bis 2008, Brandenburg und Deutschland im Vergleich**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Landesgesundheitsamt, eigene Berechnungen



Ein dauerhafter und überhöhter Alkoholkonsum verkürzt die Lebenszeit. Schäden an Leber, Herz- und Kreislaufsystem sind direkte Todesursachen. Die alkoholbedingte Leberkrankheit nimmt in Deutschland 2008 den 12. Platz bei den Todesursachen von Männern ein, in Brandenburg sogar Platz 7. Im Jahre 2008 ließen sich 15.042 Todesfälle in Deutschland direkt auf eine alkoholbedingte Krankheit zurückführen, davon etwa drei Viertel Männer. Im Land Brandenburg waren es 668 Alkoholtote. Männer in Brandenburg (und in den anderen neuen Bundesländern) weisen eine deutlich höhere Sterberate an alkoholbedingten Krankheiten auf als Männer in

Deutschland insgesamt. Diesen deutlichen Unterschied gibt es bei den Frauen nicht. Erfreulicherweise gehen die alkoholbedingten Todesfälle insgesamt zurück (► s. Abbildung 13).

Wie bei den alkoholbedingten Krankenhausfällen sind die in der Todesursachenstatistik erfassten durch Alkohol verursachten Sterbefälle als „Spitze des Eisbergs“ anzusehen. Denn hier werden nur Todesfälle erfasst, bei denen Alkohol monokausal das Grundleiden verursacht hat. Daher schätzt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen eine dreifach höhere Zahl an alkoholbedingten Sterbefällen – jährlich ca. 40.000 Menschen (DHS 2008). Für Brandenburg liegt die Schätzgröße bei jährlich 1.300 Sterbefällen (BLS 2006a).

Ein enger Zusammenhang besteht zwischen Alkoholkonsum, Gewalt und Kriminalität. In Brandenburg wurde im Jahr 2008 jede dritte polizeilich aufgeklärte gefährliche und schwere Körperverletzung unter Alkoholeinfluss begangen (1.037 von 3.116 aufgeklärten Fällen, LKA Brandenburg 2009). Da Alkohol die emotionale und motorische Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, steigt unter Alkoholeinfluss das Unfallrisiko stark an. 603 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden ereigneten sich im Jahr 2008 auf Brandenburgs Straßen unter Alkoholeinfluss, das sind 7 % aller Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden. Erfreulich ist, dass die Anzahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss zurückgeht. Die Zahl der Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss, bei denen Personen verletzt oder getötet wurden, betrug 2008 nur noch ein Viertel der Anzahl von 1995 (1995: 2.379 Fälle; 2008: 549 Fälle).

### Gesundheitsbefragung in Brandenburg

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ist eine für Deutschland repräsentative telefonische Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Institutes. Von Juli 2008 bis Ende Mai 2009 wurden 21.262 Menschen, die in Deutschland leben und mindestens 18 Jahre alt sind, zu ihrem Gesundheitszustand, ihrem Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen befragt.

Das Land Brandenburg beteiligte sich an GEDA mit zusätzlichen Mitteln für eine landesspezifische Aufstockung der Stichprobe (N=2.352). Die weitere Auswertung der Daten erfolgte über das Landesgesundheitsamt. Die Daten sind für Brandenburg repräsentativ und ermöglichen beispielsweise eine differenzierte Analyse zum Alkohol- und Tabakkonsum der Erwachsenenbevölkerung, zu Risikogruppen und Einflussfaktoren.



## 1.2.2 Tabakkonsum und seine gesundheitlichen Folgen

### Verbreitung des Tabakkonsums

Tabakkonsum ist ein globales Gesundheitsproblem. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 2008 grundlegende Fakten zum Tabakkonsum in einem Welt-Tabakbericht zusammengestellt (WHO 2008). Demnach rauchen weltweit mehr als eine Milliarde Menschen. Die Zahl der Raucher nimmt weiter zu. Fast die Hälfte der Kinder ist Tabakrauch ausgesetzt. In den Industrieländern stellt der Tabakkonsum das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Weltweit sterben jedes Jahr ca. 5,4 Millionen Menschen an den Folgen des Tabak-

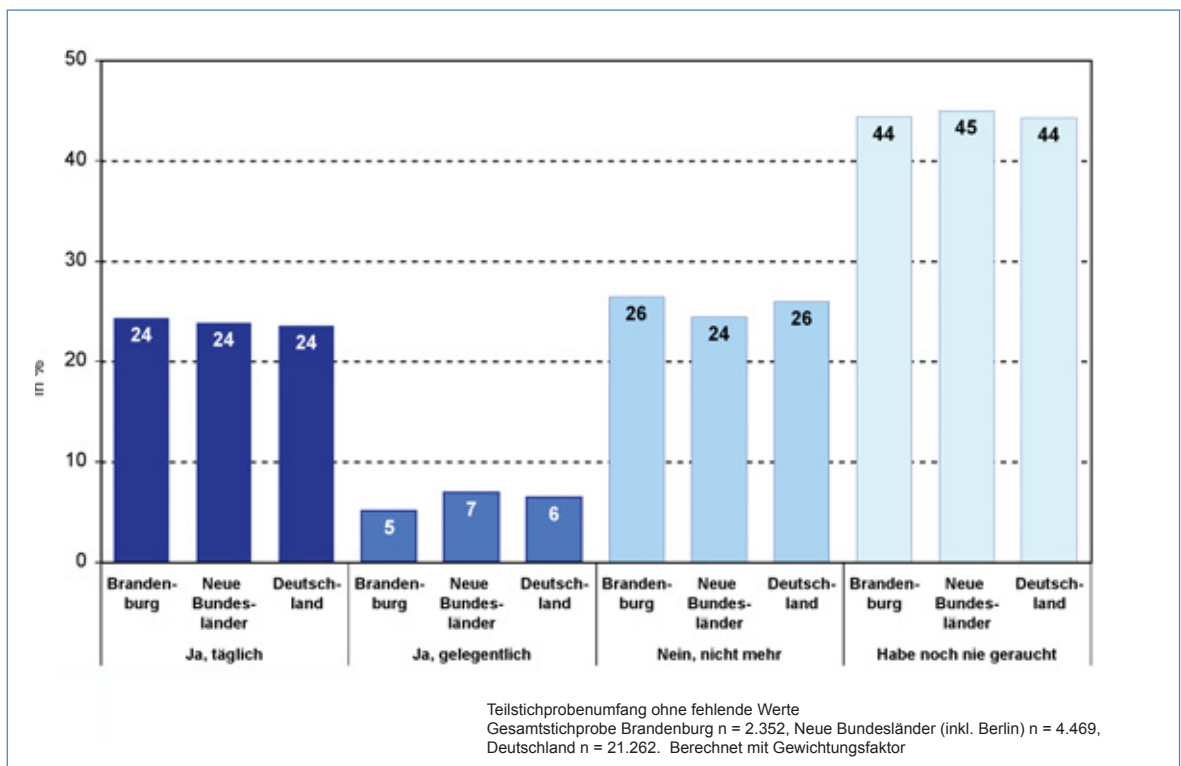
konsums. Unter den 179 Mitgliedstaaten der WHO gehört Deutschland zu den zehn Ländern mit den meisten Rauchern.

Fast jeder vierte Erwachsene in Brandenburg raucht täglich und 5 % gelegentlich. Etwa jeder Vierte hat früher geraucht und das Rauchen aufgegeben. Dabei gibt es kaum Unterschiede zum Bundesgebiet und zu den anderen neuen Bundesländern (► s. Abbildung 14). Die Ergebnisse bestätigen den Trend der vergangenen Jahre, dass sich die Raucherquoten in den neuen und in den alten Bundesländern deutlich angenähert haben (RKI 2009).

Hingegen zeigen sich deutliche Unterschiede im Rauchverhalten bei einer regionalen Betrachtung und ebenso für einzelne Altersgruppen. In Branden-

**ABBILDUNG 14: Rauchen in Brandenburg, neue Bundesländer und Deutschland im Vergleich**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009



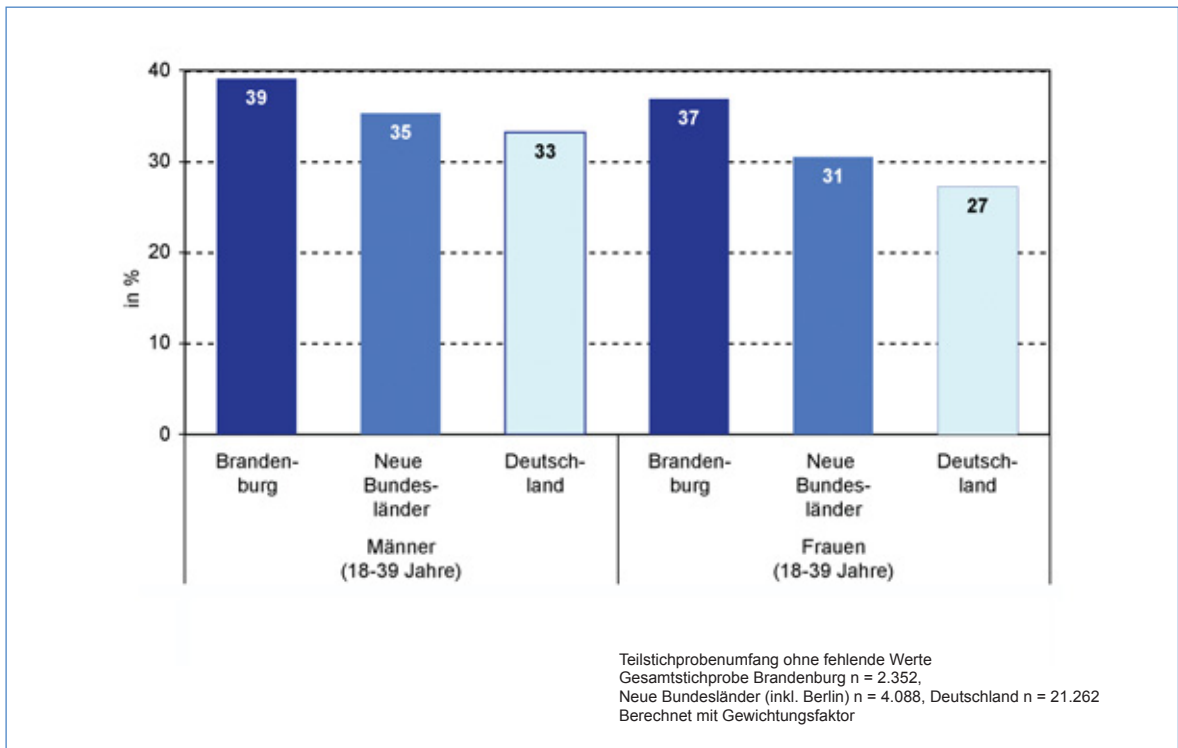
burg rauchen, bezogen auf die Bevölkerung, deutlich mehr jüngere Menschen im Alter von 18 bis unter 40 Jahren als im Bundesgebiet und im Durchschnitt der neuen Bundesländer. Dies gilt für junge Männer und in besonderem Maße für junge Frauen. 39 % der Männer in Brandenburg im Alter von 18 bis unter 40 Jahren rauchen täglich, im Bundesgebiet dagegen 33 %. Bei den Frauen dieser Altersgruppe liegt die Raucherquote in Brandenburg sogar um 10 % höher als im Bundesgebiet (Brandenburg: 37 %, Deutschland: 27 %) (► s. Abbildung 15).

### ***Rauchen und soziale Lage***

Rauchen und soziale Lage hängen zusammen. Diesen aus anderen Studien (Lampert & Thamm 2004) bekannten Sachverhalt zeigen die Ergebnisse aus GEDA für das Land Brandenburg. Je höher die Bildung ist, umso niedriger fallen die Raucherquoten aus. In den Gruppen mit niedriger Bildung wird am häufigsten geraucht (28 %). Mit einem Anteil von 20 % liegt die Raucherquote in der Gruppe mit einer hohen Bildung deutlich unter dem Brandenburger Durchschnitt (24 %). Unter den Brandenburgerin-

**ABBILDUNG 15: Raucherquoten in der Altersgruppe 18 – 39 Jahre nach Geschlecht (nur tägliche Raucher): Brandenburg, neue Bundesländer und Deutschland im Vergleich**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009



nen und Brandenburgern, die in einem Zeitraum von fünf Jahren arbeitslos waren, liegt die Raucherquote um 15 Prozentpunkte höher als unter den Brandenburgern, die hiervon nicht betroffen waren (► s. Abbildung 16).

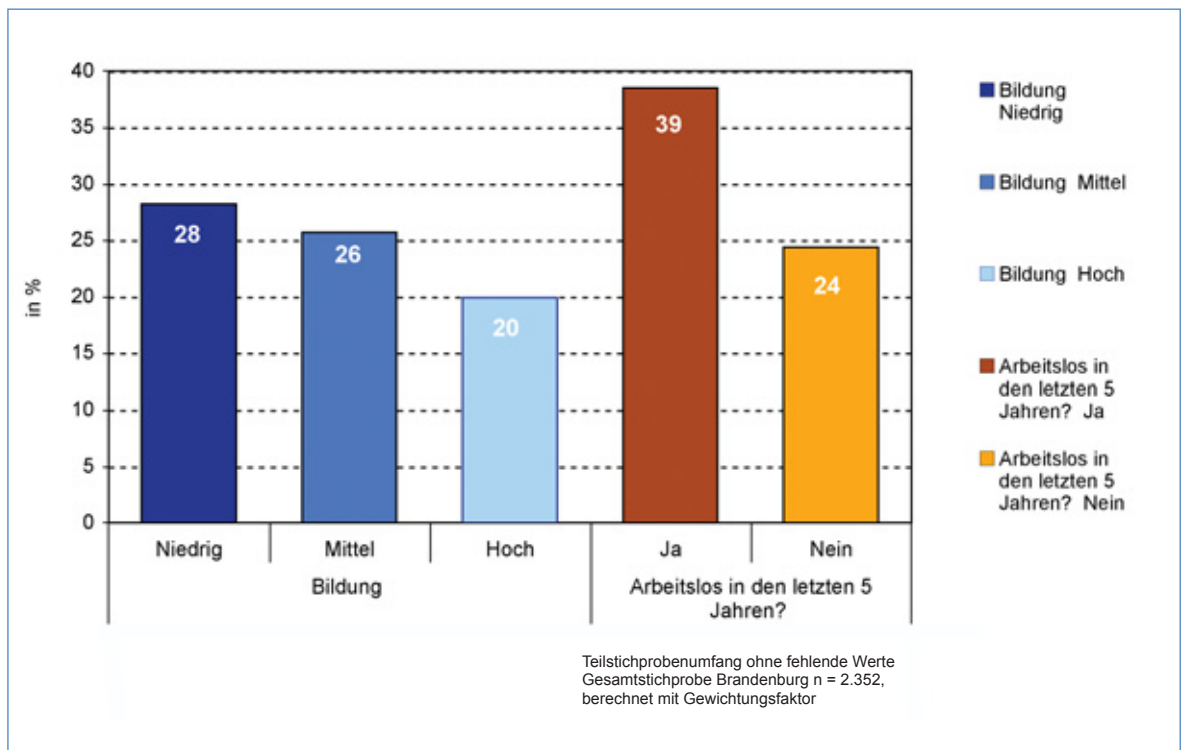
### Wunsch nach Aufgabe des Tabakkonsums

13 % der Raucher in Brandenburg wollen mit dem Rauchen aufhören und rund jeder Zweite trägt sich mit dem Gedanken. Rauchende Frauen und Männer unterscheiden sich in diesen Wünschen kaum. Jedoch

finden sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Jüngere Raucherinnen und Raucher neigen eher zu einer Unentschlossenheit gegenüber ihrem Rauchverhalten. Nur jeder zehnte Raucher im Alter zwischen 18 und unter 25 Jahren hat die feste Absicht mit dem Rauchen aufzuhören, so wenig wie in keiner anderen Altersgruppe. Andererseits denken überdurchschnittlich viele junge Raucher über das Aufhören nach. Zwei von drei jungen Rauchern ziehen ihre Rauchgewohnheiten in Zweifel, mehr als in jeder anderen Altersgruppe. Umgekehrt verhält es sich bei den älteren, ab 65-jährigen Rauchern. Wün-

**ABBILDUNG 16: Rauchen in Brandenburg: Anteil der täglichen Raucher nach Bildung und nach Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009 \*\*Die Bildungsgruppen wurden nach der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED) gebildet, die das gesamte Spektrum der allgemeinen und beruflichen Bildungsabschlüsse einbezieht. \*\* Anteil der Raucher nach Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren ohne Personen ab 70 Jahren



sche mit dem Rauchen aufzuhören äußern nur 42 % von ihnen. Dafür haben überdurchschnittlich viele ältere Raucher feste Vorsätze mit dem Rauchen aufzuhören (17 %) (► s. Abbildung 17).

