



Bericht

der Landesregierung über die Schwerpunkte in der schleswig-holsteinischen Sucht- und Drogenpolitik

Drucksache 15/ 3456 (neu) und Drucksache 3670 (neu)

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

Berichtsvorgeschichte und Antrag	5
Vorbemerkungen	6
Stand der Umsetzung der Aufgaben und Zielsetzungen des Berichtsantrages:.....	7
1. Suchtprävention und Antidrogenpolitik müssen grundsätzlich am Suchtverhalten ansetzen; der Stoff, an dem sich die jeweilige Sucht ausrichtet, ist sekundär.....	7
2. Die Relativierung einer strikten Trennung von legalen und illegalen Suchtstoffen oder –handlungen zugunsten einer Orientierung der Arbeitsschwerpunkte in der Suchtkrankenhilfe am realen Gefährdungs- und Verbreitungsgrad verschiedener Süchte, wird vom Landtag begrüßt.	10
3. Zur Hilfe bei der Überwindung der Suchterkrankung ist die Kriminalisierung des Drogenkonsums kontraproduktiv.....	16
4. Rauschgiftkriminalität, insbesondere bandenmäßiger Handel, Schmuggel und Verkauf von Rauschgift muss weiterhin durch Polizei und Staatsanwaltschaft intensiv bekämpft werden.....	18
5. Der Landtag unterstreicht den Schwerpunkt der Landesregierung, mit Präventionsarbeit dem Konsum sogenannter legaler Drogen zu begegnen, insbesondere dem Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten durch Kinder und Jugendliche. Es geht dabei darum, das Selbstbewusstsein und die Selbstreflexion von Kindern und Jugendlichen in Schule und Jugendarbeit zu stärken. Im Rahmen der Präventionsbemühungen muss die Verfügbarkeit von Tabak- und Alkoholprodukten insbesondere für Jugendliche erschwert werden.	19

6. Der Landtag unterstützt die Landesregierung bei Verhandlungen, zumindest eine anteilige Übernahme der Kosten der psychosozialen Begleitung von Suchtkranken in Substitutionsprogrammen durch die Krankenkassen zu erreichen. 26
7. Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass die gesetzliche Krankenversicherung ambulante Rehabilitationsangebote in der Suchthilfe finanziert, sofern die gesetzliche Rentenversicherung nicht zuständig ist. Dies gilt insbesondere für legale Suchtmittel wie Alkohol, Tabak und Medikamente, aber auch gerade für die Behandlung psychosozialer Erkrankungen mit Suchtcharakter wie Essstörungen, Kaufsucht, Spielsucht o.ä. 27
8. Geschlechtsspezifische und geschlechtergetrennte Angebote für Frauen und Männer müssen in allen Bereichen der Suchtkrankenhilfe als Bestandteil der Grundversorgung entwickelt und gesichert werden. Die Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben auf Landesebene sollen von einer Fachstelle übernommen werden. 28
9. Spezifische Fachkompetenz und AnsprechpartnerInnen für MigrantInnen in den Beratungsangeboten und ambulanten Angeboten sollen in allen Kreisen und kreisfreien Städten zu finden sein. Auch sind Land, Kommunen und Krankenkassen gemeinsam gefordert. Es muss in Zukunft die Berücksichtigung der besonderen Belange der MigrantInnen auch in der stationären und teilstationären Suchthilfe garantiert sein. 30
10. Die kommunalen Gesundheitsdienste müssen frühzeitig intervenieren können, wenn sie im Rahmen ihrer schulärztlichen Tätigkeiten auf Suchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen stoßen. Die Landesregierung wird aufgefordert, in Gesprächen mit den Kreisen und kreisfreien Städten darauf hinzuwirken, dass deren sozialpädiatrische Abteilungen ein entsprechendes Beratungsangebot

für suchtgefährdete und abhängige Minderjährige und ihre Familien vorhalten.....	32
11. Die operative Vernetzung und Kooperation von Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und kommunalen Gesundheitsdiensten muss deutlich verbessert und in den einzelnen Regionen institutionalisiert werden. Die Landesregierung wird aufgefordert, in Gesprächen mit den Kreisen darauf hinzuwirken, dass diese ihre Sucht- und Drogenhilfen, Jugendhilfeangebote und Gesundheitsdienste koordinieren und Kooperationen fördern.....	33
12. Die Landesregierung wird aufgefordert, im Rahmen ihrer Förderung von Hilfen auch Folgendes zu unterstützen	35
- die Interessen der Angehörigen suchtkranker Menschen	35
- die Förderung von Selbsthilfegruppen im Bereich der Drogenhilfe	36
-die Kooperation der Suchthilfe mit Forschung und Lehre an den Universitäten des Landes.....	36
-die Ausrichtung der gemeinsamen Therapie von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten am Bedarf	38
-die Berücksichtigung von Suchtprävention und Gewaltprävention in der Ausbildung von Erzieherinnen/Erziehern, Lehrkräften und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen	39

Anlagen:

Anlage 1: Bündnis für gesunde Schüler in Schleswig-Holstein – Klasse 2000

Anlage 2: Betäubungsmittelgesetz (Auszüge)

Anlage 3: Gemeinsame Richtlinie zur Umsetzung des § 31a BtMG

Anlage 4: Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben

Berichtsvorgeschichte und Antrag

Zurückgehend auf einen gemeinsamen Antrag der Fraktionen von SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW „Neue Wege in der Drogenpolitik“ (Drs. 15/762) war am 28.01. und 04.02.2002 vor dem Sozialausschuss des schleswig-holsteinischen Landtages eine öffentliche Anhörung durchgeführt worden.

Diese bildete den Hintergrund für den am 20.06.2003 angenommenen Antrag der Fraktionen von SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW „Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik“ (Drs. 15/2737), der einen Berichtsauftrag für die 37. Tagung des Landtages enthielt.

Der Bericht der Landesregierung „Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik“ (Drs. 15/3000) wurde in der Sitzung des Landtages am 10.12.2003 behandelt sowie zur abschließenden Beratung an den Sozialausschuss überwiesen, wo er am 16.09.2004 abschließend zur Kenntnis genommen wurde.

Nunmehr hat der schleswig-holsteinische Landtag am 12.11.2004 den Antrag der Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW „Schwerpunkte in der schleswig-holsteinischen Sucht- und Drogenpolitik“ angenommen (Drs. 15/3670 neu). Darin wird ein Zwischenbericht „über den Stand der Umsetzung der Aufgaben und Zielsetzungen“ vor dem Ende der Legislaturperiode erbeten.

Der nachfolgende Zwischenbericht geht gezielt auf die 12 aufgeworfenen Einzelaspekte ein. Andere Themenfelder der schleswig-holsteinischen Sucht- und Drogenpolitik werden deshalb - dem Charakter eines Zwischenberichtes folgend - nicht weitergehend dargestellt.

Vorbemerkungen

Grundverständnis schleswig-holsteinischer Sucht- und Drogenpolitik

Die Sucht- und Drogenpolitik in Schleswig-Holstein beruht auf den vier Säulen Prävention, Beratung und Therapie, Überlebenshilfen sowie Repression und Angebotsreduzierung. Dieser Ansatz wird getragen von der Grundüberzeugung, dass es sich bei einer Sucht um eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit handelt, die es jedoch am besten zu verhindern gilt.

Sucht- und Drogenpolitik ist deshalb eine gesellschaftspolitische Aufgabe von hoher Bedeutung, die uns alle und keineswegs nur eine (randständige) Minderheit, berührt. Dies gilt vor allem auch im Zusammenhang mit einer offenbar zunehmenden Konsumbereitschaft gerade unter Jugendlichen. Über fundierte und ehrliche Informationen muss bei der nachrückenden Generation ein adäquates Risikoproublembewusstsein aufgebaut und durch Unterstützung bei der Entwicklung der Lebenskompetenzbildung eine eigene selbstverantwortliche und begründete Entscheidung im Umgang mit potentiellen Suchtstoffen ermöglicht werden.

Die schleswig-holsteinische Sucht- und Drogenpolitik trägt auch der Erkenntnis Rechnung, dass es – trotz aller Bemühungen – eine drogenfreie Gesellschaft nicht gibt und auch nicht geben wird. Rauscherfahrungen werden stets – aus welchen Motiven auch immer – für manche Menschen einen Reiz darstellen und nicht zuletzt kommen wir in unser aller Alltag auch immer wieder mit Substanzen mit Suchtpotential in Berührung, in erster Linie mit den sogenannten „Kulturgütern“ Alkohol und Tabak.

Stand der Umsetzung der Aufgaben und Zielsetzungen des Berichtsantrages

1. Suchtprävention und Antidrogenpolitik müssen grundsätzlich am Suchtverhalten ansetzen; der Stoff, an dem sich die jeweilige Sucht ausrichtet, ist sekundär.

Suchtprävention zielt auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit, auf soziale Kompetenz sowie besonders auch auf die Förderung und Entfaltung von Fähigkeiten und Stärken der Persönlichkeit. Primärprävention will Konsumvermeidung oder ein Hinauszögern der Konsumaufnahme erreichen und sollte bereits im Elementarbereich beginnen.

Gerade bei der Zielgruppe der Kinder gilt es, bereits vor der Erfahrung mit Suchtstoffen oder dem Auftreten etwa riskanter Konsummuster über eine **suchtmittelunspezifische** Ansprache eine Persönlichkeitsstärkung, eine Festigung gegen Suchtrisiken auszubilden.

Diesem Prinzip folgt die Landesregierung in den von ihr unterstützten oder geförderten schulischen und außerschulischen Präventionsprojekten.

Im Jahr 2004 wurde das Projekt „**Eigenständig werden**“ des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet. Seit 2002 werden mit diesem Projekt, das die Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung (KOSS – eine Einrichtung, die gemeinsam vom „Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein“, IQSH und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz, getragen wird) unterstützt, in Unterrichtsübungen Kindern Möglichkeiten eröffnet, ihre Persönlichkeit, Kritikfähigkeit und ihr Selbstwertgefühl zu stärken sowie sich protektive Fähigkeiten gegen Suchtverhaltensweisen anzueignen. „Eigenständig werden“ nimmt auf die spezifischen Entwicklungsschritte von Jungen und Mädchen Rücksicht und ist nach Altersstufen gegliedert (Klassen 1 bis 6).

Insgesamt wurden in den Jahren 2003 und 2004 68 Lehrkräfte aus bisher 25 Schulen für das Programm qualifiziert. In den Klassenstufen 5 und 6 wurden bisher landesweit 104 Klassen mit 2530 Schülerinnen und Schülern erreicht.

Bereits in den Jahren zuvor war in Schleswig-Holstein ein unter maßgeblicher Beteiligung des IFT-Nord und des IQSH initiiertes und auf nationaler Ebene evaluiertes EU-Projekt eingesetzt worden, das den Namen „**Fit und stark fürs Leben**“ trägt und jahrgangsübergreifend angelegt ist. Das inzwischen in mehreren EU-Ländern bewährte Manual greift protektive Faktoren der Lebenskompetenz auf:

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen,
- Umgang mit Stress und negativen Emotionen,
- Kommunikation,
- Kritisches Denken und Standfestigkeit,
- Problemlösen sowie
- Gesundheitsrelevantes Wissen.

Ein weiteres aktuelles suchtspezifisches Projekt stellt seit Januar 2003 das „**Bündnis für gesunde Schüler in Schleswig-Holstein - Klasse 2000**“ dar, ein in allen Bundesländern durchgeführtes Projekt. Um Kindern frühzeitig Kompetenz für ein gesundes Leben zu vermitteln, haben das MBWFK, die Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (LSSH), die KOSS und die Lions-Clubs in Schleswig-Holstein gemeinsam mit dem „Verein Programm Klasse 2000 e.V.“ ein Bündnis geschlossen.