Diese Ergebnisse zeigen, dass Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens auf Resonanz bei den Konsumenten stoßen können. Mehr als jeder zweite Raucher denkt über das Aufhören nach. Dabei ist es sinnvoll, nach Altersgruppen zu differenzieren. Unter den jüngeren Raucherinnen und Rauchern bilden die Unentschlossenen eine große Zielgruppe der Intervention, während unter den älteren Rauchern

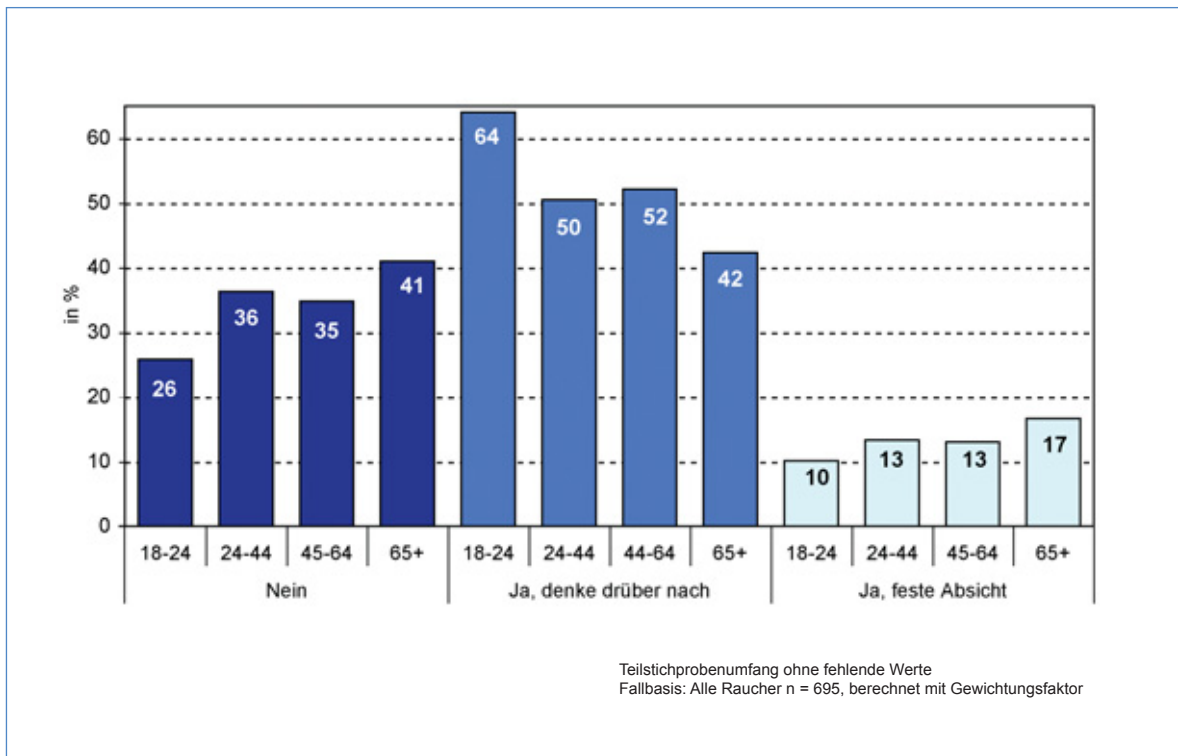
insbesondere auch die entschlossenen Aufhörer unterstützt werden sollten, aus dem Rauchen auszusteigen.

### Gesundheitliche Folgen

Nicht nur die Raucher, auch diejenigen, die als Passivraucher Tabakrauch einatmen, sind in ihrer Gesundheit langfristig gefährdet. Fast jeder dritte Brandenburger, der oder die selber nicht raucht (30 %) ist mindestens einmal in der Woche Tabakrauch ausgesetzt, mehr als jeder zehnte Nichtraucher sogar täglich (11 %).

**ABBILDUNG 17: Rauchen in Brandenburg: Wunsch nach Aufgabe des Rauchens nach Altersgruppen (nur Raucher)**

Quelle: Landesgesundheitsamt, GEDA 2008/2009



Raucher schädigen sich und andere. Schwerwiegende körperliche und potenziell tödlich verlaufende Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen werden auf Rauchen zurückgeführt. Passiv eingeatmeter Tabakkonsum verursacht dabei das gleiche Spektrum an Krankheiten wie das aktive Rauchen (IARC 2004, USDHHS 2004).

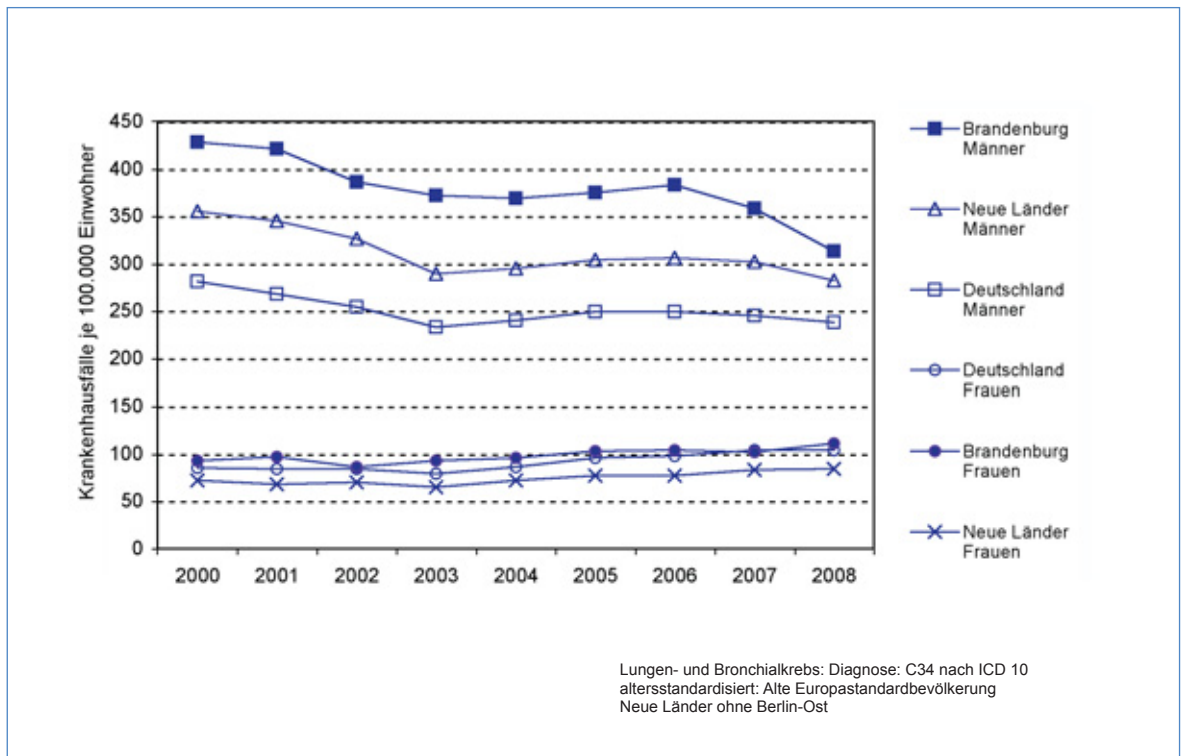
In Brandenburg müssen jährlich mehr als 8.000 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Lungen- und Bronchialkrebs, der in der Regel auf jahrzehntelangen Tabakkonsum zurückzuführen ist, in einem Krankenhaus medizinisch behandelt werden. Als

Folge der höheren Raucherquote ist diese Erkrankungsrate bei den Männern höher als bei den Frauen. Im regionalen Vergleich liegen die Erkrankungsrate an Lungen- und Bronchialkrebs bei den Männern in Brandenburg deutlich höher als im Bundesdurchschnitt und auch höher als in den anderen östlichen Bundesländern (► s. Abbildung 18).

1.370 Brandenburgerinnen und Brandenburger sind im Jahr 2008 aufgrund eines Lungen- und Bronchialkrebses gestorben. Wie bei den stationären Behandlungen sterben deutlich mehr Männer als Frauen an den Folgen des Lungen- und Bronchialkrebses.

**ABBILDUNG 18: Krankenhausbehandlungen aufgrund Lungen- und Bronchialkrebs je 100.000 Einwohner: Männer und Frauen in Brandenburg, Deutschland und neue Bundesländer im Vergleich (2000 bis 2008)**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, Landesgesundheitsamt, eigene Berechnungen

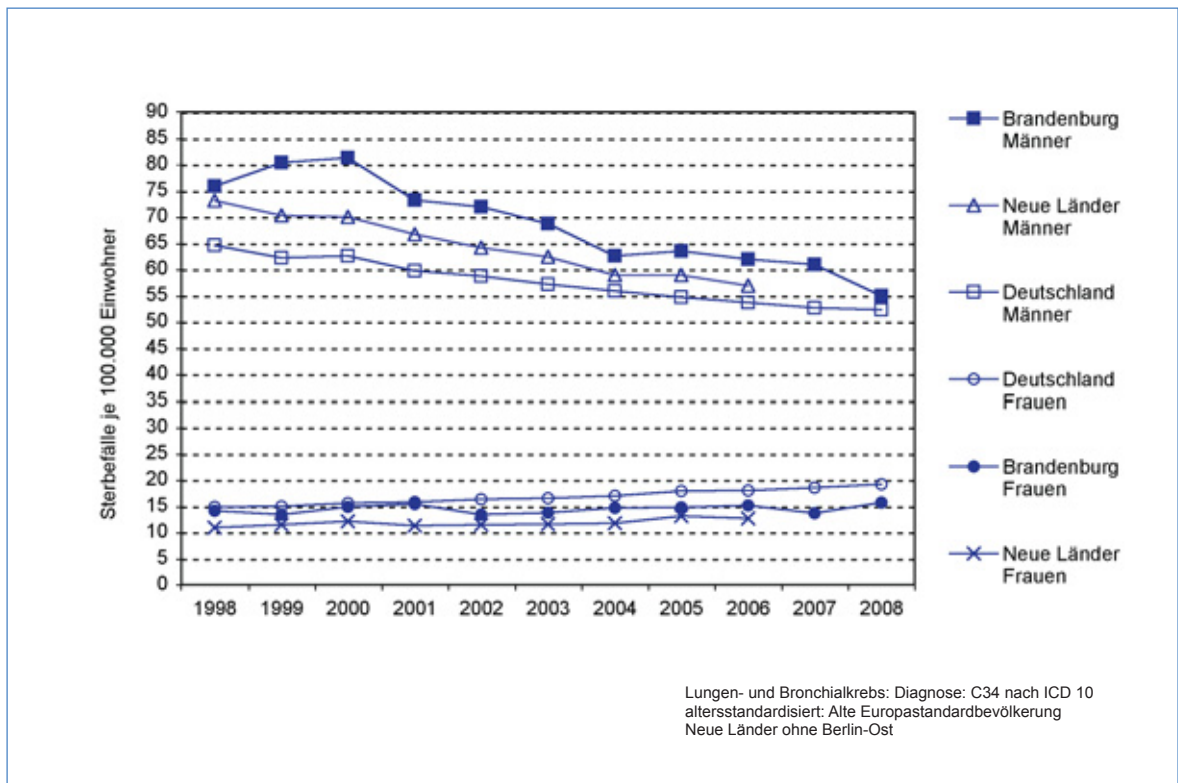


Auch die Sterbeziffer liegt bei den Männern in Brandenburg seit Jahren über dem Bundesdurchschnitt (► s. Abbildung 19).

Da Rauchen mit vielen weiteren Krankheiten verbunden ist, werden für Deutschland jährlich über 100.000 Todesfälle geschätzt (RKI 2009) und für Brandenburg etwa 4.000 (BLS 2006A).

**ABBILDUNG 19: Sterbefälle aufgrund Lungen- und Bronchialkrebs je 100.000 Einwohner: Männer und Frauen in Brandenburg im Vergleich zu Deutschland und den neuen Bundesländern (1998 bis 2008)**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Landesgesundheitsamt, eigene Berechnungen







## 2.1 Die Landessuchtkonferenz Brandenburg

In Brandenburg engagiert sich die Landessuchtkonferenz für ein koordiniertes Handeln der Akteure im Suchtbereich. Die Landessuchtkonferenz nahm im September 2002 nach einem Kabinettsbeschluss der brandenburgischen Landesregierung ihre Arbeit auf. Sie ist ein freiwilliger Zusammenschluss der im Suchtbereich tätigen Institutionen, Vereinigungen und Verbände. Ihr gehören gegenwärtig 65 Akteure an, neben den zuständigen Ressorts der Landesregierung u. a. Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, der Kranken- und Rentenversicherung, der Ärzteschaft sowie von freien Trägern und Selbsthilfegruppen.

**Die Akteure der Landessuchtkonferenz stellen regelmäßig aktuelle Informationen über ihre Arbeit im Internet bereit. Die Informationen sind abrufbar auf der Website der Landessuchtkonferenz [www.lsk-brandenburg.de](http://www.lsk-brandenburg.de).**

Die Landessuchtkonferenz beobachtet und analysiert das Suchtgeschehen im Land Brandenburg. Sie gibt Empfehlungen zu den Handlungsbedarfen in der Suchtprävention, der Suchtkrankenhilfe und

der Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität. Sie fasst Beschlüsse zu landessuchtpolitischen Zielen und gibt Empfehlungen zum Erreichen dieser Ziele.