Dieses bundesweit größte Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in den Grundschulen hat in Schleswig-Holstein bisher fast

10.000 Kinder erreicht. Die Gesundheitsförderung geht über die reine Wissensvermittlung deutlich hinaus. Im Vordergrund steht vielmehr die Stärkung der Persönlichkeit nach dem Motto: „Starke Kinder brauchen keine Drogen und können Konflikte ohne Gewalt lösen“. Wesentlich ist ferner, dass das Projekt „Klasse 2000“ die Kinder von der 1. bis zur 4. Klasse begleitet und dadurch frühzeitig und kontinuierlich wirkt. Die Unterrichtsvorschläge sind detailliert und die Lehrkräfte werden durch externe „Gesundheitsförderer“ (im Projekt vom „Verein Programm Klasse 2000 e.V.“ ausgebildete Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) unterstützt.

Durch die Evaluation für das Schuljahr 2003/2004 wird erkennbar, dass die befragten Lehrerinnen und Lehrer das Programm weit mehrheitlich mit „gut“ oder „sehr gut“ bewerten (78 %) und es zu 85 % weiterempfehlen würden (siehe Anlage 1).

Schließlich wurde am 22.11.2004 im Rahmen einer Fachtagung das themenübergreifende Präventionsprojekt **„Die Schatzsuche“** interessierten Lehrkräften sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vorgestellt.

Dieses neue Projekt ist auf den Grundlagen vorliegender Konzepte und Erfahrungen für Grundschulen unter folgender Fragestellung konzipiert worden: Was kann Prävention dazu beitragen, den Bildungsauftrag der Schule erfolgreicher umzusetzen? Gemeinsam mit den Kindern auf Schatzsuche zu gehen, bedeutet, sich weniger an Problemen, Schwächen und Risiken zu orientieren, sondern vielmehr gemeinsam positive Kräfte zu entdecken und weiterzuentwickeln (Salutogenetischer Ansatz). Dies wird in dem 14-tägigen Projekt unter aktiver Beteiligung der Eltern geschehen. Im Anschluss daran wird gemeinsam entschieden, mit welchem konkreten Programm (etwa „Eigenständig werden“ oder „Klasse 2000“) und zu welcher Thematik längerfristig gearbeitet werden soll.

Mit der lebensphasischen Zunahme konkreter Suchtrisiken müssen solche unspezifischen Präventionsprojekte allerdings durch suchtspezifische und sekundärpräventive Ansätze ergänzt werden.

Generell gilt, dass eine zeitgemäße Prävention insbesondere im Elementarbereich nicht vorrangig auf stoffspezifische Informationen angewiesen ist. Andererseits kommt keine erfolgreiche Prävention ohne themenbezogene und damit suchtmittelspezifische Ansätze aus, allein schon um nicht über die „Peer-group“ oder individuelle Erfahrungen gewonnene „Kompetenz“ zu ignorieren und auch um falsche oder unvollständige Informationen oder Mythenbildungen korrigieren zu können.

Darüber hinaus muss eine moderne Suchtprävention neben verhaltens- auch verhältnispräventive Elemente umfassen. So hat sich gerade die schleswig-holsteinische Landesregierung in der Vergangenheit wiederholt dafür eingesetzt, die „Verhältnisse zu ändern“ (beispielsweise durch die Forderung nach einem Werbeverbot für legale Drogen oder einer höheren Besteuerung von Alkopops). Auch hierbei muss der „Stoff“, um den es geht, berücksichtigt werden. So sind bei den legalen Drogen eine Reihe präventiver Interventionen denkbar, die es bei illegalen Drogen nicht gibt. Zu denken wäre an eine höhere Besteuerung oder Maßnahmen zur Eindämmung der Verfügbarkeit (etwa Abbau von Zigarettensautomaten oder Verbot des Alkoholverkaufs an Tankstellen rund um die Uhr).

Auch tritt beim Rauchen das besondere Problem des Passivrauchens auf, das bei keiner anderen Substanz sonst eine Rolle spielt. Forderungen zum Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens (etwa rauchfreie Gaststätten) sind somit tabakspezifisch.

2. Die Relativierung einer strikten Trennung von legalen und illegalen Suchtstoffen oder –handlungen zugunsten einer Orientierung der Arbeitsschwerpunkte in der Suchtkrankenhilfe am realen Gefährdungs- und Verbreitungsgrad verschiedener Süchte, wird vom Landtag begrüßt.

Die Trennung in legale und illegale Drogen ist eine juristische Zuordnung, die hinsichtlich des individuellen gesundheitlichen und sozialen Risikopotentials oder der wirtschaftlichen Konsequenzen beider Substanzgruppen nicht aussagekräftig ist. Sie kann sogar unter suchtpreventiven Gesichtspunkten missverstanden werden und somit kontraproduktiv wirken.

Die extensive Verbreitung gerade der legalen Drogen Alkohol und Tabak sowie ihre verheerenden und im Ausmaß alle anderen Drogen „erschlagenden“ Folgen haben zusammen mit neueren Erkenntnissen über geschlechts- und altersspezifische Konsumtrends die Landesregierung seit mehreren Jahren bewogen, die Betonung der illegalen Drogen in der Suchtpolitik zu relativieren.

Sowohl der im Jahre 2000 aufgelegte und auf mehrere Jahre ausgerichtete **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** wie auch die seit 2003 bestehende Präventionsinitiative **NICHTRAUCHEN.TIEF DURCHATMEN** belegen die starke Berücksichtigung legaler Drogen in den suchtpolitischen Handlungsfeldern der Landesregierung, insbesondere im Bereich der Prävention.

Andererseits haben über ein Viertel aller 12- bis 25-Jährigen zumindest einmal bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht – in der Regel ohne Unrechtsbewusstsein (Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, 2001). In Schleswig-Holstein hat jeder dritte Mann zwischen 18 und 59 Jahren wenigstens einmal im Leben Cannabis probiert, bei den Frauen fast jede fünfte (Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, 2001).

Die aktuelle Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD-Studie, 2004) nennt für Deutschland 34,3 % der männlichen und 27,2 % der weiblichen 15- bis 16-Jährigen, die Erfahrung mit Cannabis angeben, während in der internationalen Vergleichsstudie „Health Behavior in School – aged Children“ (2004) 28 % der 15-jährigen Schüler und 20 % der Schülerinnen mindestens einmaligen Cannabiskonsum bejahen. Das statistisch nicht repräsentative Projekt „Gläserne Schule“ in Schleswig-Holstein kommt sogar zu dem Ergebnis, dass ab dem Alter von 18 Jahren die Hälfte der Schüler und ca. 40 % der Schülerinnen Erfahrungen mit Cannabis bestätigen bei einem durchschnittlichen Einstiegsalter von etwa 14 Jahren.

Somit stellt Cannabis für eine nicht geringe Anzahl von Jugendlichen eine - wenn auch illegale - Freizeit- und Alltagsdroge dar. Zwar bleibt der Cannabiskonsum für die meisten ein transitorisches Phänomen in der Jugendphase und im jungen

Erwachsenenalter mit offenbar geringeren körperlichen und psychischen Konsequenzen als früher oftmals angenommen wurde.

Andererseits darf Cannabiskonsum keinesfalls verharmlost werden, da jeglicher Konsum psychoaktiver Substanzen mit einem Risiko verbunden ist. Dabei ist anzunehmen, dass die Risiken mit der Dauer und Häufigkeit des Cannabiskonsums steigen. Hinzu kommt, dass sich bundesweit Hinweise auf eine Zunahme problematischer, d.h. mit gesundheitlichen und/oder sozialen Konsequenzen verbundener Verläufe gerade bei Dauerkonsumenten mehren. So ist in der internationalen Schul-Vergleichsstudie von 3 % der 15-Jährigen die Rede, die im letzten Jahr mehr als 40mal Cannabis konsumiert haben und damit zu den Dauerkonsumenten gezählt werden. Dieses Konsummuster folgt einer anderen Motivlage als gelegentlicher oder experimenteller Konsum. Der Cannabiskonsum bekommt hier einen festen Platz im Vollzug des Alltages und hat die Funktion, das eigene Wohlbefinden zu regulieren oder zu stabilisieren, Spannungen abzubauen oder sozialen Hemmungen oder persönlichen Defiziten entgegen zu treten.

Die Zahlen aus dem Dokumentationssystem HORIZONT belegen, dass im Jahr 2003 bei 6 % aller Klientinnen und Klienten in den ambulanten Suchtberatungsstellen in Schleswig-Holstein Cannabis die Hauptdroge darstellte, wobei 2/3 jünger als 20 Jahre und 88 % männlichen Geschlechts waren.

Allerdings stellte sich die soziale und schulische Situation der Cannabis-Klientinnen und -Klienten als günstiger dar, als diejenige anderer Jugendlicher (überwiegende Hauptdroge: Alkohol und Opiate), so dass es sich in ihrer Mehrzahl nicht um schwer verelendete und gescheiterte Jugendliche handelt. Dafür sprechen auch die vergleichsweise kurzen Betreuungszeiten. Häufiger dürfte es sich bei diesen Jugendlichen um Personen handeln, die beim Gebrauch von Cannabisprodukten in der Schule, im Betrieb oder zu Hause „auffällig wurden“ und deshalb in die Drogenberatung geschickt worden sind. Jedenfalls zeichnet sich diese Klientengruppe durch einen vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf aus und Dauerkonsumenten und wirklich problematische Verläufe werden in den Beratungsstellen in Schleswig-Holstein eher selten angetroffen.

Gleichwohl macht dieser knappe Problemaufriss deutlich, dass ein Handlungsbedarf besteht. Die Bevölkerung ist über die Ursachen und Folgen des Cannabiskonsums nicht hinreichend aufgeklärt und informiert, oft wird die Diskussion emotional einseitig und nicht vorurteilsfrei geführt. Es bedarf aber eines sachlichen, wissenschaftlich begründeten, glaubwürdigen und nachvollziehbaren Umgangs mit dieser Thematik.

Es ist eine belegbare Tatsache, dass auch Suchtkarrieren im illegalen Bereich in der Regel ihren Anfang mit dem Konsum von Tabak und Alkohol nehmen. Positiv besetzte Erfahrungen mit Zigaretten und Alkohol erhöhen die Wahrscheinlichkeit signifikant, dass Kinder und Jugendliche auf Drogen wie Cannabis „umsteigen“.

Die schleswig-holsteinische Landesregierung orientiert sich in ihrer Drogenpolitik am tatsächlichen Konsum und Verbreitungsmuster. Sie setzt ihre Arbeitsschwerpunkte am realen Gefährdungs- und Verbreitungsgrad und geht deshalb über das Prinzip einer Aufhebung der strikten Trennung von legalen und illegalen Suchtstoffen hinaus. Sie nimmt stattdessen das in Angriff, was aktuell durch die tatsächlichen Konsum- und Verbreitungsmuster geboten erscheint.

Unter noch weitergehender Zusammenführung und Abstimmung der Aktivitäten des Gesundheits-, Bildungs- und Jugendministeriums wird ein **Aktionsbündnis Suchtprävention** gestartet, das einen breiten Maßnahmenmix zur Tabak-, Alkohol- und Cannabisprävention umsetzt. Damit wird einerseits den gewachsenen Erkenntnissen problematischer Konsummuster von Cannabis bei Jugendlichen Rechnung getragen, andererseits aber auch anerkannt, dass Cannabiskonsum nicht im Vakuum entsteht, sondern nahezu regelhaft Tabak- und Alkoholkonsum als Vorläufer hat. Deshalb stellen Tabak- und Alkoholprävention gleichermaßen auch praktizierte Cannabisprävention dar.

Dieser innovative Ansatz des **Aktionsbündnisses Suchtprävention** richtet sich in Anbetracht der Hauptklientel schwerpunktmäßig an Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern, außerdem an Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher und sonstige in der schulischen und außerschulischen Jugendarbeit Tätige. All diese

Akteure sollen in aufeinander abgestimmten Maßnahmen über die Gesamtproblematik der Suchtstoffe Nikotin, Alkohol und Cannabis sachgerecht informiert und darüber hinaus sollen auch spezifische Interventions- und Hilfeangebote entwickelt werden.

Die konkreten Maßnahmen ergeben sich aus dem folgenden Katalog:

<p>Aktionsbündnis Suchtprävention</p> <p>Kooperation der drei Ressorts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz - Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur - Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie

Maßnahme:	Kooperationspartner:	Zeitplan:
Schleswig-Holsteinischer Präventionspreis NICHTRAUCHEN.TIEF DURCHATMEN	MSGV , MBWFK, IFT- Nord	Beginn November 2004, Preisverleihung 31.05.05
Drogenfrühhilfeangebot in Schleswig-Holstein, Erweiterung um Cannabis	MSGV , IM, LKA, Gen. Staatsanw., MJF	Beginn der 2. Modellphase 01.06.04
Multiplikatorenschulung für Jugendleiterinnen und -leiter (Cannabis)	MSGV , MJF, IFT-Nord, Landesjugendring	Beginn 01.12.04
Broschüre für Eltern und Lehrer zum Thema Alkohol(einschließlich Alkopops), Nikotin, Cannabis	MSGV , MBWFK , KOSS, LSSH, IQSH	bis Anfang 2005

NICHTRAUCHEN.TIEF DURCHATMEN	MSGV , IFT- Nord	fortlaufend
HALT (Modellprojekt für Alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche)	MSGV , BMGS	Beginn 01.10.04
Fachtagung: Die Zeiten ändern sich (Alkopops)	MSGV , LSSH	25.08.2004
Sonderausgabe Info Dienst Sucht (Alkopops)	MSGV , LSSH	März 2004
Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein	MSGV , LSSH	Beginn des neuen Schwerpunkts 01.01.05
Lehrerhandreichung (Sucht)	MBWFK , KOSS, IQSH	Oktober 2004
Datenerhebung zum Thema Rauchen	MBWFK , KOSS im Auftrag der BzGA	vorauss. November 2004
Diverse Projekte freier Träger der Jugendhilfe zur Suchtprävention und Lebenskompetenzförderung	MJF mit z. B. Kreisjugendringe, AWO, Guttempler Jugendzentrum	fortlaufend
Multiplikatorenschulung Gewaltprävention für Suchtpräventionskräfte	MJF , LSSH	01.11.-05.11.2004
Handreichung für Eltern, Jugendliche und Kinder zum Jugendschutzgesetz und Waffenrecht	MJF , AKJS, Jugendschutz des Kreises Pinneberg	September 2004

Darüber hinaus ist eine weitere Einbeziehung und enge Kooperation mit dem Rat für Kriminalitätsverhütung vorgesehen.

Schließlich wird auch die Ausrichtung der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen deutlich stärker den multitoxischen Konsumbedingungen ihrer Zielgrup-

pen gerecht. Ambulante Einrichtungen, z.B. in Elmshorn, Flensburg, Kiel, Niebüll und Wedel, haben ihr Angebot zwischenzeitlich erheblich differenziert und damit den veränderten Bedingungen angepasst.

3. Zur Hilfe bei der Überwindung der Suchterkrankung ist die Kriminalisierung des Drogenkonsums kontraproduktiv.

Die Drogenpolitik in Schleswig-Holstein geht von einem differenzierten Präventionsansatz aus.

Die Nachfragereduktion und –begrenzung auf der Konsumentenebene orientiert sich dabei vorrangig an den Prinzipien der Prävention und Hilfe. Dies beruht auf der Tatsache, dass Sucht eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit ist, die therapierbar, wenn auch nicht unbedingt heilbar ist. Im Hinblick darauf sind Maßnahmen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in vollem Umfang auf Drogengefährdete und –kranke anzuwenden.

Das geltende Betäubungsmittelstrafrecht ist ebenfalls vom Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ geprägt. So lässt es die Regelung des § 31 a BtMG (siehe Anlage 2) zu, Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden auf ein Mindestmaß zurückzunehmen, wenn der Anfangsverdacht über bloße Konsumverhaltensweisen nicht hinausgeht. In Schleswig-Holstein ist dieser Grundsatz durch die „Gemeinsame Richtlinie zur Umsetzung des § 31 a BtMG“ (siehe Anlage 3) näher konkretisiert worden.

Gegenwärtig läuft eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) in Auftrag gegebene Studie beim Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg, die die Strafverfolgungspraxis im Zusammenhang mit dem § 31 a BtMG bundesweit erheben und zu einer möglichst einheitlichen Einstellungspraxis und damit im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung kommen soll – auch um den entsprechenden Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes zu entsprechen. Nach Aussage des BMGS werden die Ergebnisse der Studie im Frühjahr 2005 vorliegen.

In der konkreten Umsetzung des Hilfedankens geht das „Drogenfrühhilfeangebot in Schleswig-Holstein“ noch über die Strafverfolgungspraxis des § 31a BtMG hinaus. Aus der Überlegung, dass das klassische Hilfesystem Drogenkarrieren sozusagen vom Ende her aufrollt und sehr viel menschliches Leid, aber auch Kosten bei einer Intervention im Frühstadium vermieden werden könnten, wird Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit Drogen polizeiauffällig geworden sind, ein freiwilliges Beratungsangebot bei einer Drogenberatungsstelle unterbreitet. Dadurch soll verhindert werden, dass sich ein möglicherweise sporadischer Drogenkonsum zu einer manifesten Sucht ausweitet.

Während in der ersten Modellphase das „Drogenfrühhilfeangebot“ auf die Zielgruppe beschränkt war, die mit harten illegalen Drogen angetroffen wurde, ist in das Konzept in einer zweiten Phase ab Mitte 2004 – nicht zuletzt wegen der vermehrten Hinweise auf problematische Konsumverläufe – auch Cannabis einbezogen worden.

Es ist ferner auf die Regelungen der §§ 35 ff. BtMG (siehe Anlage 2) hinzuweisen. Nach diesen Vorschriften kann die Vollstreckungsbehörde die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe, die gegen betäubungsmittelabhängige Straftäter verhängt worden ist, zurückstellen, wenn die oder der Verurteilte sich wegen ihrer oder seiner Abhängigkeit in einer ihrer oder seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Auch in dieser Regelung wird der Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ umgesetzt.

Der differenzierte Präventionsansatz hat allerdings auch zum Inhalt, eine Angebotsreduktion vornehmlich durch repressive Maßnahmen zu erreichen. Zielrichtung der polizeilichen Ermittlungen ist dabei nicht die Konsumentenebene. Jedoch ist es für die Polizei von besonderer Bedeutung, über Aussagen von Konsumentinnen und Konsumenten den Nachweis des Dealens zu erbringen, um Ermittlungsverfahren gegen Dealer einleiten zu können. Zur Entwicklung von Strategien und Konzepten zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität ist es ferner wichtig, Erkenntnisse über die Gesamtsituation des Betäubungsmittelmiss-

brauchs zu erhalten. Schließlich können durch Aussagen von Konsumentinnen und Konsumenten Erkenntnisse über die Strukturen gewonnen werden, um die Bildung offener Drogenszenen zu verhindern.

Ein weiterer sinnvoller Ansatz ist die Zusammenführung von sozialpädagogischen und polizeilichen Handlungskonzepten im Umfeld des Drogenkonsums bereits während der Ausbildung. Die „Fachhochschule für Verwaltung und Dienstleistung“ in Altenholz hat in ihren Ausbildungsplan diesen erweiterten Blickwinkel systematisch eingeführt. Ab Mai 2005 wird das Thema „Neue Konzepte der Strafverfolgung in der offenen Drogenszene“ interdisziplinär behandelt.

Insgesamt gesehen stellen Rechtslage und praktische Umsetzung also sicher, dass eine „Kriminalisierung“ von Konsumentinnen und Konsumenten soweit wie möglich zugunsten eines Hilfe- und Therapieansatzes zurückgenommen wird. Für eine über den erreichten Stand hinausgehende „Entkriminalisierung“ von Konsumentinnen und Konsumenten werden gegenwärtig keine Ansätze gesehen.

4. Rauschgiftkriminalität, insbesondere bandenmäßiger Handel, Schmuggel und Verkauf von Rauschgift muss weiterhin durch Polizei und Staatsanwaltschaft intensiv bekämpft werden.

Die Landesregierung hat stets die klare polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Schwerpunktsetzung zur Verfolgung der mittleren, schweren und organisierten Rauschgiftkriminalität betont. Sie wird sich hiervon auch künftig leiten lassen. Im Einzelnen wird hierzu auf den „Bericht der Landesregierung zur Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik“ (Drs. 15/3000 Ziff. 3.8) sowie auf den „Periodischen Sicherheitsbericht Schleswig-Holstein“ Bezug genommen.

Neben dieser eindeutigen Schwerpunktsetzung erscheint aber gerade im Bereich der Prävention die Vernetzung mit anderen Akteuren sinnvoll.

Das 2004 mit dem Deutschen Förderpreis für Kriminalprävention ausgezeichnete Projekt „**Prävention im Team**“ (PIT) ist ein Beispiel für die Effektivität einer konzentrierten Vorgehensweise von Schule, IQSH, Polizei, Rat für Kriminalitätsverhütung und Fachprävention mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Ziel des Projektes ist es, Schülerinnen und Schüler durch ein Kompetenztraining qualifiziert darin zu unterstützen, für den Umgang mit Suchtmitteln nachvollziehbare und alltagstaugliche Verhaltensregeln zu entwickeln.

In Schleswig-Holstein haben bisher über 200 Schulen mit den 6. bis 8. Jahrgänge teilgenommen. Etwa 8.000 Schülerinnen und Schüler haben neben Informationen zu Suchtmittel-Konsumrisiken auch solche zu den Themenfeldern Diebstahl und Gewalt erhalten.

- 5. Der Landtag unterstreicht den Schwerpunkt der Landesregierung, mit Präventionsarbeit dem Konsum sogenannter legaler Drogen zu begegnen, insbesondere dem Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten durch Kinder und Jugendliche. Es geht dabei darum, das Selbstbewusstsein und die Selbstreflexion von Kindern und Jugendlichen in Schule und Jugendarbeit zu stärken. Im Rahmen der Präventionsbemühungen muss die Verfügbarkeit von Tabak- und Alkoholprodukten insbesondere für Jugendliche erschwert werden.**

Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstreflexion sind Ziele der unspezifischen Suchtprävention im Sinne einer ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung und Lebenskompetenzförderung (siehe unter Ziff.1.). Somit ist unspezifische Prävention in der schulischen Suchtvorbeugung in allen Klassenstufen fächerübergreifend auch als unterrichtsbegleitendes Prinzip zu verstehen. Dabei geht es darum, Kinder und Jugendliche „stark“ zu machen, damit sie aus eigener Kraft und Überzeugung negativen Einflüssen standhaft entgegentreten können.

Die 1992 errichtete „Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung“ (KOSS) hat sich mit ihrer Arbeit auf dem Gebiet der Suchtprävention bewährt. Sie arbeitet eng vernetzt mit der LSSH zusammen und ist mit drei hauptamtlich abgeordneten Lehrkräften ausgestattet. Personalmittel werden vom IQSH, Sach- und Projektmit-

tel werden vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Verfügung gestellt.

KOSS und LSSH bilden eine Büro- und Arbeitsgemeinschaft. Diese Konstellation ist im Hinblick auf die Vernetzung von schulischen und außerschulischen Institutionen wegweisend und effektiv. Die Arbeit der KOSS auf dem Gebiet der schulischen Suchtvorbeugung findet wesentlich als Lehrkräftefortbildung und durch direkte Beratung und Begleitung einzelner Schulen statt.

In ihren Jahresberichten und unter www.koss-sh.de stellt die KOSS ihre Arbeit insbesondere in unterschiedlichen Projekten mit Kooperationspartnern (z.B. „Gläserne Schule“) dar. Trotz der ausgewiesenen Kompetenzen bleibt festzuhalten, dass Schule allein nicht in der Lage sein kann, gesellschaftliche Fehlentwicklungen oder gar Missstände zu reparieren.

Umso unverzichtbarer sind deshalb die auf Dauer und Nachhaltigkeit angelegten Landes-Präventionskampagnen **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** sowie **NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN**, die eine Schärfung des Problembewusstseins in der gesamten Bevölkerung und einen Imagewandel der legalen Drogen zum Ziel haben.

Aktionsplan Alkohol

Im Rahmen des **Aktionsplanes Alkohol Schleswig-Holstein** soll ein kritischer Umgang mit dem Alkohol und damit eine generelle Konsumverringerung sowie eine gesellschaftlich verbindliche Festlegung auf absolut alkoholfreie Situationen und Personengruppen („Punkt-Nüchternheit“) erreicht werden.