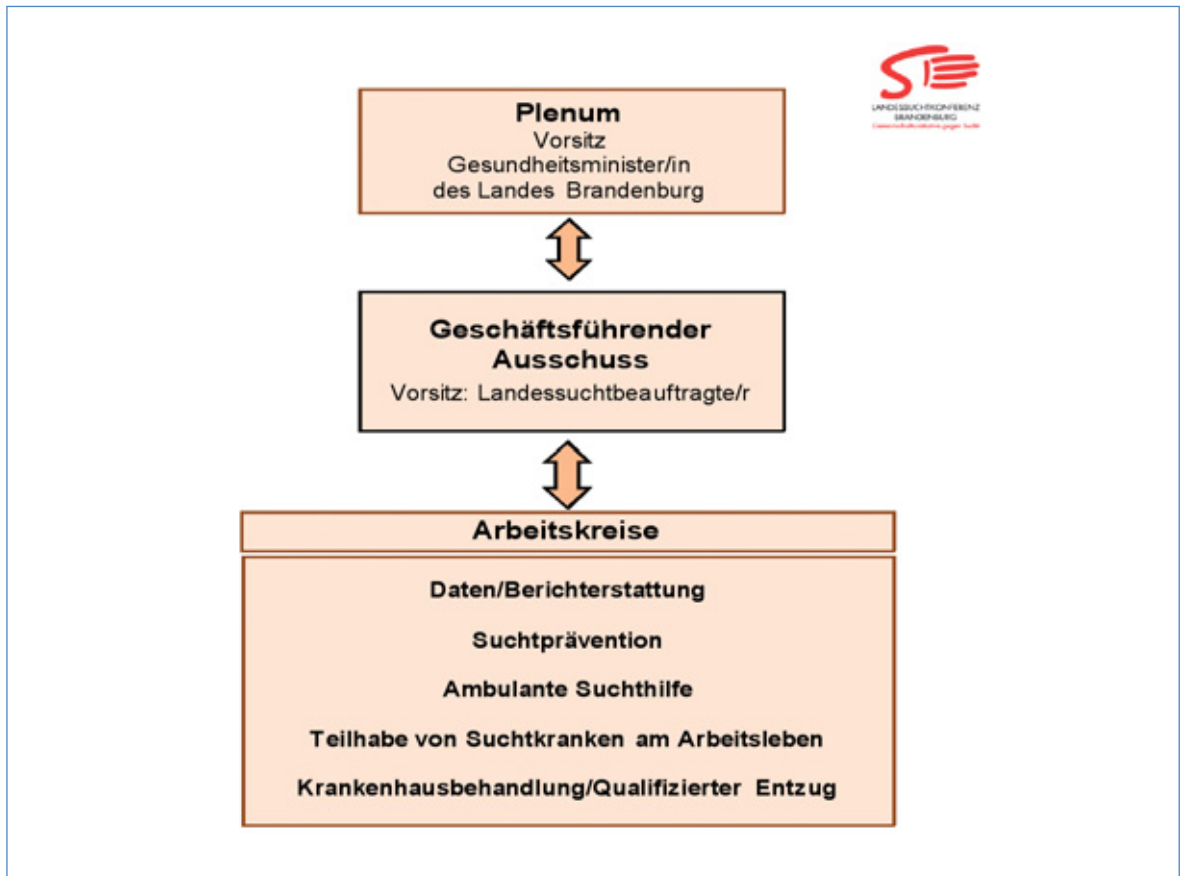
Die Arbeitsweise der Landessuchtkonferenz wird durch eine Geschäftsordnung geregelt. Demnach arbeiten die Akteure der Landessuchtkonferenz auf drei Ebenen zusammen (► s. Abbildung 20). Das Plenum beschließt als oberstes Gremium die Gesundheitsziele im Handlungsfeld Sucht. Der Geschäftsführende Ausschuss bereitet die Beschlüsse des Plenums vor. Derzeit fünf Arbeitskreise setzen die Beschlüsse des Plenums um und entwickeln eigene Vorschläge, die dem Plenum über den Geschäftsführenden Ausschuss vorgelegt werden. Über die Umsetzung empfohlener Maßnahmen entscheiden die Mitglieder der Landessuchtkonferenz in eigener Verantwortung.

Die Landessuchtkonferenz hat sich als Steuerungsgremium der Landessuchtpolitik in Brandenburg bewährt. Ihre Einführung hat die Intensität und das Klima der Zusammenarbeit der Akteure im Handlungsfeld Sucht verbessert. Aktivitäten, Kompetenzen und Ressourcen wurden gebündelt. Suchtpolitische Gesundheitsziele wurden vereinbart. Mit der Umsetzung gemeinsam vereinbarter Maßnahmen wurden erste Erfolge erzielt.



### ABBILDUNG 20: Struktur der Landessuchtkonferenz Brandenburg

Quelle: Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz



## 2.2 Gesundheitsziele im Handlungsfeld Sucht

Gesundheitsziele sind ein wichtiges Instrument der Landesgesundheitspolitik und der Suchtpolitik in Brandenburg. Leitendes Motiv ist es, die Akteure im Handlungsfeld Sucht unter einer gemeinsamen Programmatik zusammenzuführen.

Die Gesundheitsziele werden in einem konsensorientierten Gesundheitszieleprozess vereinbart. Die Landesregierung übernimmt hierbei eine moderierende Rolle. Sie wählt die Handlungsfelder für den Zieleprozess aus und lädt die Akteure ein, den Gesundheitszieleprozess zu gestalten. Die Entscheidung über Ziele, Teilziele und Maßnahmen treffen die an diesem Prozess beteiligten Akteure. Sie verständigen sich auf Grundlage der zu Verfügung stehenden Daten über die drängendsten Probleme, einigen sich auf gemeinsame Ziele und auf umzusetzende Maßnahmen z. B. durch Vereinbarungen oder gemeinsame Projekte. Alle Beteiligten verpflichten sich, im Rahmen ihrer Aufgaben und Einflussmöglichkeiten auf das Erreichen der vereinbarten Ziele hinzuwirken

und beschlossenen Empfehlungen zu folgen. Sie überprüfen den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen und schreiben bzw. setzen den Gesundheitszieleprozess gemeinsam weiter fort.

Die brandenburgische Landesregierung startete den Gesundheitszieleprozess im Handlungsfeld Sucht im Dezember 2001 mit ihrem Beschluss zum brandenburgischen Landesprogramm gegen Sucht. Die Landessuchtkonferenz hat seitdem klare Gesundheitsziele für die Handlungsfelder Alkohol, Tabak, Drogen und pathologisches Glücksspiel festgelegt und fortgeschrieben (► s. Tabelle 4).

Die Gesundheitsziele im Bereich Sucht sind einheitlich strukturiert. Die einzelnen Substanzen bzw. Süchte Alkohol, Tabak, illegale psychoaktive Substanzen sowie pathologisches Spielverhalten bilden Handlungsfelder der Intervention, für die jeweils ein übergeordnetes Gesundheitsziel benannt wird (► s. Tabelle 4). Die übergeordneten Gesundheitsziele

**TABELLE 4: Gesundheitsziele der Landessuchtkonferenz im Handlungsfeld Sucht, Stand: Frühjahr 2009**

Handlungsfeld	(Übergeordnetes) Gesundheitsziel
Alkohol	Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol in Brandenburg ist gefördert. Der Alkoholkonsum ist reduziert.
Tabak	Der Tabakkonsum in Brandenburg ist eingedämmt. Nichtrauchen fördern - Vor Passivrauchen schützen - Rauchern den Ausstieg erleichtern.
Illegale psychoaktive Substanzen	Das Risikobewusstsein bezüglich des Konsums illegaler psychoaktiver Substanzen ist gestärkt. Der Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen ist reduziert.
Pathologisches Spielverhalten	Das Risikobewusstsein bezüglich des pathologischen Spielverhaltens ist gestärkt. Vor pathologischem Spielverhalten schützen – Spielsüchtigen den Ausstieg erleichtern.

Quelle: Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

werden durch quantifizierte Ziele mit quantitativen Zielvorgaben untersetzt. Die Teilziele beschreiben die Umsetzung des Zieleprozesses; sie werden nach den Kategorien „Daten/Berichterstattung“, „Rechtliche Vorschriften/Rahmenbedingungen“, „Zielgruppenbezogene Maßnahmen“, „Settingbezogene Maßnahmen“ sowie „Fachtagungen und Fortbildungen“ gegliedert. Jedem Teilziel werden konkrete Maßnahmen mit verantwortlichen Akteuren, Terminen und messbaren Indikatoren zugeordnet.

Die Entwicklung von Gesundheitszielen im Handlungsfeld Sucht hat dazu beigetragen, die Qualität gemeinsamen Handelns von Akteuren mit ganz unterschiedlichen Aufgaben und Zuständigkeiten zu verbessern. Die Einführung von quantifizierten Vorgaben macht die Gesundheitsziele messbar und damit den gesamten Gesundheitszieleprozess zielorientierter und transparenter. So setzte sich die Landessuchtkonferenz im Jahr 2006 das ehrgeizige Ziel, die Raucherquote und die Quote der regelmäßigen Alkoholkonsumenten unter den Schülerinnen und Schülern der zehnten Jahrgangsstufe in Brandenburg bis zum Jahr 2008 um 25 % des Ausgangsniveaus 2004 zu senken. Dieses Gesundheitsziel konnte in weiten Teilen erreicht werden (s. Kapitel 1.1.2).

## 2.3 Landesprogramme im Bereich Sucht

### 2.3.1 Landesprogramm „Brandenburg rauchfrei“

Im Mai 2004 beschloss die Landessuchtkonferenz das Landesprogramm „Brandenburg rauchfrei“. Damit wurde erstmals in Deutschland in einem Bundesland ein flächendeckendes, kontinuierliches und langfristiges Programm zur Eindämmung des Tabakkonsums eingeführt. Bei der Umsetzung und Erfolgsmessung wird die Landessuchtkonferenz von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, vom Robert Koch-Institut, vom Deutschen Krebsforschungszentrum und vom Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser unterstützt.

Das Programm „Brandenburg rauchfrei“ will das Nichtrauchen fördern, vor Passivrauchen schützen und Raucherinnen und Rauchern den Ausstieg aus dem Tabakkonsum erleichtern. Es umfasst strukturelle und verhaltensbezogene Ziele. Das Rauchen soll zurückgedrängt und das Nichtrauchen schrittweise als soziale Norm etabliert werden. Das Programm richtet sich an Multiplikatoren, Lehrerinnen und Lehrer sowie an die Zielgruppen der Schwangeren, Kinder, Eltern und Jugendliche. Das Programm umfasst folgende Maßnahmen:

- Nichtraucherschutz (z.B. konsequente Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung, Gütesiegel „rauchfreie Einrichtung“, rauchfreie öffentliche Einrichtungen)
- Verringerung der Verfügbarkeit von Zigaretten (konsequente Beachtung des Verkaufsverbots an unter 18-Jährige, keine Automaten näher als 100 Meter im Umfeld von Schulen)
- Bekämpfung des Tabakschmuggels
- Sensibilisierung Jugendlicher (und von Eltern/Lehrern/Erziehern als Vorbilder) für Gefahren durch Tabakkonsum (z. B. Projekt „Rauchfreie Schule“, Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“).

Das Programm „Brandenburg rauchfrei“ wird von einer Reihe von Gesetzen flankiert. Auf Bundesebene trat am 1. September 2007 das „Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens“ in Kraft. Es schreibt Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, in allen Fahrzeugen des öffentlichen Personenverkehrs und in Bahnhöfen vor. Das Bundesgesetz stärkt die Rechte derjenigen, die bisher unter dem Passivrauchen zu leiden hatten.

In Brandenburg hat der Landtag im Dezember 2007 das Nichtraucherschutzgesetz beschlossen. Das Gesetz sieht ein umfassendes Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden und in Gaststätten vor. Seit dem Jahr 2008 kann damit in Brandenburg per Gesetz ein umfassender und ausgewogener Schutz vor Passivrauchen gewährleistet werden.

### 2.3.2 Landesprogramm „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“

Das brandenburgische Landesprogramm „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“ startete im Mai 2007. Es führt die vielfältigen Aktivitäten im Handlungsfeld Sucht im Land Brandenburg, Prävention für gefährdete Zielgruppen, Hilfen für Menschen mit Alkoholproblemen, Frühintervention bei Alkoholmissbrauch, unter einer landesweiten Dachkampagne zusammen. Die Aufgaben wichtiger Akteure im Handlungsfeld Sucht werden beschrieben. Das Programm beinhaltet folgende Leitziele:

- Alkoholkonsum reduzieren
- Risikokompetenz erhöhen
- Nichttrinken fördern
- Negative Auswirkungen auf Dritte verhindern

Das Programm „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“ setzt auf eine integrative Handlungsstrategie von Prävention und frühen Hilfen sowie von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen. Gemeindenahe Angebotsstrukturen, Umsetzung von strukturellen Maßnahmen wie das Erschweren der Verfügbarkeit von Alkohol für Jugendliche und das Verbot von Alkoholwerbung auf kommunalen und landeseigenen Flächen sowie setting- und zielgruppenbezogene Prävention und Frühintervention sind die leitenden Handlungsstrategien des Landesprogramms.

Das Landesprogramm stellt solche Maßnahmen in den Vordergrund, die sich gezielt an junge Menschen richten und sich auf Situationen beziehen, in denen der Alkoholkonsum besonders gefährliche Folgen haben kann. Ziel ist eine flächendeckende Umsetzung. Dabei werden unterschiedliche regionale Schwerpunkte gesetzt. Maßnahmen und Modellversuche, die sich in einer Region bewährt haben, sollen auch in anderen Regionen realisiert werden.

## 2.4 Suchtmonitoring in Brandenburg

Das Monitoring zum Suchtgeschehen im Land Brandenburg informiert Akteure, Verantwortliche und interessierte Bürgerinnen und Bürger über den Konsum, die gesundheitlichen Folgen und die Versorgung im Handlungsfeld Sucht.

Das Monitoring stellt handlungsrelevante Informationen für den Gesundheitszieleprozess im Handlungsfeld Sucht bereit. Schwerpunkt sind Informationen über den Alkohol- und Tabakkonsum von Jugendlichen und Erwachsenen und ihre gesundheitlichen Folgen. Datengestützte Informationen unterstützen die Akteure in der Planung, Steuerung und Evaluation von Maßnahmen. Kennzahlenbasierte Indikatoren schaffen die Voraussetzung für die Formulierung und Überprüfung von quantitativen Gesundheitszielen. Die Daten und Erkenntnisse werden sowohl für die Landesebene wie auch für die Landkreise und kreisfreien Städte verfügbar gemacht. Damit verknüpft das Suchtmonitoring die Gesundheitsberichterstattung des Landes mit den Gesundheitszielen im Handlungsfeld Sucht.

Der Aufwand und der Umfang des Gesundheitsmonitorings sind explizit gering gehalten. Soweit als möglich werden bereits vorliegende Daten und Statistiken (z.B. aus der Krankenhausdiagnosestatistik) genutzt. Daten aus empirischen Untersuchungen werden hinzugezogen, um Aufschluss über das Konsumverhalten und seine Veränderungen im Zeitverlauf zu gewinnen und das Erreichen der gesteckten Ziele zu überprüfen. Die regelmäßige Schülerbefragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)“ leistet dies für die Bewertung des Konsumverhaltens von Jugendlichen im Alter von ca. 16 Jahren. Mit der Beteiligung an dem bundesweiten Gesundheitsmonitoring „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts können jetzt erstmals auch empirische Daten über den Alkohol- und Tabakkonsum von Erwachsenen in das Suchtmonitoring Brandenburg aufgenommen werden.

### Das Suchtmonitoring Brandenburg im Internet

Die Tabellen des Monitorings zum Suchtgeschehen sind auf den Webseiten der Landessuchtkonferenz ([www.lsk-brandenburg.de](http://www.lsk-brandenburg.de)) sowie auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes zugänglich ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)).