Jährlich wechselnde Themenschwerpunkte sollen sich möglichst in die Breite verselbständigen und von einem breiten Spektrum gesellschaftlicher Institutionen und Verantwortungsträger unterstützt und implementiert werden.

Nach dem gelungenen Auftaktschwerpunkt „Alkohol und Kinder und Jugendliche“ wurde die Kampagne mit vielfältigen Aktivitäten unter dem Thema „Alkohol und Arbeitswelt“ fortgesetzt.

In den Jahren 2003/04 richtete sich die Kampagne durch Plakate, Flyer, Info-Postkarten und Informations- und Qualifizierungsveranstaltungen mit dem Ziel einer Früherkennung und –intervention bei problematischem Alkoholkonsum durch das medizinische Versorgungssystem vorrangig an die Ärzteschaft sowie an Patientinnen und Patienten.

Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Angehörige von Gesundheitsberufen wie Apothekerinnen und Apotheker wurden qualifiziert und als kompetente Ansprechpartner bei alkoholbezogenen Problemen bekannt gemacht. Patientinnen und Patienten wurden ermutigt, Fragen zu Alkohol und Gesundheit in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken anzusprechen.

Zuletzt wurde noch der Unterschwerpunkt „Alkohol und Schwangerschaft“ umgesetzt, in dem Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen auf die besondere Problematik von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hingewiesen sowie ebenfalls einschlägig qualifiziert wurden.

Im Vordergrund stand auch durchgehend das aktuelle Thema des Alkopopskonsums bei Kindern und Jugendlichen. Neben themenspezifischen Publikationen, Fachtagungen, Qualifizierungsveranstaltungen und einer Aufnahme von Alkopops in die Datenerhebung der „Gläsernen Schule“ hat sich die Landesregierung für eine gesetzliche Regelung stark gemacht und sich vehement für eine spürbare zusätzliche Besteuerung sowie eine Anhebung der Obergrenze des Alkoholgehaltes für die unter das Gesetz fallenden Alkopoppsorten ausgesprochen. Mittlerweile ist das geforderte „Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“ am 29. Juli 2004 in Kraft getreten. Außerdem wurden Industrie und Handel auf ihre gesamtgesellschaftliche Verantwortung hingewiesen und insbesondere auch eine Einhaltung des Jugendschutzgesetzes eingefordert.

NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN

Die Präventionskampagne „**NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN**“ will neben anderen Zielen das Nichtrauchen zum selbstverständlichen Normalfall werden lassen.

Im Rahmen der schulischen Aktivitäten haben LSSH und KOSS weiterhin das Projekt „**rauchfrei – auf dem Weg zur rauchfreien Schule**“ verstärkt in die Schulen in Schleswig-Holstein gebracht und damit das Thema Rauchen sowie den Nichtraucherschutz an Schulen noch mehr in den Blickpunkt gerückt.

Zu nennen ist aber auch unter dem Dach der Landeskampagne der schulische Wettbewerb „**Be Smart – Don't Start**“, der den Einstieg in das Rauchen bei noch nicht rauchenden Kindern und Jugendlichen verzögern, besser noch ganz verhindern will. Schulklassen verpflichten sich, freiwillig für einen Zeitraum von 6 Monaten nicht zu rauchen und können – wenn sie erfolgreich waren – attraktive Preise gewinnen.

Im Schuljahr 2003/04 beteiligten sich 426 schleswig-holsteinische Klassen mit über 10.000 Kindern an diesem Wettbewerb, dessen Effizienz durch wissenschaftliche Evaluation belegt ist. Für das Schuljahr 2004/05 haben sich 575 Klassen angemeldet.

22 regionale Suchtpräventionsfachstellen des Landes Schleswig-Holstein sind in dieses Projekt mit einbezogen.

Um eine flächendeckende Raucherinnen- und Raucherentwöhnung in Schleswig-Holstein sicherzustellen, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz mit den Krankenkassen eine Rahmenempfehlung geschlossen. Durch eine Schulungsmaßnahme unter Koordination der LSSH wurden 29 Raucherentwöhnungstrainer aus allen Teilen des Landes weitergebildet. Im Januar 2005 werden weitere 15 Trainerinnen und Trainer, die schon vor Beginn ihrer Ausbil-

derung als ärztliche, psychologische oder pädagogische Therapeuten anerkannt sein müssen, qualifiziert. Bisher wurden 33 Entwöhnungskurse durchgeführt, an denen 322 Personen teilgenommen haben. 10 weitere Kurse wurden überregional, z.B. in Betrieben, durchgeführt.

Schwerpunkt der Kampagne **NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN** war im Jahre 2004 das bundesweit einmalige Projekt „Prävention des Rauchens in schleswig-holsteinischen Zahnarztpraxen“. Über Patienteninformationsbroschüren und ein „Zahnärzteblatt Extra“ wurden in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer (rauchende) Patientinnen und Patienten bezüglich ihres Rauchverhaltens sensibilisiert und durch das zahnärztliche Team über weitergehende Hilfsangebote informiert.

Dieser erstmals in Deutschland umgesetzte innovative Ansatz zur Motivation von Raucherinnen und Rauchern, das eigene Rauchverhalten zu reflektieren, hat den großen Vorteil, dass die meisten Menschen unabhängig von Geschlecht und Alter in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen eine Zahnarztpraxis aufsuchen und somit ein Großteil der Bevölkerung erreicht werden kann. Außerdem sind Zahnärztinnen und Zahnärzte im Unterschied zu anderen Ärztegruppen bisher kaum in allgemeine Präventionsprogramme eingebunden und somit eher motiviert, sich an einer derartigen Maßnahme zu beteiligen.

Das Projekt wird bundesweit beachtet und hat zu einer hohen Nachfrage nach den Materialien geführt.

Schließlich wurde Ende des Jahres 2004 erstmals der **Schleswig-Holsteinische Präventionspreis NICHTRAUCHEN.TIEF DURCHATMEN** ausgelobt. Damit sollen vorbildliche Projekte zur Prävention des Rauchens in Schleswig-Holstein ausgewählt und prämiert werden. So soll der Preis zur Verbreitung und Nachahmung der Projekte anregen.

Der **Schleswig-Holsteinische Präventionspreis NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN** soll alle zwei Jahre auf einem ausgewählten Teilgebiet der Prä-

vention des Rauchens vergeben werden. Im Focus des Preises 2004/05 steht die Förderung des Nichtrauchens an Schulen. Alle Schulen des Landes wurden mit Faltblättern angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen.

Wegen seiner Zielgruppe und präventiven Thematik hat der **Schleswig-Holsteinische Präventionspreis NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN** als Baustein Eingang in das **Aktionsbündnis Suchtprävention** gefunden (siehe Ziff.2).

Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz

Auch im Rahmen der Projektförderung zum erzieherischen Kinder- und Jugendschutz werden kontinuierlich Projekte der Suchtprävention von freien Trägern der Jugendhilfe gefördert. In den vergangenen Jahren waren dies z.B. Theaterveranstaltungsreihen, Tagesveranstaltungen zu „Illegalen Drogen“ oder „Jugend und Alkohol“ und das Kooperationsprojekt verschiedener Institutionen und Vereine in der Gemeinde Großenwiehe „Ein Dorf macht 7 Wochen mit“. Für das Jahr 2004 ist ein Projekt des Kreisjugendringes Nordfriesland zu nennen, in dem Jugendliche für andere Jugendliche einen Flyer und weiteres Informationsmaterial über Alkopops erarbeitet haben. Die Guttempler-Jugend führt jährlich wiederkehrend für Jugendliche aus suchtbelasteten Familien suchtpräventive Seminare und Workshops durch. Im Rahmen der „Demokratiekampagne“ wird in 2004 das Videofestival „Wie uncool – Drogen nicht mit mir“ des Kreisjugendrings Stormarn gefördert.

Im Peer-to-Peer-Projekt der „Drug-Scouts“ wird an Schulen und in offenen Jugendtreffs im Kreis Schleswig-Flensburg ein Theaterworkshop zum Bereich Essstörungen gefördert. Die Drug Scouts bieten in Unterrichtspausen Sprechstunden für Mitschülerinnen und Mitschüler an, erarbeiten Info-Material für Eltern und Schüler, gestalten Projektstage mit und bereiten Theaterszenen zum Thema Sucht vor. Die Gruppe wurde im Jahr 2004 mit dem STARK-Preis der Ministerpräsidentin ausgezeichnet.

Durch die institutionell vom Land Schleswig-Holstein geförderten Kinder- und Jugendtelefone sowie Elterntelefone erhalten Kinder und Jugendliche, aber auch Eltern eine fachkompetente Erstberatung zum Themenbereich Sucht. Fast $\frac{3}{4}$ der Anrufenden zum Suchtbereich haben Probleme mit dem Rauchen, Cannabis oder Alkohol, nicht stoffgebundene Suchtformen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen durch Alkohol und andere Drogen ist regelmäßig Thema im Rahmen der vom Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie (MJF) geförderten Qualifizierung von Jugendleiterinnen und Jugendleitern, so dass gewährleistet ist, dass in den Jugendverbänden der Suchtprävention eine gebührende Aufmerksamkeit gewidmet wird. In den zweimal jährlich stattfindenden Fachtagungen der Jugendschützer der Kreise und kreisfreien Städte wird das Thema Suchtprävention regelmäßig behandelt und Maßnahmen werden abgestimmt.

Verhältnispräventive Maßnahmen

Schließlich ist die Schleswig-Holsteinische Landesregierung der Überzeugung, dass die Verfügbarkeit von Tabak- und Alkoholprodukten insbesondere für Jugendliche erschwert werden muss.

Die Landesregierung hat sich für eine drastische Einschränkung der Werbung für alkoholische Getränke und für ein absolutes Tabakwerbeverbot ausgesprochen.

Steuererhöhungen sind ein effektives Mittel zur Reduzierung der Verfügbarkeit von legalen Drogen. Die Wirksamkeit der letzten Tabaksteuererhöhungen ist belegt (Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2004; 47 : 771 - 779). Da der Feinschnitt aber nicht in gleichem Maße von den Steuererhöhungen betroffen ist, sind viele (junge) Raucherinnen und Raucher auf diese Produkte „umgestiegen“. Daher sollte auch der Feinschnitt entsprechend hoch besteuert werden.

Auf die Aktivitäten der Landesregierung zur Durchsetzung einer deutlichen Anhebung der Besteuerung von Alkopops wurde bereits hingewiesen.

6. Der Landtag unterstützt die Landesregierung bei Verhandlungen, zumindest eine anteilige Übernahme der Kosten der psychosozialen Begleitung von Suchtkranken in Substitutionsprogrammen durch die Krankenkassen zu erreichen.

Zuständig für Fragen einer Leistungspflicht im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist der „Gemeinsame Bundesausschuss“. Dieser hat in den „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs.1 SGB V“ hier: Anlage A Nr.2 „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien) bei Patientinnen und Patienten in einer Substitutionsbehandlung eine psychosoziale Begleitung im erforderlichen Falle zwar ausdrücklich verlangt, diese aber gleichzeitig auch dezidiert von der Leistungspflicht der GKV ausgenommen.

Diese in hohem Maße unbefriedigende Situation hat dazu geführt, dass auch auf Betreiben Schleswig-Holsteins die 77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) am 17. und 18.06.2004 einstimmig beschlossen hat, dass der „Gemeinsame Bundesausschuss“ darauf hingewiesen werden soll, dass solche Beschlüsse für die Länder nicht akzeptabel und nicht bindend sind.

Im Schreiben der Vorsitzenden der GMK vom 23.08.2004 wird deutlich gemacht, dass der „Gemeinsame Bundesausschuss“ in letzter Zeit Beschlüsse gefasst hat, die der Aufnahme erwünschter neuer Leistungen in das Leistungsangebot der GKV dienen (Substitution), bei der Ausgestaltung jedoch Regelungen getroffen werden, die Kosten bei den Ländern verursachen (psychosoziale Begleitung). In seiner Antwort vom 04.10.2004 lässt der „Gemeinsame Bundesausschuss“ keinerlei Bereitschaft zu einer Aufnahme der psychosozialen Begleitung in den Leistungskatalog der GKV erkennen und beruft sich nur auf die Berücksichtigung

der in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung geforderten psychosozialen Maßnahmen.