Moderne Primärprävention schließt die Gesundheitsförderung, d. h. die Stärkung der Persönlichkeit, der Lebens- und Konfliktlösungskompetenz und die Verbesserung der Umwelt (Ressourcensteigerung) ein. Der Paradigmenwechsel der Prävention zu einem ressourcenorientierten Ansatz im Sinne der Salutogenese (Antonovsky & Franke 1997) hat die Methoden der Suchtprävention völlig verändert und ist zum beherrschenden Ansatz geworden.

Seit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Gesundheitsförderung 1986 bezeichnet Gesundheitsförderung Prozesse, die Individuen oder Zielgruppen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen. Diesen Vorgang wie auch die Ergebnisse solcher Prozesse bezeichnet man auch als Empowerment. Mit der Ottawa Charta hielten der Prozesscharakter von Gesundheit und Gesundheitsinterventionen sowie das Basiskonzept von Partizipation und Selbstbestimmung Einzug in Theorie und Praxis der Prävention (Rosenbrock 2001, 2004).

Für die Suchtprävention bedeutet dies, dass Verhalten (Verhaltensprävention) wie auch gesellschaftliche Strukturen, die einen Substanzkonsum begünstigen können (Verhältnisprävention), beeinflusst werden sollen<sup>4</sup>. Verhaltensbezogene Prävention stärkt die Kompetenzen des Einzelnen. Verhältnisbezogene Prävention bedeutet eine Einflussnahme auf die Lebensbedingungen (BZgA 2004c). In der Gesundheitsförderung kommen vor allem Maßnahmen

nach dem Setting-Ansatz zum Tragen, die stärker die Lebensräume und Lebenswelten der Zielgruppen in den Blick nehmen. Die wichtigsten Kernstrategien der Gesundheitsförderung auch im Bereich der Suchtprävention sind Partizipation und Empowerment.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat einen wesentlichen Anteil an der Entwicklung dieses Ansatzes in der Bundesrepublik, der in der Kampagne „Kinder stark machen“ prägnant zum Ausdruck kommt. Übergeordnetes Ziel von Suchtprävention ist es, die Persönlichkeit so kompetent und ihre Umwelt so erlebnisreich zu machen, dass der nicht-süchtige Weg zum attraktiveren Weg wird. Dafür muss Suchtprävention ursachenbezogen und personen- bzw. zielgruppenspezifisch vorgehen. Sie muss von den konkreten sozialen Lebenslagen, ihren Ressourcen und Defiziten ausgehen und personengruppenspezifische, z.B. geschlechtsspezifische Bedingungen berücksichtigen. Und sie muss möglichst früh beginnen und möglichst kontinuierlich und langfristig angelegt sein.

Das bedeutet:

- Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen stärken,
- Eigenverantwortung erhöhen,
- Beziehungs- und Konfliktfähigkeit entwickeln,
- Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit sowie soziale Kompetenz fördern,
- auf ein angemessenes Gesundheitsverhalten (inkl. des kontrollierten Umgangs mit Suchtmitteln) hinwirken,
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit unterstützen,
- bei Sinnsuche und Sinnerfüllung helfen.

<sup>4</sup> Seit den 1990-er Jahren wird international in der Suchtprävention zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden (DHS 2007). Mit Blick auf die Praxis wird hier jedoch auf die bisher gebräuchliche Unterteilung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Primärprävention zurückgegriffen.

Auf die Umwelt bezogen bedeutet Suchtprävention:

- Einfluss auf die allgemeinen Lebensbedingungen nehmen, eine gesunde Umwelt und Lebensräume fördern,
- Erlebniszonen („Rausch ohne Drogen“) durch vielfältige Aktivitäten auch kultureller Art eröffnen, den Anregungsgehalt der Umwelt erhöhen.

Die Suchtprävention in Brandenburg stellt ein eigenständiges Aufgabenfeld an der Schnittstelle von individueller Suchthilfe für Betroffene und ihre Angehörigen und allgemeiner Gesundheitsförderung dar. Ihre Aktivitäten werden von der Erkenntnis geleitet, dass der Umgang mit suchtgefährdenden Substanzen und Verhaltensweisen im Rahmen eines multifaktoriellen Wirkungsgefüges von individuellen Kompetenzen und Persönlichkeit, objektiven Gelegenheitsstrukturen, sozialem Umfeld und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen „erlernt“ wird. Belastungsfaktoren erhöhen die Gefährdung. Personelle und soziale Ressourcen können als Schutzfaktoren Gefährdungen kompensieren. Besonders gefährdet („vulnerable“) sind Menschen, bei denen sich in einer bestimmten Lebensphase (Kindheit, Adoleszenz, Alter) spezifische Belastungen oder Risiken häufen. Suchtprävention ist deshalb weit mehr als Informationsvermittlung. Sie orientiert sich an Zielgruppen und Multiplikatoren und bezieht die Verhaltensweisen der Menschen und ihr soziales Umfeld ein, um Wirkungen zu erzielen.

### 3.1 Strukturen der Suchtprävention in Brandenburg

Landessuchtpolitik muss sich darum bemühen, möglichst weite Bereiche des gesellschaftlichen Lebens in einen gesundheitsförderlichen Prozess einzubeziehen. Dies erfordert Kooperation und Koordination zwischen den Bereichen Gesundheit, Soziales, Jugend, Inneres, Justiz, Bildung und Kultur; zwischen Land, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern, Wohlfahrtsverbänden und freien Trägern; zwischen den Fachverbänden des Suchthilfesystems, den Betroffenen- und Angehörigengruppen, der Gesundheitsförderung, der medizinischen Basisversorgung und der Jugendhilfe; zwischen verschiedenen Berufsgruppen – Angehörigen der Lehrer- und Ärzteschaft sowie von Berufen in den Bereichen Sozialarbeit, Erziehung, Polizei etc. – mit ganz unterschiedlichem Selbstverständnis und beruflicher Identität.

Die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (BLS) arbeitet als landesweite Fachstelle für die Weiterentwicklung von Suchtprävention und Sucht-krankenhilfe in Brandenburg. Die BLS gliedert sich in den Fachbereich Suchtkrankenhilfe, den Dienstleistungsbereich Landessuchtkonferenz, die Zentralstelle für Suchtprävention sowie die Zentralstelle für Glücksspielsucht (► s. Abbildung 21). Fünf Arbeitskreise unterstützen die Arbeit der BLS.

Aufgrund der mannigfaltigen fachlichen und strukturellen Berührungspunkte zwischen Suchthilfe und Suchtprävention und den kleinen Einheiten im Land Brandenburg hat sich die strukturelle Zusammenführung der Aufgabenbereiche der Suchthilfe und Suchtprävention bei der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen als effektiv und effizient erwiesen.

**Auf ihrer Internetseite [www.bls-potsdam.de](http://www.bls-potsdam.de) stellt die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen laufend aktuelle Informationen über ihre Arbeit, über Projekte und über Veranstaltungen im Handlungsfeld Sucht bereit.**



Die Brandenburgische Landesstelle arbeitet in Ergänzung zu den kommunalen Präventionsangeboten in Brandenburg als landesweite Servicestelle. Sie wird vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg und von Sozialversicherungsträgern gefördert.

Fünf überregionale Suchtpräventionsfachstellen unterstützen als Anlauf- und Servicestellen die Akteure

und Arbeitskreise der Suchtprävention in ihren Einzugsgebieten. (► s. Abbildung 22). Die Leistungen der überregionalen Fachstellen umfassen:

- Unterstützung und Vernetzung von regionalen Arbeitskreisen in der Suchtprävention
- Vermittlung von Projekten und Ausstellungen sowie Begleitung bei der Durchführung von Maßnahmen in der Suchtprävention

**ABBILDUNG 21: Struktur der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.**

Quelle: Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.



- Organisation und Durchführung von Multiplikatorenschulungen, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen und Fachberatung
- Bereitstellung von Broschüren, Fortbildungsangeboten und anderem Material; Information über Fachliteratur, Videos sowie Projektdokumentationen im Rahmen einer Mediathek
- Mitarbeit in fachspezifischen Landesgremien

Die von dem bundesweiten Koordinierungskreis Suchtprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelten Qualitätsstandards sind handlungsleitende Richtlinien zur inhaltlichen Ausgestaltung und Qualität der Suchtpräventionsangebote. Vor diesem Hintergrund sind seit 2005 in Brandenburg Standards zur Qualitätssicherung für die Arbeit der überregionalen

#### ABBILDUNG 22: Überregionale Suchtpräventionsfachstellen und ihre Einzugsbereiche im Land Brandenburg

Quelle: Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Stand: 12/2009



## 3.2 Schwerpunkte der Suchtprävention in Brandenburg

Suchtpräventionsfachkräfte entwickelt worden. Die landesweit einheitlichen Standards gelten für die Arbeitsschwerpunkte und Ausstattung der überregionalen Suchtpräventionfachstellen sowie für das Anforderungsprofil der Fachkräfte.

Neben den Suchtpräventionsangeboten, die auf Landesebene initiiert werden, und den Angeboten der überregionalen Suchtpräventionsfachkräfte bieten im Land Brandenburg Ämter, Vereine, Krankenkassen und weitere Einrichtungen eine Vielzahl von Suchtpräventionsmaßnahmen auf lokaler Ebene an.

In 16 von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten setzen sich Arbeitskreise für Suchtprävention mit diesem Thema auseinander. Die Arbeitskreise setzen sich nach den regionalen Erfordernissen aus unterschiedlichen Institutionen und freien Trägern zusammen. Sie analysieren die Situation zur Sucht in ihrer Region, planen, koordinieren oder begleiten Maßnahmen, führen Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren durch und informieren die Öffentlichkeit.

Die Suchtprävention im Land Brandenburg richtet sich überwiegend an spezifische Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer. Die inhaltliche Zielstellung orientiert sich an den von der Landessuchtkonferenz Brandenburg beschlossenen Gesundheitszielen im Handlungsfeld Sucht.

Präventionsangebote können suchtmittelspezifisch, -unspezifisch und/oder substanzübergreifend ausgerichtet sein. Die Aktivitäten beruhen auf der Erkenntnis, dass nicht allein der Suchtmittelkonsum eine Schädigung oder Abhängigkeitsentwicklung bewirkt, sondern physische und psychische Persönlichkeitsmerkmale sowie soziale, kulturelle und sozialökonomische Lebensbedingungen eine wesentliche Rolle dabei spielen können.

In der Suchtprävention werden neben einzelnen Suchtmitteln insbesondere die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen thematisiert. Angebote der Suchtprävention richten sich an Menschen, die noch keine oder nur wenig Erfahrung mit riskantem Konsum haben oder sich in Lebensphasen befinden, in denen riskanter Konsum besonders häufig ist oder besonders schwerwiegende Folgen hat. In der Suchtprävention steht deshalb die Förderung der Lebens- und Risikokompetenz im Vordergrund, um im Vorfeld die Ausbildung eines riskanten Konsumverhaltens zu vermeiden.

In den letzten Jahren wurden die Ansätze von Frühintervention stärker umgesetzt. Frühintervention richtet sich an Menschen, die bereits mit einem problematischen oder riskanten Konsum auffällig sind. Hier stehen Beratung und Hilfen im Vordergrund, die möglichst frühzeitig einsetzen sollen, um eine suchtproblematische Konsumkarriere zu verhindern. Damit ist Suchtprävention nicht mehr nur ein Bereich, der mit den Schnittstellen zur Gesundheitsförderung verknüpft ist, sondern zunehmend ebenso die Schnittstelle zur Suchthilfe gestaltet.



**PEER-PROJEKT**  
an Fahrschulen

**"PEER-Drive Clean!"**

Im Folgenden werden ausgewählte Maßnahmen und Projekte der Suchtprävention in den Handlungsfeldern Alkohol und Tabak sowie substanzmittelübergreifende Präventionsangebote vorgestellt. Die Angebote werden nach dem Zielgruppen- und Settingbezug unterschieden.

### 3.2.1 Schwerpunktprojekte der Suchtprävention im Handlungsfeld Alkohol

Die Lebens- und Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol zu fördern, Alkoholkonsum in Situationen zu vermeiden, die besondere Risiken bergen (beispielsweise in der Schwangerschaft oder im Straßenverkehr) sowie das Rauschtrinken zu reduzieren bilden die zentralen Zielstellungen der Suchtprävention im Handlungsfeld Alkohol, die sich vorrangig an Jugendliche richten.

Beispiele:  
Zielgruppenbezogene Maßnahme

#### *PEER-Projekt an Fahrschulen*

Das PEER-Projekt an Fahrschulen wendet sich an die Gruppe der jungen Fahranfängerinnen und Fahranfänger. Aufgrund ihres Freizeitverhaltens mit hoher außerhäuslicher Mobilität sind sie häufiger als ältere Kraftfahrer mit sogenannten Trink-Fahr-Konflikten konfrontiert. Wird dieser nicht verantwortlich gelöst, kommt es zu unfallgefährlichen Trunkenheitsfahrten.

Geschulte junge Erwachsene (Peers) mit eigener Fahrpraxis gehen in die Fahrschule und sprechen mit Fahrschülerinnen und Fahrschülern offen über das Thema Alkohol und Drogen. In Rollenspielen werden Gefährdungssituationen nachgestellt. An Praxisbeispielen entwickeln die jungen Fahrschülerinnen und Fahrschüler konkrete Handlungsstrategien und Regeln, um Trink-Fahr-Konflikte beispielsweise bei Diskofahrten verantwortlich zu lösen und alkohol- und drogenbedingte Rauschfahrten zu vermeiden. Die Teilnahme am PEER-Projekt ist für die Fahr-



schülerinnen und Fahrschüler freiwillig. Die Gesprächsrunden werden mit dem Verband der Fahrlehrer, der Polizei und den Fahrerlaubnisbehörden organisiert.

Das PEER-Projekt an Fahrschulen startete im Jahr 2000 in der Region Magdeburg als Landesmodellprojekt in Trägerschaft der Landesstelle für Suchtfragen Sachsen-Anhalt. Von 2003 bis 2005 wurde das länderübergreifende „PEER-Projekt an Fahrschulen“ als Bund-Länder-Kooperationsprojekt im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in acht Bundesländern durchgeführt. Von 2006 bis 2008 war das PEER-Projekt Teil des europäischen Modellprojektes „PEER-Drive Clean!“ in 10 europäischen Ländern.

Das PEER-Projekt an Fahrschulen wird in Brandenburg von der überregionalen Suchtpräventionsfachstelle Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. koordiniert. Das PEER-Projekt wird in den Landkreisen Dahme-Spreewald, Spree-Neiße, Oberspreewald-Lausitz, Ostprignitz und in den Städten Cottbus und Neuruppin durchgeführt.

## Settingbezogene Maßnahme

### *Lieber schlau als blau – Alkoholprävention an Schulen und Jugendeinrichtungen*

Das Programm „Lieber schlau als blau“ setzt an den Settings Schule, Berufsausbildung und Jugendfreizeiteinrichtungen an. Zielgruppen sind Jugendliche ab 16 Jahren sowie pädagogische Fachkräfte, die als suchtpreventive Multiplikatoren in ihren Einrichtungen tätig werden möchten.