- 7. Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass die gesetzliche Krankenversicherung ambulante Rehabilitationsangebote in der Suchthilfe finanziert, sofern die gesetzliche Rentenversicherung nicht zuständig ist. Dies gilt insbesondere für legale Suchtmittel wie Alkohol, Tabak und Medikamente, aber auch gerade für die Behandlung psychosozialer Erkrankungen mit Suchtcharakter wie Essstörungen, Kaufsucht, Spielsucht o.ä.**

Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass die Renten- und Krankenversicherungsträger sowie die Sozialhilfeträger die bedarfsgerechten Leistungen in der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker weiterhin sichern.

Die Zuständigkeit zwischen den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern und den Trägern der Krankenkassen wurde zuletzt in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001 festgelegt.

Diese „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ bezieht sich auf stoffgebundene Süchte, mit Ausnahme von Tabak. Für den Bereich des Suchtmittels Tabak gibt es noch keine festgeschriebene ambulante Rehabilitation. Die gesetzlichen Krankenversicherungen bieten hierfür Nichtrauchertrainingsprogramme an, die sie finanziell gemäß einer Regelvereinbarung mit bis zu 75 € unterstützen.

Für den Bereich der ambulanten Rehabilitation des pathologischen Spielens, das in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) unter Punkt F63 (Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) als eigenständige Krankheitsdiagnose aufgeführt ist, gibt es eine Vereinbarung mit den Rentenversicherungsträgern. Krankenkassen treten hier zurzeit noch nicht ein. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen zukünftig gemeinsame Empfehlungen auch für diesen Bereich mit den Rentenversicherungsträgern anstreben.

Die psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung psychosomatischer Erkrankungen und von Persönlichkeitsstörungen, die im Ursprung auch einen Suchtcharakter aufweisen können, wie z.B. Essstörungen, Kaufsucht und Ähnliches, wird von den Krankenkassen finanziert.

8. Geschlechtsspezifische und geschlechtergetrennte Angebote für Frauen und Männer müssen in allen Bereichen der Suchtkrankenhilfe als Bestandteil der Grundversorgung entwickelt und gesichert werden. Die Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben auf Landesebene sollen von einer Fachstelle übernommen werden.

In Forschung und Praxis hat sich in den vergangenen Jahren immer wieder die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Arbeit in der Suchtkrankenhilfe bestätigt. Geschlechtergetrennte Angebote für Frauen und Männer sind erforderlich, um den Unterschieden zwischen den Suchterkrankungen von Männern und Frauen, die sich auf Ursachen, Ausprägungen und Verläufe beziehen können, gerecht zu werden. Aufgrund von unterschiedlichen Sozialisationsformen und –wegen sind geschlechtsspezifische Thematiken in der Suchtberatung von Bedeutung und deren Behandlung in geschlechtergetrennten Angeboten ist notwendig. So ist zum Beispiel bekannt, dass bei Frauen häufig eine Suchterkrankung mit einer früheren Gewalterfahrung verbunden ist, während Gewaltverhalten von Männern häufig mit Alkoholmissbrauch einhergeht. Ein gesondertes Beratungs- und Therapieangebot ist hier erforderlich, um beiden Geschlechtergruppen einen Raum zu bieten, in dem diese Problematiken behandelt werden können.

Auch bei der Präventionsarbeit mit Jugendlichen ist der geschlechtssensible Ansatz von großer Bedeutung, da eine Auseinandersetzung mit der Geschlechterrolle in dieser Lebensphase besonders intensiv stattfindet.

Das häufig verwendete Argument, dass die Mehrzahl der Beschäftigten in der Suchtberatung weiblich sind (bundesweit geschätzte Zahlen: Anteil der weiblichen Beschäftigten: ca. 70 %, in Leitungsfunktionen: ca. 20 %) und damit frauengerechte Arbeit „automatisch“ stattfindet, kann ebenso wenig gelten wie die Aussage, dass männerspezifische Arbeit bereits dann stattfindet, wenn (zufällig)

alle Patienten männlich sind. Vielmehr ist eine Auseinandersetzung auf allen Ebenen mit den besonderen Ansprüchen der geschlechtsspezifischen Arbeit notwendig. Das beinhaltet auch eine verstärkte Selbstreflektion der Betreuerinnen und Betreuer hinsichtlich der eigenen Geschlechterrolle.

In Schleswig-Holstein bilden bisher die im Jahr 2002 veröffentlichten „Leitlinien für frauengerechte Angebote – Psychiatrie und Suchthilfe“ die Grundlage für geschlechtsspezifisches Arbeiten. Für den männerspezifischen Bereich werden diese Leitlinien soweit möglich analog angewendet. Bei den Konzeptionen von Einrichtungen und bei den Leistungsvereinbarungen zwischen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Einrichtungen wurde bereits in der Vergangenheit verstärkt auf die Verankerung der geschlechtsspezifischen Aspekte Wert gelegt. Dieses wird auch in Zukunft von großer Bedeutung sein, da sowohl im frauen- als auch im männerspezifischen Bereich die Angebote kaum oder in nicht ausreichendem Umfang vorhanden sind. Die Gründe dafür sind weniger in dem Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu suchen, als in der finanziellen Gesamtsituation der Einrichtungen, die es nur schwer ermöglicht, geschlechtsspezifische Angebote generell vorzuhalten. So können zum Beispiel Räume in Wohneinrichtungen, die für Frauen vorgesehen sind, nicht unbelegt bleiben, wenn ausschließlich Anträge von Männern vorliegen.

Als Beispiel für eine Einrichtung, die seit Jahren erfolgreiche frauenspezifische Arbeit in Schleswig-Holstein anbietet, kann die FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle in Kiel genannt werden. Die Einrichtung erprobt zudem zusammen mit der Stadtmission Kiel ein Kooperationsprojekt zur differenzierenden und gleichzeitigen Behandlung von Frauen und Männern bei inhaltlicher Kooperation.

Eine Fachstelle für Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben muss sowohl trägerübergreifend (horizontal) als auch fachgebietsübergreifend (vertikal) Kompetenzen bündeln. Die Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig Holstein (LSSH) wird auch in Zukunft diese Aufgaben wahrnehmen, da die dort etablierten Strukturen die Umsetzung dieser Aufgaben am effektivsten ermöglichen.

Die LSSH wird dabei mit ihren Mitgliedern (z. B. der FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle in Kiel) kooperieren. Unter anderem wird die Geschäftsführung des Arbeitskreises „Frau und Sucht“, der seit Jahren wichtige und qualitativ hochwertige Arbeit leistet, von einer Mitarbeiterin der LSSH wahrgenommen. Daneben wird darauf hingewirkt, dass bei der Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Schleswig-Holstein die Frage der Geschlechterdifferenzierung verstärkt beachtet wird.

9. Spezifische Fachkompetenz und AnsprechpartnerInnen für MigrantInnen in den Beratungsangeboten und ambulanten Angeboten sollen in allen Kreisen und kreisfreien Städten zu finden sein. Auch sind Land, Kommunen und Krankenkassen gemeinsam gefordert. Es muss in Zukunft die Berücksichtigung der besonderen Belange der MigrantInnen auch in der stationären und teilstationären Suchthilfe garantiert sein.

Der Umgang mit Migrantinnen und Migranten in der Suchthilfe gewinnt in Schleswig-Holstein zunehmend an Bedeutung.

Ambulante Hilfeangebote mit russischen und türkischen Sprachangeboten sind vorhanden und werden im Suchthilfeverzeichnis Schleswig-Holstein entsprechend ausgewiesen. Um jedoch den darüber hinausgehenden spezifischen migrationsbedingten Problemfeldern gerecht zu werden, bedarf es weitergehender Angebote.

Eine aktuelle Pilotstudie der LSSH, die sich mit deutsch-russischen Klientinnen und Klienten befasst, weist als Schwierigkeiten insbesondere aus:

- ein gegenüber deutschen Klientinnen und Klienten unterschiedliches Verständnis von Sucht und Therapie
- eine durch die Migration bedingte erhöhte psychische Belastung
- deutliche Schwierigkeiten, Zugang zu bestehenden Suchthilfeangeboten zu finden; die Gründe hierfür reichen von Unkenntnis bis Abwehrhaltung

- sprachliche Probleme verhindern sowohl Aufnahme von als auch Teilnahme an Therapie oder schränken diese zumindest ein.

Um den lebensweltbedingten Problemlagen von Migrantinnen und Migranten zu begegnen, wird ein Modellprojekt der „Ambulanten und Teilstationären Suchthilfe“ (ATS) in Bad Segeberg von der Landesregierung gefördert. Dort werden suchtmittelabhängige Spätaussiedler während ihrer Entgiftung im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling im Rahmen aufsuchender Sozialarbeit betreut, um durch eine möglichst frühzeitige Ansprache eine Überleitung in ein ambulantes Setting zu erreichen.

An einem weiteren Projekt, das von der Stiftung Jugendmarke gefördert wird, ist neben Standorten in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Brandenburg die Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Lübeck beteiligt. Das Projekt dient der Entwicklung eines Netzwerkes sowie einer prozessorientierten migrationssensiblen Konzeption für Suchtberatungsstellen zur Arbeit mit jungen Migrantinnen und Migranten. Es werden themenbezogene Kooperationen der Suchthilfe mit der Jugendhilfe, der Migrationssozialarbeit und jungen Migrantinnen und Migranten aufgebaut. Es ist beabsichtigt, interkulturelle Standards in ein lokales Gesamtkonzept für die Suchtprävention und –beratung als Versorgungsangebot für junge Migrantinnen und Migranten zu integrieren.

Das geforderte Ziel, dass spezifische Fachkompetenz und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Migrantinnen und Migranten in der ambulanten, teilstationären und stationären Suchtkrankenhilfe garantiert sind, ist landesweit nicht erreicht. Die Landesregierung wird sich weiterhin, auch in Gesprächen mit den Kommunen und Krankenkassen, dafür einsetzen, dass die Belange suchtkranker Migrantinnen und Migranten bedarfsgerecht berücksichtigt werden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungsstellen für diesen Personenkreis sollten auch im Hinblick auf suchtspezifische Beratung zusätzlich geschult werden. Eine angemessene Qualifizierung der Einrichtungen des Suchthilfesystems, die speziell für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten vorbereitet sein müs-

sen, wird angestrebt. Darüber hinaus werden in ausgewählten therapeutischen Einrichtungen (FK Bredstedt und FK Rickling) die Konzeptentwicklungen für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten weiter vorangetrieben. So ist der Einsatz muttersprachlicher Therapeutinnen und Therapeuten und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter durch suchthelfende Laien, die einen Migrationshintergrund mitbringen, zu ergänzen. Es wird darauf hingewiesen, dass derartige Aktivitäten insgesamt nicht an mangelndem Engagement, sondern oft an nicht vorhandenen Finanzmitteln scheitern.

Zurzeit werden die Problemlagen von Migrantinnen und Migranten in der Suchtprävention und Suchthilfe weiter von der LSSH analysiert, um für die Zielgruppe adäquate Angebote sinnvoll konzipieren zu können. Erste konkrete Ergebnisse werden von der LSSH voraussichtlich im Frühsommer 2005 vorgelegt.

Für das Jahr 2005 sind integrative Seminarangebote für Migrationsfachkräfte und Suchthilfekräfte durch die LSSH vorgesehen.

10. Die kommunalen Gesundheitsdienste müssen frühzeitig intervenieren können, wenn sie im Rahmen ihrer schulärztlichen Tätigkeiten auf Suchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen stoßen. Die Landesregierung wird aufgefordert, in Gesprächen mit den Kreisen und kreisfreien Städten darauf hinzuwirken, dass deren sozialpädiatrische Abteilungen ein entsprechendes Beratungsangebot für suchtgefährdete und abhängige Minderjährige und ihre Familien vorhalten.

Es wird davon ausgegangen, dass mit den sozialpädiatrischen Abteilungen der Kinder- und Jugendärztliche Dienst gemeint ist.

Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste an den Gesundheitsämtern schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie nehmen dazu insbesondere schulärztliche Aufgaben wahr, die in § 1 der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben (siehe Anlage 4) aufgeführt sind. Dies sind insbesondere die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs, Schuleingangsuntersuchungen, Impfungen und Impfdokumentation, zahnprophylaktische Maßnahmen und Gesundheitserziehung.

Darüber hinaus kann der Kinder- und Jugendärztliche Dienst auch mit anderen Tätigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. Eingliederungshilfegutachten für Kinder) betraut werden. Damit sind die Personalkapazitäten erschöpft.

Zur Zeit gibt es daher in keinem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (Sozialpädagogischen Dienst) in Schleswig-Holstein ein entsprechendes fachkompetentes Suchtberatungsangebot für Jugendliche. Wird bei der Beratung zur Gesundheits-erziehung bei Jugendlichen ein Suchtproblem vermutet oder festgestellt, besteht die Tätigkeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in der Koordination und der Vermittlung in das Hilfesystem. Eigene Angebote können auf Grund der Personalengpässe nicht gemacht werden, obwohl der Bedarf für ein solches Angebot zweifellos vorhanden ist, da bei der Untersuchung der Jugendlichen Suchtverhalten eine große Rolle spielt.

Die Landesregierung hat sich bisher darauf konzentriert, die Kompetenz der Schulen im Bereich Suchtintervention systematisch zu stärken. So bestehen in verschiedenen Kommunen zwischen Suchtberatungsstellen und Schulen besondere Kooperationsverhältnisse. Gleichwohl wird das Land trotz der geschilderten Personalengpässe mit den Kreisen und kreisfreien Städten die Möglichkeit des angeregten Beratungsangebotes prüfen.

11. Die operative Vernetzung und Kooperation von Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und kommunalen Gesundheitsdiensten muss deutlich verbessert und in den einzelnen Regionen institutionalisiert werden. Die Landesregierung wird aufgefordert, in Gesprächen mit den Kreisen darauf hinzuwirken, dass diese ihre Sucht- und Drogenhilfen, Jugendhilfeangebote und Gesundheitsdienste koordinieren und Kooperationen fördern.

Mitarbeitende in der Jugendhilfe sind genauso wie Eltern durch das Auftreten von Drogenkonsum bei Jugendlichen häufig verunsichert und reagieren unangemessen und überfordert auf den Gebrauch psychotroper Substanzen.

Die Landesregierung vertritt die Auffassung, dass Jugendlichen mit einer Suchtproblematik umfassend geholfen werden muss. Trägern von Suchtberatungsangeboten und den Leistungsanbietern im Bereich der Erziehungshilfe kommt dabei aus ihrer fachspezifischen Perspektive jeweils eine umfassende Aufgabenverantwortung zu, die dem informatorischen, interventiven und pädagogischen Bedarf gleichermaßen gerecht werden soll.

Nachdem in den vergangenen zwei Jahren durch themenübergreifende Landesfachtagungen ein Austausch zwischen den Professionen bereits mit Erfolg initiiert wurde, sollen weitere Schritte in Richtung einer Vertiefung der fachlichen Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe folgen. Über geeignete Qualifizierungsmaßnahmen sollen die Kernpunkte Sensibilisierung, Information, Vernetzung und pädagogisch-interventive Maßnahmen thematisiert werden. Zielgruppen sind neben den hauptamtlichen Fachkräften der Jugendhilfe längerfristig auch die mitbetroffenen Eltern.

Im Rahmen einer ganztägigen Informationsveranstaltung der LSSH ist vorgesehen, durch engagierte Träger der ambulanten Suchthilfe Grundlagenwissen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe anzubieten. Neue Entwicklungen in der Drogenarbeit, Wirkstoffe und deren Konsummuster sowie Fragen nach dem geeigneten Umgang mit der Thematik (z.B. in Wohngruppen) sollen vertieft werden. Aus dieser Fortbildung heraus sollen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der beiden Systeme für den weiteren Prozess gewonnen werden.

Die Landesregierung wird darüber hinaus gegenüber den kommunalen Arbeitskreisen Gemeindenahe Psychiatrie (Unterarbeitskreise „Sucht“) das Einbeziehen der Jugendhilfe bei Fragen der Suchtprävention und Suchthilfe für gefährdete und betroffene Kinder und Jugendliche anregen. Außerdem wird diese Thematik im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Jugendhilfekonferenzen für eine der nächsten Tagungen mit den Jugendamtsleitungen angemeldet, um ihre Bedeutung hervorzuheben und auf eine bessere Kooperation auf der örtlichen Ebene hinzuwirken.

12. Die Landesregierung wird aufgefordert, im Rahmen ihrer Förderung von Hilfen auch Folgendes zu unterstützen

- die Interessen der Angehörigen suchtkranker Menschen

Über die Dokumentation der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe HORIZONT liegen in dieser Form einmalig in der Bundesrepublik Daten auch über Angehörige vor. In den ambulanten Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems stellen die Angehörigen einen Anteil von 13 % aller namentlich erfassten Personen dar. Sie sind mit durchschnittlich 44,4 Jahren deutlich älter als die Klientinnen und Klienten. Zu $\frac{3}{4}$ handelt es sich dabei um Frauen, die aufgrund des Suchtproblems eines oder einer Angehörigen um Hilfe in einer Einrichtung nachsuchen.

Mit dem hohen Anteil von 13 % der Angehörigen an allen namentlich erfassten Personen wird deutlich, dass die Interessen der Angehörigen in dem bestehenden und auch mit Landesmitteln geförderten Suchthilfesystem schon jetzt breiten Raum finden.

Gerade bei einer Alkoholproblematik hat die besondere Förderung und Hilfe für Angehörige eine lange Tradition. Weit bevor Betroffene dazu überhaupt in der Lage sind, ein Hilfeangebot annehmen zu können, wenden sich häufig die Angehörigen an eine Suchtberatungsstelle, um in ihrer Ratlosigkeit, Verzweiflung und Überforderung Hilfe und Unterstützung zu suchen.

Außerdem gibt es in Schleswig-Holstein gegenwärtig 56 Selbsthilfegruppen für Angehörige, deren Partner, Kinder oder Eltern Suchtmittel konsumieren. Flächendeckend besteht somit für Angehörige Suchtkranker ein Gruppenhilfeangebot, das in der Regel durch die Beratungsstellen vermittelt wird. Die Landesregierung unterstützt mit ihren Zuwendungen die professionelle Suchthilfe bei ihrer Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

Die vier größten Selbsthilfeverbände führen mit Unterstützung von Land und Rentenversicherungsträgern im Jahr etwa 10 Seminare für Angehörige durch, die auf starkes Interesse stoßen und ein breites und alltagsbezogenes Themenspektrum abdecken.

- die Förderung von Selbsthilfegruppen im Bereich der Drogenhilfe

In dem Bewusstsein, dass Selbsthilfegruppen einen wesentlichen Baustein im Rahmen von Rehabilitation und Aufrechterhaltung einer abstinenten Lebensweise darstellen, fördert das Land die Landesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise, den Distrikt Schleswig-Holstein der Guttempler und den Landesverband Blaues Kreuz mit jährlich insgesamt 51.000,-- €. Darüber hinaus stellt das Land der LSSH weitere 15.000,-- € zur Förderung von Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Derzeit gibt es in Schleswig-Holstein insgesamt 427 Sucht-Selbsthilfegruppen.

Es hat sich herausgestellt, dass die Bildung und Aufrechterhaltung von Selbsthilfegruppen im Bereich illegaler Drogen schwieriger als im legalen Bereich ist. Trotz bestehender Fördermöglichkeiten haben sich nur in einigen Regionen mit starker Unterstützung der professionellen Drogenhilfe einzelne Gruppenangebote dauerhaft realisieren lassen.

Darüber hinaus besteht ein besonderes Angebot für Angehörige in Form von 12 Eltern- bzw. Angehörigenkreisen illegal Drogenabhängiger.

- die Kooperation der Suchthilfe mit Forschung und Lehre an den Universitäten des Landes

Einrichtungen der Universitäten in Kiel (Zentrum für Integrative Psychiatrie „ZIP“) und Lübeck (Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) sowie die Fachhochschule in Kiel sind Mit-

glieder der LSSH und an Projekten und Initiativen der Landesregierung durch eigene Beiträge und wissenschaftliche Begleitung beteiligt.

Die **Forschungsgruppe S:TEP** (Substanzmissbrauch: Therapie, Epidemiologie und Prävention) der **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck**, ist aktiver und enger Kooperationspartner bei der Umsetzung des **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein**. Im Zusammenhang mit dessen aktuellem Schwerpunkt wurden von der dortigen Forschungsgruppe auch zahlreiche Qualifizierungsseminare in Gesprächsführung für Akteure des Gesundheitswesens und professionelle Suchthilfe durchgeführt.

An der **Universität Flensburg** stellt das Thema Sucht, Sucht- und Risikoverhalten, Suchtprävention und Coabhängigkeit einen Teil des regelmäßigen Lehrangebots (mit Schwerpunkt im Jugendalter) dar. Dabei arbeitet die Universität Flensburg eng mit Einrichtungen und Experten der Suchthilfe zusammen, die immer wieder in entsprechende Seminare eingeladen werden, um ihre Erfahrungen und Kenntnisse aus der Praxis einzubringen. Weitergehende Aktivitäten erfolgen in Zusammenarbeit mit Schulen, in denen die Universität u.a. mit Studierenden Projektwochen zum Thema Sucht und Suchtprävention gestaltet hat. Dieses Thema ist also in der Lehre deutlich präsent, auch in der Ausbildung von Lehrkräften, die das Ergänzungsfach "Gesundheitsförderung in der Schule" wählen können (als optionales Fach).

In der **Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der CAU** wird der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in der Lehre und Ausbildung für Ökotrophologen vertreten. Dabei ergeben sich Berührungspunkte zur Ernährungstoxikologie. In beiden Bereichen wird auf die gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens und die Sinnhaftigkeit bzw. Inhalte stratifizierender Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung eingegangen. Die Bereiche sind vorrangig für den Master-Studiengang Ökotrophologie geeignet. Sie werden aber auch im Rahmen des Magisterstudienganges für Sportwissenschaftler angeboten und dort im Nebenfach gelehrt.

Zusätzlich zu dem Angebot der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät gibt es in der Medizinischen Fakultät einen Querschnittsbereich zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung, welcher sich ebenfalls mit der Prävention von Suchterkrankungen beschäftigt.

Das **Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung** in Kiel (IFT-Nord) betreut die Landeskampagne **NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN** und hat insbesondere den bundesweit viel beachteten Baustein „Prävention des Rauchens in schleswig-holsteinischen Zahnarztpraxen“ entwickelt, begleitet und evaluiert.

Schließlich ist Herr Professor Dr. Aldenhoff, der Geschäftsführer des ZIP und zugleich Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Kiel, ehrenamtlich 1. Vorsitzender der LSSH und damit in Konzeption, Planung und Ausrichtung der schleswig-holsteinischen Sucht- und Drogenpolitik an zentraler Stelle eingebunden.

- **die Ausrichtung der gemeinsamen Therapie von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten am Bedarf**

Die Landesregierung unterstützt Angebote, bei denen Kinder und Jugendliche gemeinsam mit ihren Eltern oder Erziehungsberechtigten therapeutische Hilfe erfahren können. Allerdings ist die Nachfrage schwankend und eher verhalten. Die Angst, das eigene Suchtverhalten insbesondere im Zusammenhang mit Sorgerechtsverpflichtungen zu offenbaren, ist besonders gegenüber öffentlichen Stellen ausgeprägt.

In der Vergangenheit mussten auch einzelne Projekte in ihrer Zielsetzung und Ausrichtung angepasst und korrigiert werden. Das „Kinderhaus“ in Sillerup zur gemeinsamen Therapie von Kindern und Eltern musste nach mehreren erfolglosen Anläufen wieder aufgegeben werden, da die Inanspruchnahme sehr gering war.

Gleichwohl sollen die Anstrengungen verstärkt werden, Familien systematisch gemeinsam therapeutisch zu unterstützen.