„Lieber schlau als blau“ basiert auf dem Ansatz der Risikominderung. Jugendliche werden unterstützt, einen genussorientierten und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu erlernen, der die mit dem Alkoholkonsum verbundenen jugendspezifischen Risiken (Alkoholvergiftungen, alkoholbedingte Verkehrsunfälle, Gewalt, ungeschützte oder ungewollte Sexualität) minimiert. „Lieber schlau als blau“ umfasst ein kontrolliertes Trinkexperiment unter Gleichaltrigen sowie drei Trainingseinheiten à 50 Minuten. Im Rahmen des Trinkexperimentes überprüfen die Jugendlichen die Auswirkungen des Alkohols

auf ihr Sozialverhalten. Sie werten ihre Erfahrungen aus und vergleichen die Ergebnisse mit ihren Erwartungen. Die Jugendlichen erhalten hierbei konkrete Hinweise zur Unterscheidung von risikoarmem und riskantem Alkoholkonsum.

In das Projekt wird jeweils die gesamte Einrichtung einbezogen. Die pädagogischen Fachkräfte der Schule oder Jugendeinrichtung werden im Rahmen einer ganztägigen Fortbildung in das Programm und in die Grundsätze der suchtpreventiven Arbeit mit Jugendlichen eingeführt. Auf einem Elternabend und in Gesprächen mit den Jugendlichen werden das Projekt und die Teilnahme geklärt. Die durchgeführten Trainingseinheiten werden in der Einrichtung nachbesprochen. Die pädagogischen Fachkräfte werden bei der Implementierung des Programms in ihrer Einrichtung unterstützt.

Das Programm startete im Jahr 2007/2008 als Pilotprojekt und wird seitdem in den Landkreisen Uckermark, Oberhavel, Havelland und in der kreisfreien Stadt Potsdam durchgeführt und evaluiert.

### 3.2.2 Schwerpunktprojekte der Suchtprävention im Handlungsfeld Tabak

Übergeordnetes Ziel der Suchtprävention im Handlungsfeld Tabak ist es, Nichtraucherinnen und Nichtraucher zu fördern, vor Passivrauchen zu schützen und Raucherinnen und Rauchern den Ausstieg zu erleichtern. Der Schwerpunkt der Prävention liegt in der Umsetzung von rechtlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz in Schule, Kita und Betrieb und einer frühzeitigen Aufklärung über die Gefahren des Rauchens. Zielgruppen sind Jugendliche, Erwachsene sowie Schwangere. Settings der Intervention sind Schulen, Jugend- und Jugendfreizeiteinrichtungen sowie Betriebe.



Beispiel:  
Settingbezogene Maßnahme

**„Be Smart – Don’t Start“**

„Be Smart – Don’t Start“ richtet sich an Schülerinnen und Schüler der sechsten bis achten Jahrgangsstufe mit dem Angebot, an einem Wettbewerb teilzunehmen. Angesprochen werden insbesondere Klassen, in denen noch nicht geraucht wird oder nur wenige Schülerinnen und Schüler rauchen. Die Regeln des Wettbewerbs sind einfach: Die teilnehmenden Klassen verpflichten sich, ein halbes Jahr lang eine Nichtraucherklasse zu sein. Dazu unterschreiben sie einen Klassen- und einen Schülervertrag. Die Klassen, die das Ziel erreichen, nehmen an einer Lotterie teil, bei der eine Reihe attraktiver Geld- und Sachpreise verlost werden.

Ziel des Wettbewerbs „Be Smart – Don’t Start“ ist es, das Thema „Nichtrauchen“ in die Schulen zu bringen und attraktiv für Schülerinnen und Schüler zu machen. Der Einstieg in das Rauchen soll verhindert oder zumindest verzögert werden. Bei Schülerinnen und Schülern, die bereits mit dem Rauchen experimentieren, soll ein regelmäßiger Konsum verhindert

werden. Begleitend zu den Nichtraucheraktionen werden gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Klasse durchgeführt.

Der Wettbewerb wird jährlich in der Zeit von November bis Mai durchgeführt. Träger ist das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung. Die fünf überregionalen Suchtpräventionsfachstellen des Landes Brandenburg begleiten die teilnehmenden Schulen bei der Durchführung des Wettbewerbs.



### 3.2.3 Suchtmittelunspezifische Präventionsangebote

Suchtmittelunspezifische Präventionsangebote berücksichtigen insbesondere das Ursachengeflecht von Sucht. In diesem Ursachengeflecht kommen der Ich-Stärke, dem Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, der Konfliktfähigkeit und auch der Frustrationstoleranz besondere Bedeutung zu. Im Vordergrund steht die Stärkung von Schlüsselkompetenzen für ein suchtfreies Leben. Die Angebote setzen im Setting an, um Zielgruppen besser zu erreichen und auch das alltägliche Lebensumfeld in die Prävention einzubeziehen.

Beispiele:

#### ***Das Modellprojekt „Papilio“ zur Sucht- und Gewaltprävention in Kindertagesstätten***

Papilio wird in Kindergärten durchgeführt. Ziel ist die Vorbeugung gegen Sucht und Gewalt durch die Förderung der sozialen und emotionalen Kompetenz von Kindern im Vorschulalter. Kinder erlernen soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, um wichtige Entwicklungsschritte selbstbewusst zu bewältigen. Die sozial-emotionale Kompetenz soll das Kind davor schützen, in seinem weiteren Leben in schwierigen Situationen mit Gewalt oder Suchtverhalten zu reagieren.

Kindergärten oder ähnliche Einrichtungen müssen keine weiteren Voraussetzungen erfüllen, um Papilio einzuführen. Das Programm ist flexibel auf die unterschiedlichsten Bedingungen vor Ort anzupassen. Voraussetzung für die Einführung von Papilio im Kindergarten ist die Fortbildung der Erzieherinnen und Erzieher durch zertifizierte Papilio-Trainer.

Kooperationspartner von Papilio ist die überregionale Suchtpräventionsfachstelle Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. Derzeit nehmen 12 Kindertagesstätten in Brandenburg an dem Projekt teil, einige davon sind bereits zertifizierte Papilio-Kitas. Gegenwärtig bieten fünf Papilio-Trainerinnen in Brandenburg Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher an.



### ***Der SuchtpräventionsParcours***

Der SuchtpräventionsParcours ist eine mobile Lern- und Mitmachstation zum Thema Sucht. Der Parcours ist mobil und kann ohne großen Aufwand in Einrichtungen, die ihn nutzen wollen, aufgebaut werden. Er richtet sich an Schülerinnen und Schüler der 7. bis 10. Jahrgangsstufe, an Kinder und Jugendliche in Klubs und Einrichtungen der Jugendhilfe sowie an Lehrerinnen und Lehrer. Thematisiert werden der Missbrauch von Alkohol, Nikotin und Cannabis, Spielen sowie Essstörungen. Zu jedem dieser Themen bietet der Parcours eine Station an, an der sich die Kinder und Jugendlichen spielerisch und selbstständig mit dem Thema Sucht auseinandersetzen. Sie lernen das Spektrum möglicher Süchte kennen und überprüfen mögliche Suchtanteile am eigenen Verhalten. In einem begleitenden Multiplikatorenprojekt werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Schulen und Jugendeinrichtungen sowie Jugendliche selbst als Multiplikatoren für die Durchführung des Parcours geschult. Der SuchtpräventionsParcours ist ein Gemeinschaftsprojekt der Suchthilfe Prignitz, des Oberstufenzentrums (OSZ) in Wittenberge und des SOS-Beratungszentrums. Er wird geleitet von den Fachschülerinnen und Fachschülern des Oberstufenzentrums Prignitz im Rahmen der Erzieherausbildung. Es wird angestrebt, den Parcours in den Lehrplan von Oberstufenzentren aufzunehmen. Die Schwerpunkte des Projekts liegen in den Landkreisen Prignitz und Ostprignitz-Ruppin.

### ***Good Practice Suchtpräventionsprojekt „Vorbeugen ist besser als heilen, vorbeugen ist billiger als heilen“***

„Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen“ wendet sich an Kinder im Vorschul- und Grundschulalter. Ziel ist es, Kinder in Kindertagesstätten und in Grundschulen dazu zu befähigen, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen und so Verantwortung für sich und ihre Umwelt zu übernehmen.

„Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen“ wird in zwei Phasen umgesetzt. In der ersten Phase werden pädagogische Fachkräfte für die Gesundheitsförderung geschult. Ein Netzwerk von unterstützenden Expertinnen und Experten wird geknüpft. In der anschließenden Umsetzungsphase werden Projekttag zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in Schulen und Kindertagesstätten durchgeführt. Dabei werden die Eltern in die Aktionen einbezogen. Stärkung der Selbstwahrnehmung und des Einfühlungsvermögens, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikation, kritisches und kreatives Denken, Strategien zur Problemlösung und Körperbewusstsein stehen im Mittelpunkt des Programms.

„Vorbeugen ist besser als heilen“ wird auf Grundlage des evaluierten schulischen Suchtpräventionsprogramms „Fit und stark fürs Leben“ im Landkreis Oder-Spree in grenzüberschreitender Zusammen-

arbeit mit dem Kreis Sulecin in Polen durchgeführt. Das Gesundheitsamt des Landkreises handelt als Initiator und Koordinator des Programms. Auf eine durch die Europäische Union geförderte Modellphase in den Jahren 2000 bis 2004 folgt seit 2005 die Verstetigungsphase.

### Vorbeugen ist besser als heilen

„Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen“ ist Good Practice Projekt des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Mit dem Ansatz der Lebenskompetenzförderung, der Fortbildung von Multiplikatoren und der Partizipation von Kindern in den Settings Kindertagesstätte und Schulen unter Berücksichtigung ihrer sozialen Lage erfüllt „Vorbeugen ist besser als heilen“ fünf der 12 Qualitätskriterien, die

für den Kooperationsverbund Good Practice entwickelt wurden. Der Kooperationsverbund ist bei der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin und Brandenburg, angesiedelt. Die Good Practice Projekte zur Suchtprävention können in einer Projektdatenbank im Internet unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) abgerufen werden.



**Gesundheit  
Berlin-Brandenburg e.V.**  
Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung



Im Land Brandenburg bietet ein funktionierendes Netz Hilfen für Menschen an, die von Suchterkrankungen betroffen oder bedroht sind. Die Suchthilfe stellt Angebote zur ambulanten, teilstationären und stationären Beratung, Betreuung, Behandlung und Nachsorge bereit. Außerdem wird mit flankierenden Diensten wie beispielsweise Schuldner-, Rechtsberatungen und Arbeitsintegration kooperiert.

Im Folgenden werden ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der Suchthilfe in Brandenburg dargestellt. Ausgewählte Schwerpunktprojekte der Suchthilfe im Handlungsfeld Alkohol und pathologisches Glücksspiel werden vorgestellt. Der Bereich der Suchtselbsthilfe wird skizziert und anhand des Modellprojektes „Lotsennetzwerk“ in Brandenburg erläutert.

## 4.1 Stationäre und teilstationäre Versorgung

Die stationäre und teilstationäre Suchtkrankenhilfe gliedert sich in die Bereiche Entzugsbehandlung (Krankenhäuser/-Abteilungen SGB V § 107.1) und Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitationseinrichtungen SGB V § 107.2 u. SGB VI § 9, §15). Diese Trennung ist historisch gewachsen und geht auf die unterschiedliche Zuständigkeit der Kostenträger zurück.

Die Entzugsbehandlung findet größtenteils in Allgemeinkrankenhäusern statt, zum Teil auch in psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit entsprechenden Abteilungen. Sie dauert bei Alkoholabhängigen ein bis vier Wochen. In jüngster Zeit wird auch die Entzugsbehandlung in Ambulanzen und Tageskliniken befürwortet (Soyka 2004). Der Entzug wird mit Medikamenten unterstützt. Im sogenannten „qualifizierten Entzug“ setzen zusätzlich zur klassischen, körperlichen Entgiftung zum frühestmöglichen Zeitpunkt psychoedukative Gruppensitzungen und psychotherapeutische Verfahren wie die motivierende Gesprächsführung ein. Der qualifizierte Entzug wurde von der Expertenkommission der Bundesregierung bereits im Jahr 1988 als Standard der Entzugsbehandlung empfohlen (Mann 2002).

Entwöhnungsbehandlungen (medizinische Rehabilitation) werden überwiegend stationär in Suchtfachkliniken durchgeführt. Die Behandlungsdauer variiert bei Alkoholkranken zwischen 6 und 24 Wochen. In den Suchtfachkliniken wird medizinische Rehabilitation geleistet mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Klienten wieder herzustellen und sie damit als Rentenbeitragszahler zu erhalten bzw. sie möglichst spät als Rentempfänger (Erwerbsunfähigkeitsrente) versorgen zu müssen. Der Hilfeansatz der stationären Entwöhnungsbehandlung ist davon geprägt, dass den Patientinnen und Patienten ein hohes Maß an Freiwilligkeit, Krankheitseinsicht, Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitwirkung abverlangt wird. Die Bewilligung machen Rentenversicherungen u. a. von der Mitwirkungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten und den positiven Rehabilitationsprognosen

durch ihre Betreuerinnen und Betreuer abhängig. Aufgrund dieser hohen Anforderungen werden diese Angebote nur von einem geringen Teil der Suchtkranken genutzt (Wienberg 2001).

In Brandenburg stehen an insgesamt 18 Standorten Plätze/Betten zur Entzugsbehandlung zur Verfügung (► s. Tabelle 5). 14 Standorte befinden sich in psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Die vier ehemals landeseigenen Landeskliniken für Neurologie und Psychiatrie in Brandenburg a. d. H., Eberswalde, Lübben und Teupitz halten 50 Plätze zur Entwöhnungsbehandlung, fast 110 Entzugs- und 40 spezielle Plätze für langandauernde Behandlungen von Schwer- und Mehrfachabhängigkeitskranken vor. In den vier Kliniken gibt es derzeit keine speziellen für den Drogenentzug festgeschriebenen Plätze. Spezielle Einrichtungen für Drogenabhängige gibt es in Briese bei Birkenwerder (medizinische Rehabilitation/30Plätze) sowie in Seilershof (37 Plätze), Bugk (15 Plätze), Markee (10 Plätze) und in Voigtsbrügge (8 Plätze) zur stationären Behandlung für suchtfährdete und suchtkranke Jugendliche. Im

Bereich der Rehabilitation stehen an 14 Standorten insgesamt 650 Betten zur stationären Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung (MASGF 2001).

Eine besondere Bedeutung kommt Adaptionseinrichtungen und Einrichtungen der Sozialtherapie zu. Für eine erfolgreiche Rückfallprophylaxe und zur schrittweisen Annäherung an die Lebensrealität stellen diese Angebote einen wichtigen Baustein im Sinne einer nachhaltigen Entwöhnungsbehandlung dar. Im Land Brandenburg gibt es derzeit eine Adaptionseinrichtung und sechs Einrichtungen der teilstationären Sozialtherapie sowie fünf Einrichtungen der stationären Sozialtherapie (► s. Tabelle 5):

- Adaptionsbehandlungen in Adaptionseinrichtungen sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Patientinnen und Patienten halten sich in Adaptionseinrichtungen ganztägig auf und werden dort behandelt. Das Behandlungsangebot ist auf die Wiederherstellung der Arbeits- und Alltagsfähigkeit der Patientinnen und Patienten ausgerichtet.

**TABELLE 5: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Brandenburg 2008/2009**

Einrichtungstyp	Anzahl	Betten	davon spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche
Krankenhaus-/abteilung, (Qualifizierter Entzug: OPS 8-985)	18		3
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	14	605	5
Adaptionseinrichtung	1	18	
Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie	6	40	
Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	5	130	
Pflegeheim (nur mit gesonderter Station)	1	6	

Quelle: Länderkurzbericht 2008/2009 Institut für Therapieforchung

Eine Behandlungsteilnahme kommt für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegration bzw. mit entsprechendem Gefährdungspotenzial in Betracht. Adaptionbehandlungen werden als integrierte Adaptionbehandlungen in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen, sogenannten solitären Adaptionseinrichtungen durchgeführt (IFT 2008).

- Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie sind z.B. Tagesstätten oder teilstationäres betreutes Wohnen. Teilstationäre Wohnangebote richten sich vor allem an chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke. Sie werden als Motivationswohnen, Übergangswohnen und betreutes Wohnen angeboten. Suchtkranke haben die Möglichkeit, vor oder nach ihrer Entwöhnungsbehandlung in diesen Einrichtungen zu wohnen, bis eine eigene Wohnung gefunden ist.
- Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie versuchen mit sozialer Rehabilitation und mit therapeutischen Maßnahmen, durch Stabilisierung und Förderung der Persönlichkeit, Rückfälle in ein Suchtverhalten zu verhindern und einen suchtbedingten Abstieg aufzuhalten.

Die Angebote der Justizvollzugsanstalten sind bislang nicht nach Beratung, Präventionsarbeit und Hilfe zu trennen. Insgesamt stehen im Maßregelvollzug/ Strafvollzug 48 Betten in 2 Einrichtungen zur Entzugsbehandlung zur Verfügung (IFT 2008).

Das Land Brandenburg strebt eine integrierte Suchtkrankenhilfe an. Ziel ist es, eine gemeindenahe integrierte Suchtkrankenhilfe aufzubauen. Die einzelnen Hilfsangebote sind allerdings noch unzureichend zielgruppengerecht. So fehlen beispielsweise differenzierte Angebote für Frauen, Migrantinnen und Migranten, Obdachlose und junge Aussiedlerinnen und Aussiedler.

**Die Maßnahmen der Qualitätssicherung sind in den stationären Einrichtungen fester etabliert als in ambulanten und teilstationären Einrichtungen. Die gegenwärtige Versorgungslage der stationären Suchtkrankenhilfe in Brandenburg ist als ausreichend zu bewerten.**

## 4.2 Ambulante Suchthilfe

Die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS) bilden als Kontakt- und Anlaufstellen das Rückgrat der ambulanten Suchthilfe in Brandenburg. Die Beratungsstellen sind in der Regel die erste Anlaufstelle der Hilfe suchenden Abhängigen und ihrer Angehörigen wie auch von Fachkräften anderer Hilfesysteme, die mit Suchtkranken Kontakt haben. Persönliche Beratung und Betreuung, Vermittlung zu weiterführenden Hilfen, Kooperation mit anderen Diensten bei der Erstellung individueller Hilfepläne für die Klienten sowie die ambulante Entwöhnungsbehandlung gehören zu den Kernaufgaben der BBS. Die Tätigkeit bezieht sich auf alle Suchtmittel und Sucht- bzw. Missbrauchsformen. Die BBS arbeiten insofern mit einem integrativen Ansatz.

Insgesamt gibt es derzeit im Land Brandenburg 28 Beratungs- und Behandlungsstellen, darunter 12 Standorte mit dem Angebot „Frühintervention bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen“ und 13 Standorte mit dem Angebot „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ (► s. oben Abbildung 23). 20 Beratungs- und Behandlungsstellen sind in freier Trägerschaft. Sechs Einrichtungen sind an Gesundheitsämtern (überwiegend Sozialpsychiatrischer Dienst), zwei Einrichtungen sind an einer Klinik angebunden.

Für die Umsetzung des Angebotsspektrums in den 28 Beratungs- und Behandlungsstellen stehen ca. 62 Stellen plus Honorarmittel (Stand 2008) zur Verfügung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzen sich aus verschiedenen Fachgruppen zusammen. Die größte Gruppe bilden die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Sollen Leistungen zur ambulanten Rehabilitation erbracht werden, müssen die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine

anerkannte Sucht-Zusatzqualifikation verfügen; eine Ärztin oder ein Arzt muss regelmäßig in der BBS tätig sein. Diese Bedingungen erfüllen in Brandenburg sechs BBS (FOGS 2009a).

Die Finanzierung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen beruht insbesondere auf Zuwendungen seitens der Kommunen, des Landes sowie aus den Leistungen der Rehabilitation. Vor dem Hintergrund einer gleichmäßigen Landesförderung über alle Landkreise und kreisfreien Städte, unabhängig von fachlichen Bemessungsgrundlagen, variieren Größe und Versorgungsdichte der BBS in den Kommunen erheblich.

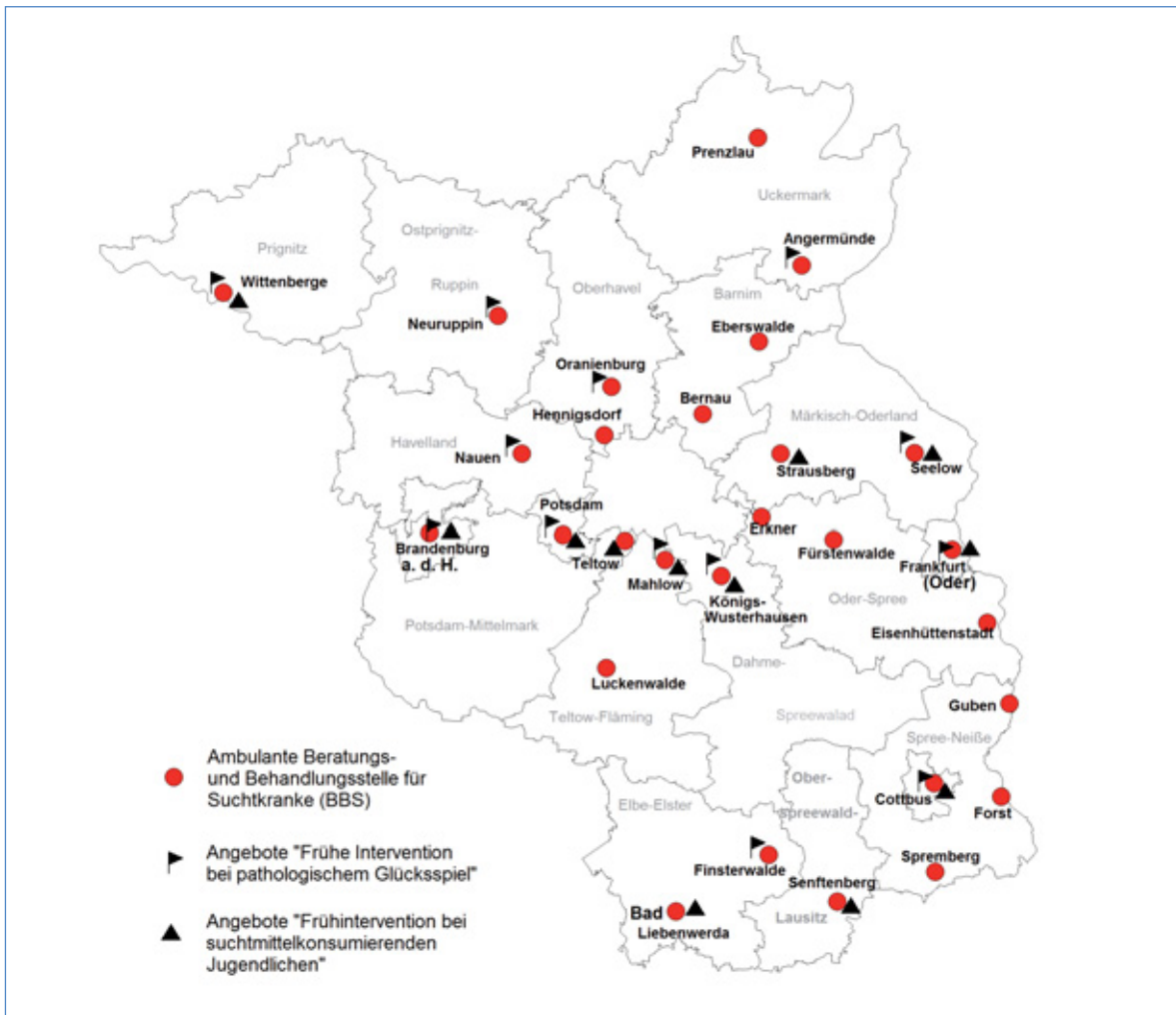
Eine in Auftrag gegebene Evaluation der BBS durch die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) zeigt, dass die Diagnose Alkoholabhängigkeit (79 %) an erster Stelle bei den Hilfesuchenden gestellt wurde, gefolgt von Cannabisabhängigkeit (10 %). An dritter Stelle stehen Klienten mit einer Glücksspielsucht (3 %). Klienten mit einer Medikamentenabhängigkeit, Konsumenten anderer illegaler Drogen, mehrfachabhängige Suchtkranke, Raucher sowie Klienten mit Essstörungen fragen nur in geringer Zahl Hilfeangebote nach. Einzelberatungen aller Klientengruppen dominieren das Angebotsspektrum (FOGS 2009a).

Insgesamt suchen mehr Männer als Frauen die ambulanten BBS auf. Die meisten Klienten sind zwischen 38 und 57 Jahre alt. Jugendliche, Frauen, Migrantinnen und Migranten werden von den Angeboten der BBS nur unzureichend angesprochen (FOGS 2009a). Ein Wechsel der BBS „Komm-Strukturen“ zur aufsuchenden Arbeit in zielgruppenrelevanten Szenen sowie ein geschlechtersensibles Angebot könnte die Erreichbarkeit dieser Zielgruppen verbessern helfen.

Die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen dokumentieren ihre Tätigkeit anhand von einheitlichen „Strukturierten Sachberichten“. Die Berichte sind jährlich anzufertigen. Sie werden von der Kommune geprüft und mit einer Stellungnahme an das Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg (LASV) weitergeleitet.

**ABBILDUNG 23: Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS), Angebote „Frühintervention bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen“ und „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ im Land Brandenburg**

Quelle: Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.; Stand 2009





## 4.3 Schwerpunktprojekte der Suchthilfe im Land Brandenburg

### 4.3.1 Modellprojekt „Frühintervention bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen (FreD<sup>PLUS</sup>)“

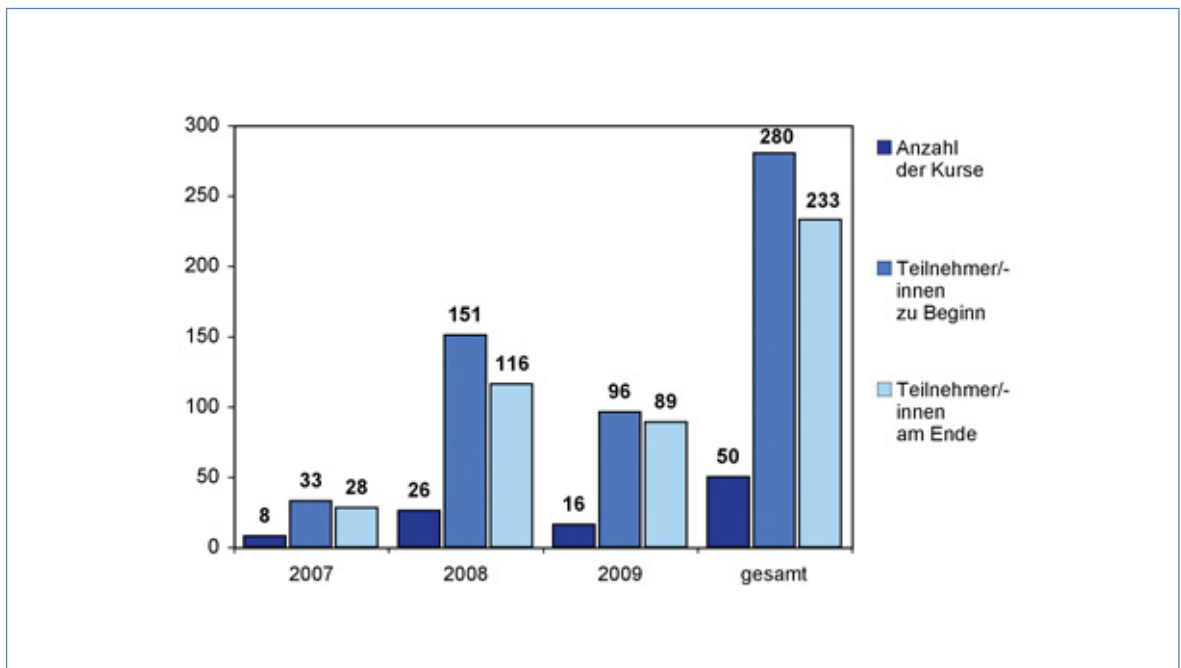


FreD<sup>PLUS</sup> ist eine Erweiterung des erfolgreich evaluierten Bundesmodellprojektes FreD (Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten) an die spezifischen Anforderungen im Land Brandenburg. Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene, die zum ersten Mal mit einem riskanten Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen auffällig werden. Um die Entwicklung zu einem missbräuchlichen oder abhängigen Konsum zu verhindern, wird ihnen frühzeitig, das heißt möglichst in zeitlicher Nähe ihres

ersten Drogenkonsums, ein gezieltes und freiwilliges Informations- und Beratungsangebot unterbreitet. In speziellen Kursen werden die Fähigkeiten der Jugendlichen gestärkt, sich kritisch mit dem eigenen Konsum von Alkohol oder Drogen auseinanderzusetzen und selbstbewusster und eigenverantwortlich Entscheidungen gegen den Missbrauch treffen zu können. Neben Informationen zu Wirkung und Risiken von Alkohol und illegalen Drogen werden auch Angebote der Suchthilfe vermittelt.

ABBILDUNG 24: Projekt FreD<sup>PLUS</sup>: Anzahl der Kurse und der Kursteilnehmenden 2007 bis Juli 2009

Quelle: BLS-Datenerhebung der Kurse 2007-2009





#### 4.3.2 HaLT – Hart am Limit

Im Land Brandenburg führen 12 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen FreD<sup>PLUS</sup>-Kurse durch (Stand März 2009). Nach einer Erhebung der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. wurden in den Jahren 2007 bis Juli 2009 50 Kurse mit 280 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. 233 der 280 Teilnehmer haben den Kurs vollständig absolviert (► s. Abbildung 24).

Die Kurse von FreD<sup>PLUS</sup> werden überwiegend von männlichen Jugendlichen, Schülern oder Auszubildenden, im Alter von 18 bis 19 Jahren wahrgenommen. Die Kursteilnehmer und -teilnehmerinnen konsumieren hauptsächlich Alkohol (33 %) und Nikotin (31 %) gefolgt von Cannabis (18 %). Die meisten Kursteilnehmer haben bereits mit 10 bis 14 Jahren begonnen, Alkohol zu trinken. Eine kleine Gruppe der Konsumenten trinkt Alkohol täglich. 80 % der Kursteilnehmer konsumieren an 2 – 7 Tagen im Monat Alkohol. Die Kursteilnehmer hatten zumeist vor der Teilnahme an den FreD<sup>PLUS</sup>-Kursen noch keine anderen Hilfsangebote in Anspruch genommen. Besonders erfreulich ist die durchweg positive Bewertung der durchgeführten Kurse durch die Teilnehmer. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestätigen, dass sich ihr Kenntnisstand über Alkohol und illegale Drogen verbessert hat. Aufklärung, Austausch, Information sowie Hinweise zur persönlichen Veränderung bewerten sie mehrheitlich als hilfreich (BLS 2009).

Das Projekt „HaLT“ richtet sich an Jugendliche, die aufgrund riskanten oder exzessiven Alkoholkonsums bereits aufgefallen sind. Mittelbare Zielgruppen sind Fachkräfte, die mit alkoholauffälligen Jugendlichen in unterschiedlichen Situationen in Kontakt kommen (Sozialarbeiter in Jugend- und Ausbildungseinrichtungen, Schulen, Polizei, Notaufnahme von Kliniken usw.). Sie werden für die Problematik des Alkoholkonsums Jugendlicher sensibilisiert und mit den Möglichkeiten der Frühintervention im Rahmen des HaLT-Projekts vertraut gemacht.

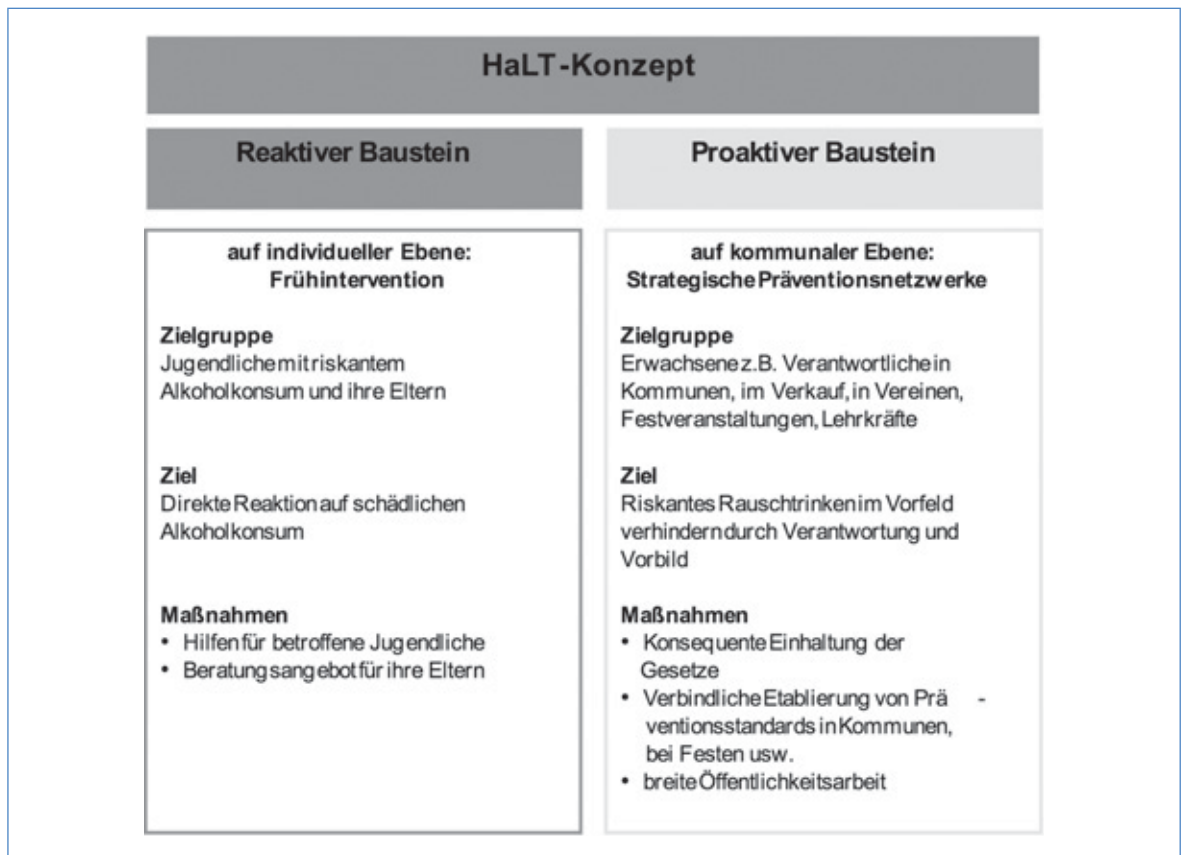
Das Projekt „HaLT“ verfolgt einen gemeindenahen Ansatz der Intervention. Es besteht aus reaktiven und proaktiven Maßnahmenelementen (► s. Abbildung 25). Im reaktiven Projektbaustein werden Jugendliche nach stationär behandelter Alkoholvergiftung mit einem sogenannten „Brückengespräch“ meist noch im Krankenhaus angesprochen. Die Jugendlichen und ihre Eltern werden in Einzelgesprächen beraten. Ergänzend lernen die Jugendlichen im Rahmen eines niedrigschwelligen 8- bis 12-stündigen Gruppenangebots, die Hintergründe des eigenen Trinkverhaltens zu reflektieren. Die Angebote sind gleichermaßen für Mädchen wie für Jungen konzipiert. Wenn es notwendig ist, werden die Jugendlichen in weiterführende Hilfeangebote übergeleitet. In diesem Bereich handelt die Suchtberatung im Sinne der Frühintervention mit niedrigschwelligem Charakter und mit Anteilen aufsuchender Arbeit.

Der proaktive Baustein zielt auf eine Sensibilisierung der lokalen Öffentlichkeit und eine kommunal verankerte Präventionsstrategie. In Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen wirbt „HaLT“ für eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes. Eltern, Lehrkräfte und Verkaufspersonal werden gezielt auf das Thema Rauschtrinken angesprochen und motiviert, Verantwortung und Vorbildverhalten im Umgang zu zeigen. Während der reaktive Baustein riskant Alkohol konsumierende Jugendliche anspricht, wendet sich der proaktive Baustein vorwiegend an Erwachsene.

Das Projekt „HaLT – Hart am Limit“ wurde als Bundesmodellprojekt entwickelt, bundesweit erprobt und evaluiert. Seit Anfang 2007 läuft eine dritte Modellphase, die die Weiterfinanzierung sichern soll. In Brandenburg wird das Projekt „HaLT“ im Landkreis Märkisch-Oderland umgesetzt. „HaLT“ ist erfolgreich, weil es lokal verankert ist und das kommunale Netzwerk aktiviert. Das Projekt „HaLT“ entspricht den Verfahren, die die Europäische Kommission den Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Rahmen der europäischen Strategie zur Verringerung alkoholbedingter Schäden empfohlen hat.

ABBILDUNG 25: „HaLT“: Reaktiver und proaktiver Projektbaustein einer gemeindeorientierten Intervention

Quelle: HaLT



## Gewinnen. Verlieren. Verloren?

W W W . S P I E L S U C H T - B R A N D E N B U R G . D E

### 4.3.3 Modellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“

Das Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ wurde im Jahr 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit einer Laufzeit bis zum Jahr 2010 initiiert. Hintergrund ist die Zunahme der an pathologischer Glücksspielsucht erkrankten Personen, denen bislang nur ein geringes Angebot an hierauf spezialisierten ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten gegenüber steht. Das Bundesverfassungsgericht hat den Erhalt des staatlichen Glücksspielmonopols in den Bundesländern mit der Auflage belegt, ein abgestimmtes Präventions- und Frühinterventionsangebot für pathologisches Glücksspiel auf Landesebene sicherzustellen.

Ziel des Modellprojektes „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ ist es, einen Zugang zu der Gruppe der problematischen und pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler und deren Angehörigen zu bekommen. Ein breites qualifiziertes Hilfsangebot soll entwickelt und die Qualifikation der Suchtberaterinnen und -berater weiter verbessert werden.

In Brandenburg wird, angelehnt an das Bundesmodellprojekt und finanziert durch Landesmittel, an 12 Standorten sowie Potsdam als Bundesmodellstandort das Landesmodellprojekt „Frühe Intervention bei

pathologischem Glücksspiel in Brandenburg“ durchgeführt (► s. Tabelle 6). Diese Schwerpunktberatungsstellen zum pathologischen Glücksspiel bieten Einzel-, Paar- und Gruppengespräche für Betroffene und Beratung für ihre Angehörigen. Sie arbeiten mit Schuldnerberatungsstellen zusammen und führen Informationsveranstaltungen zum Thema Glücksspiel durch.

Nach einer im Frühjahr 2009 durchgeführten Befragung der Schwerpunktberatungsstellen in Brandenburg werden die Beratungsstellen zu 80 % von Männern in Anspruch genommen. Glücksspiele werden eher von Personen der Mittelschicht ausgeübt. Pathologisches Spielen an Geldspielgeräten steht dagegen oft in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit und einer schlechteren Ausbildungssituation (FOGS 2009b).

Die Befragung zeigt, dass mit dem Modellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ mehr pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler erreicht werden und die Qualität des Beratungs- und Behandlungsangebots deutlich verbessert wird. In Brandenburg sollen deshalb die Beratungsmöglichkeiten für pathologische Glücksspieler und ihre Angehörigen fachlich und organisatorisch verbessert und kontinuierlich ausgebaut werden.

## Hilfen bei Glücksspielsucht in Brandenburg

Die Zentralstelle für Glücksspielsucht wurde am 01. Mai 2008 in der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. eingerichtet. Sie ist im Internet präsent – unter [www.spielsucht-brandenburg.de](http://www.spielsucht-brandenburg.de) – und übernimmt folgende Aufgaben:

- Koordinierung und Vernetzung der Beratungsangebote im Land Brandenburg zum Themenbereich pathologisches Glücksspiel
- Organisation von Fachveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit
- Begleitung von Evaluation und Forschung
- Vernetzung der Angebote im Land Brandenburg mit Aktivitäten auf Bundesebene

**TABELLE 6: Schwerpunktberatungsstellen im Modellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel in Brandenburg“**

Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Träger	Einrichtung
Brandenburg a. d. H.	Ev. Abhängigenhilfe Brandenburg e.V.	Suchtberatung
Cottbus	Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V.	Suchtberatung Neuruppin
Frankfurt (Oder)	Paritätisches Sozial- und Beratungszentrum gGmbH	Suchtberatungsstelle Frankfurt
Potsdam	AWO Potsdam	Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete
Dahme-Spreewald	Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V.	Suchtberatung Königs Wusterhausen
Elbe-Elster	Suchthilfe Finsterwalde e.V.	Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle
Havelland	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. Region Brandenburg West	Suchtberatung Falkensee/Nauen
Märkisch-Oderland	Diakonisches Werk Oderland-Spree e.V.	Suchtberatung Seelow
Oberhavel	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. Region Brandenburg Ost	Suchtberatung Oranienburg
Prignitz	Suchthilfe Prignitz e.V.	Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle
Ostprignitz-Ruppin	Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V.	Suchtberatung Neuruppin
Teltow-Fläming	Christliches Sozialwerk – Ichthys Abhängigenhilfe e.V.	Suchtberatungsstelle
Uckermark	Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH	Suchtberatungsstelle

## 4.4 Selbsthilfe in Brandenburg

### 4.4.1 Selbsthilfegruppen für Suchtkranke in Brandenburg

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen stellt ein wesentliches Element im Hilfesystem für Menschen mit Suchtproblemen dar. Ihr Spektrum reicht von unabhängigen lokalen Gruppen und Vereinen bis hin zu bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen mit Gruppen in fast allen größeren Orten. Selbsthilfegruppen unterstützen die Betroffenen vor allem in der Nachsorgephase einer Behandlung. Findet der Erkrankte einen Zugang zu einer Selbsthilfegruppe, steigen seine Chancen auf einen dauerhaften Ausstieg aus der Abhängigkeit erheblich.

In der DDR unterlag die Behandlung von Suchtabhängigen weitgehenden staatlichen Kontrollen. Selbsthilfegruppen konnten deshalb nur im Verborgenen und unter Einschränkungen arbeiten. Erst nach der Wiedervereinigung fand die Suchtselbsthilfe auch in Brandenburg eine breite Akzeptanz. Als Erbe dieser Vergangenheit wird die heutige

Selbsthilfelandschaft durch einen hohen Anteil unabhängiger Gruppen und Vereine geprägt. Eine im Frühjahr 2006 durchgeführte landesweite Befragung der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (BLS) erbrachte datengestützte Informationen über den Stellenwert der Sucht-Selbsthilfe in Brandenburg (BLS 2006).

Die Erhebung der Landesstelle zeigt, dass heute mehr als 200 Sucht-Selbsthilfegruppen in Brandenburg aktiv sind, darunter auch zwei stationäre Selbsthilfeangebote FAZENDA Gut Neuhof und SCARABÄUS Hoher Fläming. Damit hat die Suchtselbsthilfe in Brandenburg eine breite Akzeptanz gefunden.

Im Vergleich zu den westdeutschen Bundesländern wird die Selbsthilfelandschaft in Brandenburg nach wie vor durch einen hohen Anteil unabhängiger Gruppen und Vereine geprägt, die keinem überregionalen Verband angehören (30 % freie Gruppen in

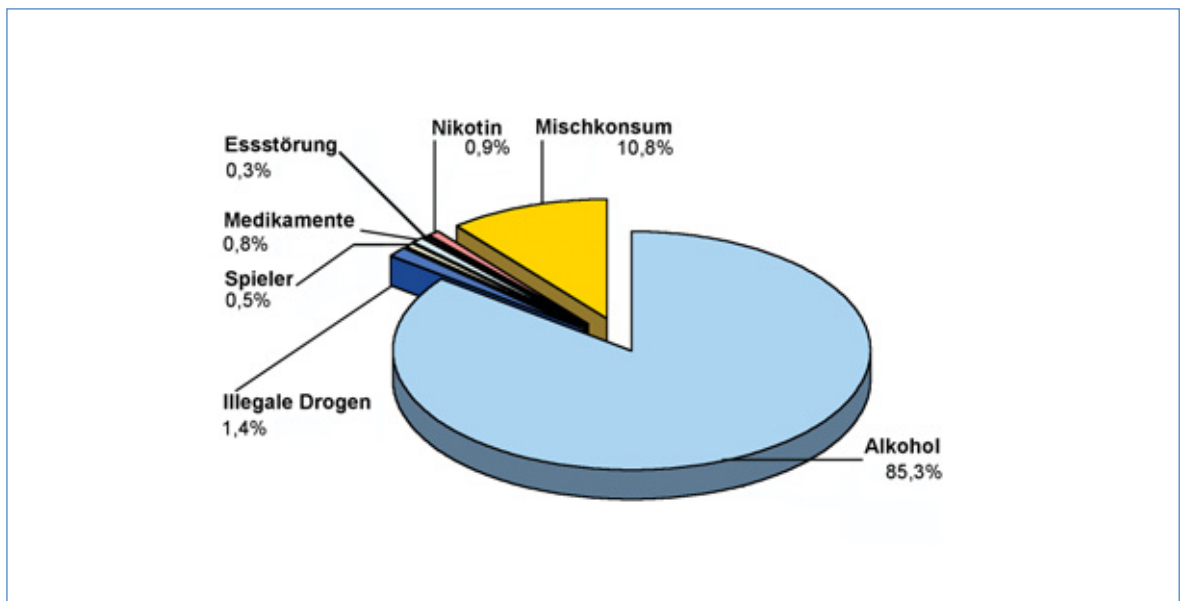
Brandenburg; weniger als 20 % in Baden-Württemberg). Fast alle Selbsthilfegruppen sind offen für alle Formen von Abhängigkeitserkrankungen. Dennoch bildet Alkoholabhängigkeit mit weitem Abstand das häufigste Motiv für einen Gruppenbesuch. 85 % der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe bezeichnen sich als alkoholabhängig (BLS 2006).