Im Rahmen eines langfristig angelegten Qualifizierungsprogramms will die LSSH ab 2005 modellhaft eine Weiterbildung zum systemischen Videoeinsatz anbieten, mit dessen Hilfe die Konflikte unmittelbar in der Familienbeziehung aufgegriffen werden können. Besonders für die vorgesehene Trainerausbildung ist ein fundiertes Wissen über Lern- und Entwicklungsprozesse an der Schnittstelle von pädagogischer und suchttherapeutischer Arbeit von Bedeutung.

Diese Methode ist gerade auch für die ambulante und begleitende Unterstützung von Erziehenden und ihren Kindern bei Suchtmittelauffälligkeiten geeignet.

- **die Berücksichtigung von Suchtprävention und Gewaltprävention in der Ausbildung von Erzieherinnen/Erziehern, Lehrkräften und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen**

Das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur (MBWFK) hat einen neuen Lehrplan für die Ausbildung an den Fachschulen für Sozialpädagogik veröffentlicht. Die Ausbildung soll die angehenden Erzieherinnen und Erzieher befähigen, selbständig und eigenverantwortlich Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsaufgaben zu übernehmen und in allen sozialpädagogischen Bereichen als Erzieherin oder Erzieher tätig sein zu können. Als Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen hat im Rahmen der Ausbildung auch die Förderung der Selbständigkeit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine größere Bedeutung erhalten und in diesem Zusammenhang ist der Anteil an beratender Tätigkeit ebenso gestiegen wie die Bemühungen um die soziale, schulische oder berufliche Integration.

Die Arbeit in ambulanten Maßnahmen der Erziehungshilfe erfordert von den dort tätigen Erzieherinnen und Erziehern die Fähigkeit, die pädagogischen In-

terventionen in den unterschiedlichen Lebensräumen der Kinder und Jugendlichen zu vernetzen.

Um diese Anforderungen adäquat erfüllen zu können, ist im Rahmen der Ausbildung auch die Befassung mit dem Themenfeld „Sucht und Suchtprävention“ verbindlich vorgesehen. Dies erfolgt insbesondere im Lernbereich „Ökologie und Gesundheit“, aber auch im Lernbereich „Sozialpädagogische Theorie und Praxis“, in dem außerdem auch Gewaltprävention thematisiert wird.

Angehende Erzieherinnen und Erzieher können im Rahmen ihrer Ausbildung einen individuellen Vertiefungsschwerpunkt in der Gesundheitsförderung setzen und einen Teil der verbindlichen Praxiswochen im Arbeitsfeld „Einrichtungen der Gesundheitsförderung“ ableisten (etwa in Fachkliniken, Suchtberatungs- oder Suchtpräventionseinrichtungen).

Die **Fachhochschule Kiel** integriert Suchtprävention an verschiedenen Stellen im Studiengang „Sozialwesen“. So wird die Thematik im Fach „Sozialmedizin“ im Grundstudium behandelt. „Abhängigkeit und Sucht“ ist im Studiengang „Sozialwesen“ eine Vertiefung im Schwerpunkt „Rehabilitations- und Gesundheitswesen“, in dem sich die Studierenden prüfen lassen können.

Gerade auch durch die institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen der Fachhochschule Kiel und der LSSH hat die Suchtarbeit im Rahmen der Ausbildung von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Schleswig-Holstein einen hohen Stellenwert. Ein umfassender Praktikantinnen- und Praktikantenservice und die enge Kooperation mit den Praxisfeldern der Suchtarbeit tragen dazu bei.

Im Jahr 2004 haben die LSSH 12 Praktikantinnen und Praktikanten der Fachhochschule und die KOSS 6 Praktikantinnen der Pädagogischen Fakultät der Universität Kiel in die Arbeitsfelder der Suchthilfe und der schulischen wie außerschulischen Prävention eingeführt.

Für Suchtpräventionskräfte wird jährlich wiederkehrend ein mehrtägiges Seminar „Gewaltprävention für Suchtpräventionskräfte“ in Zusammenarbeit mit der LSSH und der Aktion Kinder- und Jugendschutz aus Projektmitteln des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gefördert, um Kompetenzen zu erweitern und unterschiedliche Präventionsansätze im eigenen Arbeitsfeld zu koordinieren.

Sucht- und Gewaltprävention werden in der zweiten Phase der Lehrerinnen- und Lehrerausbildung ebenfalls bereits seit langem berücksichtigt.

Anlage 1

Klasse2000

Klasse2000 in den Bundesländern (2003/04)

Stand: 30.06.04

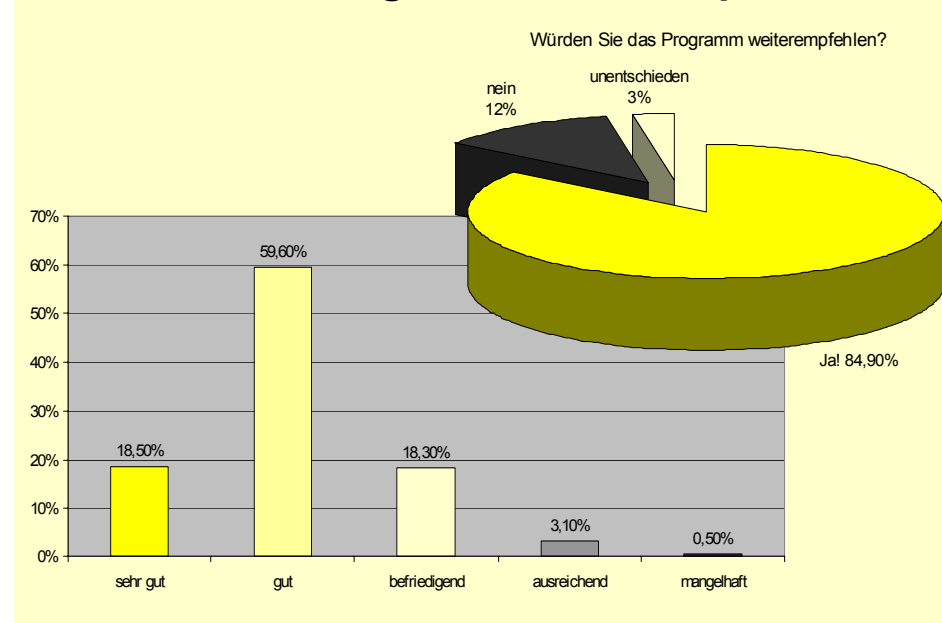
	1. Klasse		2. Klasse		3. Klasse		4. Klasse		Insgesamt	
	Klassen	Schüler	Klassen	Schüler	Klassen	Schüler	Klassen	Schüler	Klassen	Schüler
Baden-Württemberg	217	5.359	229	5.623	193	4.825	174	4.401	813	20.208
Bayern	428	10.502	348	8.578	332	8.377	503	12.844	1.611	40.301
Berlin	69	1.688	78	1.859	43	1.075	39	1.009	229	5.631
Brandenburg	7	186	8	174	14	333	11	274	40	967
Bremen	8	200	1	26	4	99	9	246	22	571
Hamburg	17	437	15	379	11	296	8	200	51	1.312
Hessen	275	6.524	258	5.978	219	5.124	123	2.887	875	20.513
Mecklenburg-Vorp.	2	51	4	89	6	133	6	125	18	398
Niedersachsen	374	8.499	377	8.511	312	7.228	233	5.537	1.296	29.775
Nordrhein-Westfalen	200	5.024	134	3.398	113	2.808	40	998	487	12.228
Rheinland-Pfalz	121	2.929	91	2.173	85	2.100	42	1.000	339	8.202
Saarland	91	2.019	70	1.534	52	1.152	31	707	244	5.412
Sachsen	17	360	11	243	17	442	9	174	54	1.219
Sachsen-Anhalt	1	33							1	33
Schleswig-Holstein	174	4.063	123	2.776	75	1.754	25	561	397	9.154
Thüringen	16	323	32	677	11	221	9	170	68	1.391
Insgesamt	2.017	48.197	1.779	42.018	1.487	35.967	1.262	31.133	6.545	157.315



© 2004 Verein Programm Klasse2000 e.V.

Klasse2000

**Wie gefällt Ihnen das Konzept insgesamt?
Würden Sie das Programm weiterempfehlen?**



Lehrerbefragung 3. Klasse SJ 03/04; n = 438; Rückl.: 29,4 %



© 2004 Verein Programm Klasse2000 e.V.

Anlage 2

***Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
(Betäubungsmittelgesetz - BtMG)*****in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358)****- Auszug -*****Sechster Abschnitt
Straftaten und Ordnungswidrigkeiten - Auszug -*****§ 31a Absehen von der Verfolgung**

(1) Hat das Verfahren ein Vergehen nach § 29 Abs. 1, 2 oder 4 zum Gegenstand, so kann die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung absehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt. Von der Verfolgung soll abgesehen werden, wenn der Täter in einem Drogenkonsumraum Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch, der nach § 10a geduldet werden kann, in geringer Menge besitzt, ohne zugleich im Besitz einer schriftlichen Erlaubnis für den Erwerb zu sein.

(2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht in jeder Lage des Verfahrens unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft und des Angeschuldigten das Verfahren einstellen. Der Zustimmung des Angeschuldigten bedarf es nicht, wenn die Hauptverhandlung aus den in § 205 der Strafprozeßordnung angeführten Gründen nicht durchgeführt werden kann oder in den Fällen des § 231 Abs. 2 der Strafprozeßordnung und der §§ 232 und 233 der Strafprozeßordnung in seiner Abwesenheit durchgeführt wird. Die Entscheidung ergeht durch Beschluß. Der Beschluß ist nicht anfechtbar.

***Siebenter Abschnitt
Betäubungsmittelabhängige Straftäter*****§ 35 Zurückstellung der Strafvollstreckung**

(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.

(2) Gegen die Verweigerung der Zustimmung durch das Gericht des ersten Rechtszuges steht der Vollstreckungsbehörde die Beschwerde nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Buches

der Strafprozeßordnung zu. Der Verurteilte kann die Verweigerung dieser Zustimmung nur zusammen mit der Ablehnung der Zurückstellung durch die Vollstreckungsbehörde nach den §§ 23 bis 30 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz anfechten. Das Oberlandesgericht entscheidet in diesem Falle auch über die Verweigerung der Zustimmung; es kann die Zustimmung selbst erteilen.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt worden ist oder
2. auf eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren erkannt worden ist und ein zu vollstreckender Rest der Freiheitsstrafe oder der Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt

und im übrigen die Voraussetzungen des Absatzes 1 für den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten erfüllt sind.

(4) Der Verurteilte ist verpflichtet, zu Zeitpunkten, die die Vollstreckungsbehörde festsetzt, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen; die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.

(5) Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird und nicht zu erwarten ist, daß der Verurteilte eine Behandlung derselben Art alsbald beginnt oder wieder aufnimmt, oder wenn der Verurteilte den nach Absatz 4 geforderten Nachweis nicht erbringt. Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn der Verurteilte nachträglich nachweist, daß er sich in Behandlung befindet. Ein Widerruf nach Satz 1 steht einer erneuten Zurückstellung der Vollstreckung nicht entgegen.

(6) Die Zurückstellung der Vollstreckung wird auch widerrufen, wenn

1. bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 3 zurückgestellt wird oder
2. eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.

(7) Hat die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung widerrufen, so ist sie befugt, zur Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt einen Haftbefehl zu erlassen. Gegen den Widerruf kann die Entscheidung des Gerichts des ersten Rechtszuges herbeigeführt werden. Der Fortgang der Vollstreckung wird durch die Anrufung des Gerichts nicht gehemmt. § 462 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

§ 36 Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung

(1) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln lassen, so wird die vom Verurteilten nachgewiesene Zeit seines Aufenthaltes in dieser Einrichtung auf die Strafe angerechnet, bis infolge der Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt sind. Die Entscheidung über die Anrechnungsfähigkeit

trifft das Gericht zugleich mit der Zustimmung nach § 35 Abs. 1. Sind durch die Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt oder ist eine Behandlung in der Einrichtung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Restes der Strafe zur Bewährung aus, sobald dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.

(2) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte einer anderen als der in Absatz 1 bezeichneten Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder des Strafrestes zur Bewährung aus, sobald dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.