Neben den Leistungen der Selbsthilfe deckt die Studie der Landesstelle auch Entwicklungsbedarfe für die Sucht-Selbsthilfe in Brandenburg auf: Mit 200 aktiven Selbsthilfegruppen ist die Versorgung in Brandenburg immer noch geringer als in anderen

Flächen-Bundesländern mit vergleichbaren Bevölkerungszahlen. So sind in Sachsen (2,5 Mio. Einwohner) rund 370 Sucht-Selbsthilfegruppen aktiv, in Schleswig-Holstein (2,8 Mio. Einwohner) sind es ca. 400. Gleichzeitig bieten die Selbsthilfegruppen in Brandenburg kaum spezifische zielgruppenbezogene Angebote an, beispielsweise für Migrantinnen und Migranten, Frauen, Menschen mit Medikamentenabhängigkeit oder Spielsucht (► s. Abbildung 26). Schließlich werden die Selbsthilfegruppen immer älter. In Brandenburg sind 41 % der Personen, die einer Selbsthilfegruppe angehören, älter als 50 Jahre. Nur 6,5 % der Mitglieder sind jünger als 30 Jahre.

**ABBILDUNG 26: Selbsthilfegruppen in Brandenburg: Anteil der Selbsthilfegruppen nach Substanzkonsum**

Quelle: BLS Sucht-Selbsthilfe Erhebung 2006





#### 4.4.2 Modellprojekt „Lotsennetzwerk Brandenburg“

Um die Sucht-Selbsthilfe und ihre Einbindung in das Hilfesystem weiter zu stärken, wurde im Jahr 2007 auf Initiative der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. der Modellversuch „Lotsennetzwerk Brandenburg“ ins Leben gerufen. Ehrenamtliche „Lotsen“, meist engagierte Mitglieder von Selbsthilfegruppen mit zurückliegender persönlicher Suchterfahrung oder Angehörige, sprechen dabei Abhängigkeitserkrankte noch während ihrer stationären Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung an. Die Lotsen beraten und unterstützen in der kritischen Phase des Ausstiegs aus der Alkoholabhängigkeit, die für die Betroffenen beginnt, sobald sie aus der Klinik nach Hause entlassen werden. Die Hilfe soll dazu beitragen, Rückfälle in die Sucht zu vermeiden oder in ihren Folgen zu mildern.

Aufgabe der Lotsen ist es, Kontakt zu den Erkrankten aufzubauen und sie zu motivieren, suchtspezifische Hilfen (Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe, Sozialdienst o. ä.) anzunehmen. Dazu vereinbaren Klient, Lotse und Klinik einen individuellen Unterstützungsplan. Der Lotse begleitet den Betroffenen, bis er die vereinbarten Ziele erreicht hat oder in eine ambulante Hilfe vermittelt wurde (► s. Abbildung 27).

Mit dem Lotsendienst wird in Brandenburg erstmals ein Modell abgestimmter und standardisierter

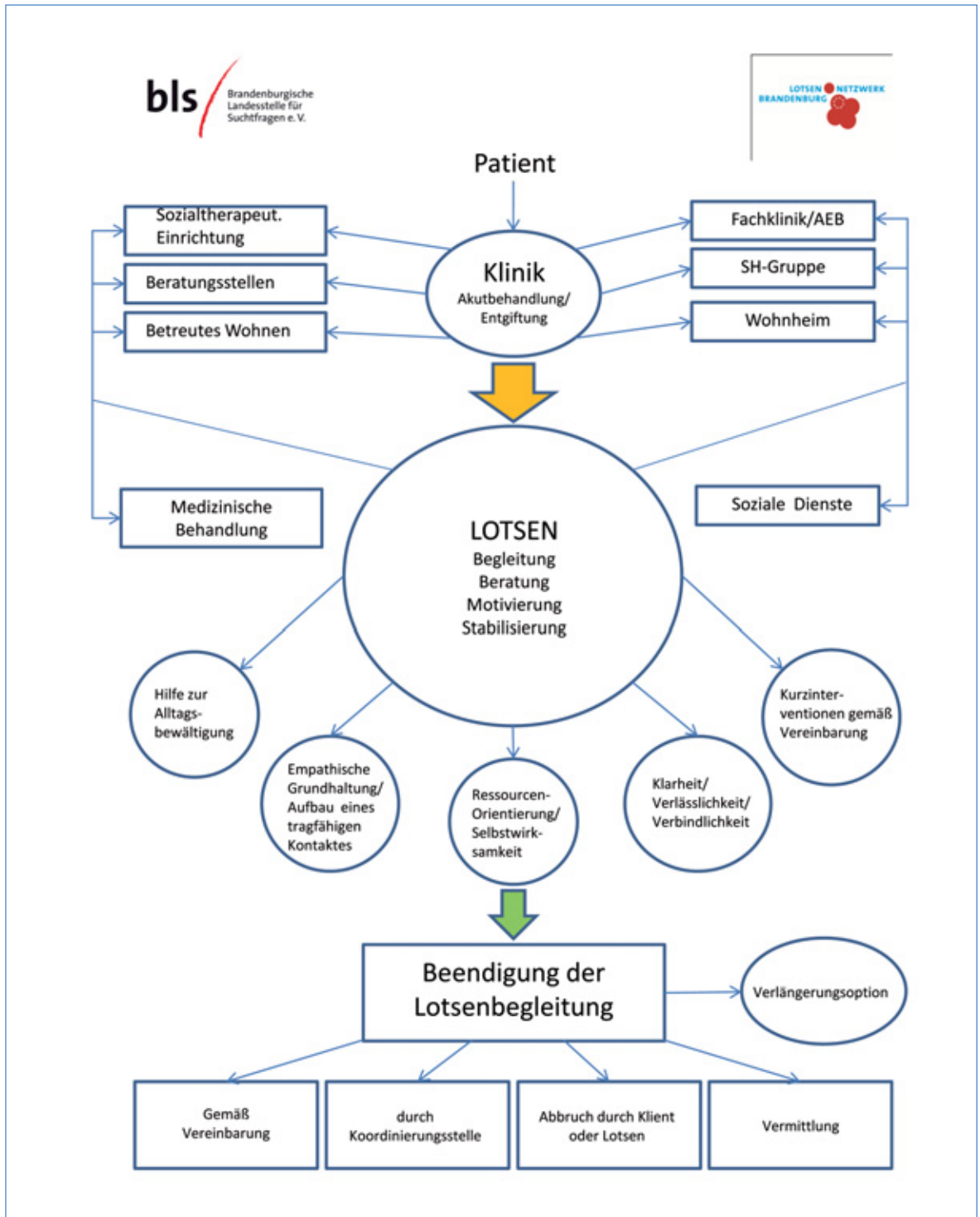
Begleitung auf ehrenamtlicher Basis erprobt, die die Betroffenen aktiv in ihrem Umfeld anspricht. Damit werden auch Menschen erreicht, die bislang nach einer stationären Behandlung keinen Weg fanden, aus eigener Kraft weitere Hilfen aufzusuchen. Beim Aufbau des Lotsennetzwerkes arbeiten ehrenamtliche Lotsen und Fachleute partnerschaftlich zusammen. Verbindliche Verfahrensregeln sorgen dafür, dass die Vermittlungs- und Betreuungsprozesse der Lotsendienste für alle Beteiligten nachvollziehbar gestaltet werden. So halten die Lotsen Kontakt mit den Kliniken in ihrer Region. Im Gegenzug stellen die Kliniken den Erstkontakt zwischen den Betroffenen und den Lotsen her und helfen ihnen, den Umfang der Betreuung abzustimmen.

Die BLS als Koordinierungsstelle des Modellvorhabens wirbt u. a. die ehrenamtlichen Lotsen an und bereitet sie durch eine speziell zugeschnittene Fortbildung auf ihre Aufgaben vor. Eine regelmäßige Praxisberatung soll verhindern, dass die Lotsen überfordert werden oder andere Fehlentwicklungen eintreten. Weitere Instrumente zum Lotsenschutz sind z. B. die Bildung von Lotsen-Tandems und das Lotsen-Handy. In einem Lotsenrat wirken Vertreter aller Beteiligtegruppen sowie Fachleute zusammen. Er begleitet den Aufbau des Lotsennetzwerkes und steht bei Fragen und Problemen beratend zur Seite.



ABBILDUNG 27: Lotsennetzwerk Brandenburg – Vermittlungs- und Begleitungsablauf

Quelle: Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.



Der Lotsendienst wurde in den Jahren 2007 bis 2009 in einem dreijährigen Modellversuch landesweit in Brandenburg aufgebaut. Der offizielle Start zur Einwerbung von Lotsen und klinischen Partnern erfolgte im Rahmen der Suchtwoche im Juni 2007. Mitte November wurden die ersten 17 Lotsen geschult und konnten damit „ans Netz gehen“.

Im Jahr 2008 konnte das Lotsennetzwerk auf 32 ausgebildete Lotsen zurückgreifen. 45 Interessierte haben sich als Lotsen registrieren lassen. Von ihnen waren ca. 20 als Lotsen aktiv. Mehr als 10 stationäre Einrichtungen zeigten Interesse an einer Kooperation. Im Netz arbeiteten 8 Kliniken in unterschiedlicher Kontinuität mit. Seit Anfang 2008 konnten ca. 75 Begleitungsfälle vereinbart werden. Eine erneute Lotsenbefragung im Jahr 2009 zeigte, dass die 20 Lotsen weiterhin aktiv sind und ein zunehmend reges Interesse an den Begleitungsangeboten (bis Mitte 2009 – 131 Begleitungen) des Netzwerkes zu verzeichnen ist.



- Antonovsky A, Franke A (1997) Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen
- Böhm A, Ellsäßer G, Kluge I, Krampe A, Niekrentz C (2008) Chancen gegen Alkohol. Für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol. Landesgesundheitsamt Brandenburg. Inpuncto 01/2008. Informationen zur Gesundheit im Land Brandenburg. ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de))
- Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K, Pattloch D (2007) Auf dem Weg zum rauchfreien Brandenburg. Tabakkonsum bei Jugendlichen und Erwachsenen, bei Männern und Frauen. Landesgesundheitsamt Brandenburg. Inpuncto 01/2007. Informationen zur Gesundheit im Land Brandenburg. ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de))
- Böhm A, Ellsäßer G, Grote S, Jankowiak S, Lüdecke K (2009) Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum. - Aktueller Stand und Entwicklung in den letzten Jahren. Landesgesundheitsamt Brandenburg. Inpuncto 01/2009. Informationen zur Gesundheit im Land Brandenburg. ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de))
- BLS (2006a) Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. Schätzzahlen Sucht für Brandenburg 2006. BLS, Potsdam
- BLS (2006b) Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. Sucht-Selbsthilfe in Brandenburg – ein Erfolgsmodell. Ergebnisse einer Erhebung bei den Brandenburger Sucht-Selbsthilfegruppen 2006. BLS, Potsdam
- BLS (2009) Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. Gesamtauswertung der Kursangebote „Frühintervention bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen im Land Brandenburg“ 2007-2009. BLS, Potsdam
- Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA (1998) The AU-DIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 158: 1789-1795
- BzGA (Hrsg) (2004) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption. Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 24. BzGA, Köln
- BZgA (Hrsg) (2008) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum - Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends. Kurzbericht. BzGA, Köln
- BZgA (Hrsg) (2009a) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BzGA, Köln
- BZgA (Hrsg) (2009b) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BzGA, Köln
- DHS (Hrsg) (2003) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe der DHS. DHS, Hamm
- DHS (Hrsg) (2007) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. DHS, Hamm

- DHS (Hrsg) (2008) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Jahrbuch Sucht 2008. Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Hamm
- IFT (2008) Institut für Therapieforschung. Analyse der Länderkurzberichte 2008/09. IFT, München
- Ellsäßer G, Erler T (2008) Verletzungen im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus der Europäischen IDB (Injury Data Base) in Deutschland für die Verletzungsprävention. Vortrag auf dem 14. bundesweiten Kongress „Armut und Gesundheit“ am 05./06. Dezember 2008. Berlin
- Europäische Kommission (2006) Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden. EU KOM (2006) 625
- Feuerlein W (1998) Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart
- FOGS (2009a) Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich – FOGS. Evaluierung von Beratungsmöglichkeiten für Menschen mit pathologischen Spielverhalten unter Berücksichtigung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke im Land Brandenburg. Abschlussbericht. FOGS, Köln
- FOGS (2009b) Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich – FOGS. Brandenburg Pathologisches Glücksspiel Befragung der Klienten. Tabellenband. FOGS, Köln
- Greten H (Hrsg) (2005) Innere Medizin – Verstehen – Lernen – Anwenden. 12. Aufl. Thieme, Stuttgart
- IARC (Hrsg) (2004) International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC, Lyon
- John U, Hapke U, Rumpf H-J (2001) Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. Dt Arztebl, 98 (38): A-2438-2442
- Krampe A, Sachse S (2005) Fahren unter Alkoholeinfluss bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ergebnisse aus der Zeitreihenstudie „Jugend in Brandenburg“. Blutalkohol 42: 11-19
- Kraus L, Pabst A, Steiner S (2008) Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). IFT Institut für Therapieforschung, München
- Küfner H, Kraus L (2002) Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. Dt Arztebl, 99 (14): A-936-945
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 47: 1033-1042
- Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 50: 600-608
- LKA Brandenburg (Hrsg) (2009) Landeskriminalamt Brandenburg. Polizeiliche Kriminalstatistik Brandenburg 2008. LKA, Potsdam
- Mann K (Hrsg) (2002) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst Science Publishers, Lengerich

- MASGF (2001) Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie. Landesprogramm Sucht. MASGF, Potsdam
- MASGF (2008) Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie. Lebenslagen in Brandenburg: Chancen gegen Armut. MASGF, Potsdam
- Rehbein F, Kleimann M, Mößle T (2009) Computerspielabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN), Hannover
- Rist F, Demmel R, Hapke U, Kremer G, Rumpf H-J (2004) Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. Sucht 50 (2): 102-112
- RKI (Hrsg) (2003) Robert Koch-Institut. Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- RKI (Hrsg) (2009a) Robert Koch-Institut. Studienbeschreibung und methodisches Vorgehen. Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) 2008/2009
- RKI (Hrsg) (2009b) Robert Koch-Institut. 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Rosenbrock R (2004) Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zur Umsetzung des §20 Abs.1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, (Hrsg) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- Schroedter J, Lechert, P, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus- Zusatzhebung 1971 und die Mikrozensus 1976-2004. ZUMA-Methodenbericht 2006, Mannheim
- Singer M V, Teysen, S (2001) Alkoholassoziierte Organschäden. Dt Arztebl, 98 (33): A-2109-2120
- Soyka M (2004) Ambulante Entziehung und Entwöhnung Alkoholkranker - Neue Konzepte und Ergebnisse der Therapieforschung. Bayerisches Ärztebl, 2: 80-83
- Stolle M, Sack P-M, Thomasius R (2009) Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. Dt Arztebl, 106 (19): 323-8
- USDHHS (Hrsg) (2004) US Department of Health and Human Services. The health consequences of Smoking: a report of the surgeon general. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. USDHHS, Atlanta, Georgia
- WHO (1986) Weltgesundheitsorganisation. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, Genua
- WHO (2008) Weltgesundheitsorganisation. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package. WHO, Genua
- Wienberg G (Hrsg) (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Psychiatrie-Verlag, Bonn



**Ministerium für Umwelt,  
Gesundheit und Verbraucherschutz  
des Landes Brandenburg**

Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103  
14473 Potsdam  
[www.mugv.brandenburg.de](http://www.mugv.brandenburg.de)

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht,  
Belegexemplar erbeten

Mai 2010