(3) Hat sich der Verurteilte nach der Tat einer Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so kann das Gericht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht vorliegen, anordnen, daß die Zeit der Behandlung ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet wird, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an den Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist.

(4) Die §§ 56a bis 56g des Strafgesetzbuches gelten entsprechend.

(5) Die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 trifft das Gericht des ersten Rechtszuges ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Vollstreckungsbehörde, der Verurteilte und die behandelnden Personen oder Einrichtungen sind zu hören. Gegen die Entscheidungen ist sofortige Beschwerde möglich. Für die Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 3 und nach Absatz 2 gilt § 454 Abs. 4 der Strafprozeßordnung entsprechend; die Belehrung über die Aussetzung des Strafrestes erteilt das Gericht.

§ 37 Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage

(1) Steht ein Beschuldigter in Verdacht, eine Straftat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen zu haben, und ist keine höhere Strafe als eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu erwarten, so kann die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts vorläufig von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen, wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich wegen seiner Abhängigkeit der in § 35 Abs. 1 bezeichneten Behandlung unterzieht, und seine Resozialisierung zu erwarten ist. Die Staatsanwaltschaft setzt Zeitpunkte fest, zu denen der Beschuldigte die Fortdauer der Behandlung nachzuweisen hat. Das Verfahren wird fortgesetzt, wenn

1. die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgesehenen Abschluß fortgeführt wird,
2. der Beschuldigte den nach Satz 2 geforderten Nachweis nicht führt,
3. der Beschuldigte eine Straftat begeht und dadurch zeigt, daß die Erwartung, die dem Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage zugrunde lag, sich nicht erfüllt hat, oder
4. auf Grund neuer Tatsachen oder Beweismittel eine Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren zu erwarten ist.

In den Fällen des Satzes 3 Nr. 1, 2 kann von der Fortsetzung des Verfahrens abgesehen werden, wenn der Beschuldigte nachträglich nachweist, daß er sich weiter in Behandlung befin-

det. Die Tat kann nicht mehr verfolgt werden, wenn das Verfahren nicht innerhalb von zwei Jahren fortgesetzt wird.

(2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft das Verfahren bis zum Ende der Hauptverhandlung, in der die tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden können, vorläufig einstellen. Die Entscheidung ergeht durch unanfechtbaren Beschluß. Absatz 1 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Unanfechtbar ist auch eine Feststellung, daß das Verfahren nicht fortgesetzt wird (Abs. 1 Satz 5).

(3) Die in § 172 Abs. 2 Satz 3, § 396 Abs. 3 und § 467 Abs. 5 der Strafprozeßordnung zu § 153a der Strafprozeßordnung getroffenen Regelungen gelten entsprechend.

§ 38 Jugendliche und Heranwachsende

(1) Bei Verurteilung zu Jugendstrafe gelten die §§ 35 und 36 sinngemäß. Neben der Zusage des Jugendlichen nach § 35 Abs. 1 Satz 1 bedarf es auch der Einwilligung des Erziehungsberechtigten und des gesetzlichen Vertreters. Im Falle des § 35 Abs. 7 Satz 2 findet § 83 Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 Satz 2 des Jugendgerichtsgesetzes sinngemäß Anwendung. Abweichend von § 36 Abs. 4 gelten die §§ 22 bis 26a des Jugendgerichtsgesetzes entsprechend. Für die Entscheidungen nach § 36 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 sind neben § 454 Abs. 4 der Strafprozeßordnung die §§ 58, 59 Abs. 2 bis 4 und § 60 des Jugendgerichtsgesetzes ergänzend anzuwenden.

(2) § 37 gilt sinngemäß auch für Jugendliche und Heranwachsende.

Anlage 3

Gemeinsame Richtlinie zur Umsetzung des § 31 a BtMG

Gl.-Nr.:

4500.5

Fundstelle: Amtsbl. Schl.-H. 1993 S. 675

Bekanntmachung des Justizministers, des Innenministers, des Ministers für Arbeit und Soziales, Jugend, Gesundheit und Energie, der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport und der Frauenministerin vom 13. Mai 1993 - V 310/4061 - 75 c SH -

Änderungen und Ergänzungen:

1. geänd. Gemeinsamer Erl. vom 26.5.1999 - II 304/4061 - 75c SH - (Amtsbl. S. 256)

I.

Vorbemerkung

Mit der Vorschrift des § 31 a des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) verfolgt der Gesetzgeber den Zweck, die Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden bei bloßen Konsumverhaltensweisen zurückzunehmen. Die Bestimmung soll ferner der einheitlichen Handhabung der Konsumverhaltensweisen durch die Strafverfolgungsbehörden dienen. Konsumverhaltensweisen sind gesetzlich beschrieben als Anbau, Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr, Durchfuhr, Erwerb, Verschaffen in sonstiger Weise oder Besitz, sofern sie lediglich dem Eigenverbrauch in geringerer Menge dienen.

II.

Allgemeiner Teil

Zur Umsetzung des § 31 a BtMG hat der Justizminister gemeinsam mit dem Innenminister, dem Minister für Arbeit und Soziales, Jugend, Gesundheit und Energie, der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport und der Frauenministerin nachfolgende Grundsätze für die Strafverfolgungsbehörden aufgestellt. Er hat sich dabei von folgenden Erwägungen leiten lassen:

Das Betäubungsmittelstrafrecht schützt in erster Linie die öffentliche Gesundheit. Dieses Rechtsgut ist in besonderem Maße bedroht durch Betäubungsmittel mit einem hohen Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiko. Es ist um so stärker gefährdet, je größer die angetroffene Menge des unerlaubten Betäubungsmittels, und damit die Gefahr der Weitergabe an Dritte, ist. Auch bloße Konsumverhaltensweisen sind aber im Lichte des Jugendschutzes, insbesondere der Gefährdung der Persönlichkeitsausreifung und sozialen Einordnung zu bewerten. Dem Betäubungsmittelstrafrecht wohnt der Grundsatz "Hilfe vor Strafe" inne. Es ist deshalb geboten, Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden auf ein Mindestmaß zurückzunehmen, wenn der Anfangsverdacht über bloße Konsumverhaltensweisen nicht hinausgeht. Dadurch werden die Kapazitäten der Strafverfolgungsbehörden auf den Rauschgifthandel konzentriert.

III. Besonderer Teil

Im Einzelnen gelten folgende Grundsätze:

Die Staatsanwaltschaft sieht in der Regel - auch in Wiederholungsfällen - von der Verfolgung ab, wenn sich Anbau, Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr, Durchfuhr, Erwerb, Verschaffen in sonstiger Weise oder Besitz bezieht lediglich auf

- Cannabisprodukte (außer Haschischöl) von nicht mehr als 30 Gramm (Bruttogewicht),
- Kokain und Amphetamine von nicht mehr als 3 Gramm (Bruttogewicht),
- Heroin von nicht mehr als 1 Gramm (Bruttogewicht).

Die Polizei führt in diesen Fällen auf der sachbearbeitenden Dienststelle eine Wägung und einen Vortest durch, fertigt eine Strafanzeige und vernimmt die beschuldigte Person kurz zur Konsumverhaltensweise und zur Herkunft des Betäubungsmittels. Die Polizei stellt das Betäubungsmittel sowie die Konsumutensilien sicher bzw. beschlagnahmt diese. Auf Zeugenvernehmungen und weitere Ermittlungsmaßnahmen, auch weitergehende kriminaltechnische Untersuchungen, wird im Hinblick auf ihre bzw. seine Konsumverhaltensweise verzichtet. Das gilt auch, wenn die beschuldigte Person die Herkunft des Betäubungsmittels nicht preisgibt. Abschließend führt die Polizei, eine Klärung über den Verzicht auf die Rückgabe sichergestellter Gegenstände, insbesondere der Konsumutensilien, herbei und übersendet den Vorgang unverzüglich der Staatsanwaltschaft.

Bei anderen unerlaubten Betäubungsmitteln entscheidet die Staatsanwaltschaft nach Maßgabe der vorstehenden Erwägungen.

Die vorstehenden Grundsätze gelten nicht, wenn, obschon lediglich eine Bruttomenge von bis zu 30 Gramm Cannabis bzw. 3 Gramm Kokain oder Amphetamine oder 1 Gramm Heroin betroffen, zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die angetroffene Menge nicht dem Eigenkonsum dienen soll oder aber der Umgang mit den Betäubungsmitteln eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen, bei Heroin auch Heranwachsender, besorgen läßt. Das wiederholte Antreffen mit unerlaubten Betäubungsmitteln kann ein Anhaltspunkt für fremdgefährdendes Verhalten sein.

Für Jugendliche und Heranwachsende gelten die Richtlinien zur Förderung der Diversion bei jugendlichen und heranwachsenden Beschuldigten (Gemeinsamer Erlaß des Ministeriums für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten, des Innenministeriums und des Ministeriums für Frauen, Jugend, Wohnungs- und Städtebau vom 24. Juni 1998 - Amtsbl. Schl.-H. S. 389). Danach hat bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 31 a BtMG diese Vorschrift Vorrang vor § 45 JGG; im übrigen bleiben jedoch die weitergehenden Einstellungsmöglichkeiten nach § 45 JGG unberührt.

Die vorstehenden Grundsätze gelten auch für Konsumverhaltensweisen von Gefangenen im Strafvollzug.

IV.
Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 13. Mai 1993 in Kraft.

Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben

vom 7. März 2003 (NBl.MBWFK.Schl.-H.2003, S. 89)

Auf Grund des [§ 121](#) Abs. 2 Nr. 1 und 8 des Schulgesetzes (SchulG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. August 1990 (GVOBl. Schl.-H. S. 451), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2001(GVOBl. Schl.-H. S. 365), verordnet das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur:

§ 1

Aufgaben

(1) Zu den von den Kreisen und kreisfreien Städten wahrzunehmenden schulärztlichen Aufgaben gehören insbesondere folgende Maßnahmen:

1. Mitwirkung bei der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs, bei der vorzeitigen Einschulung ([§ 42](#) Abs. 2 SchulG) und bei der Zurückstellung vom Schulbesuch ([§ 42](#) Abs. 3 SchulG),
2. Untersuchungen und Beratungen nach dieser Verordnung,
3. Impfungen und Impfdokumentationen sowie Aufklärung über die Prävention übertragbarer Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz,
4. Belehrungen und Bescheinigungen der Kreise und kreisfreien Städte nach dem Infektionsschutzgesetz,
5. Sicherstellung der Durchführung der Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) nach § 7 Abs. 2 des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG) vom 14. Dezember 2001 (GVOBl. Schl.-H. S. 398),
6. Mitwirkung bei Maßnahmen nach [§ 36](#) Abs. 1 SchulG zur Aufrechterhaltung der Ordnung an der Schule in gesundheitlicher und hygienischer Hinsicht,
7. Mitwirkung und Beratung in der Gesundheitserziehung.

(2) Soweit für schulische Entscheidungen und Maßnahmen gesundheitliche Belange der Schülerin oder des Schülers bedeutsam sind, haben die Kreise und kreisfreien Städte auf Anforderung der Schule die Untersuchungen durchzuführen und die für den Einzelfall notwendigen Angaben zu machen.

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte haben mit anderen Einrichtungen, in denen auf medizinischem, pädagogischem, gesundheitserzieherischem, psychologischem oder sozialem Gebiet gearbeitet wird, zusammenzuarbeiten.

§ 2

Untersuchungen

(1) Schülerinnen und Schüler an öffentlichen Schulen sind verpflichtet, sich vor Beginn des Besuchs der Grundschule schulärztlich untersuchen zu lassen.

Die Anwesenheit eines Elternteiles oder einer von ihm beauftragten Person bei der Untersuchung ist erforderlich.

(2) Bei der Wahl des Faches Sport als Leistungsfach sind Schülerinnen und Schüler verpflichtet, sich vor Beginn des Leistungskurses schulärztlich untersuchen zu lassen. Die Schule ist darüber zu unterrichten, ob die Schülerin oder der Schüler gesundheitlich für die vorgesehenen Sportarten geeignet ist.

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte haben den Schulen eine Untersuchung der Schülerinnen und Schüler der 8. Klassenstufe als freiwillige Untersuchung anzubieten.

(4) Schule und Eltern sind über das Ergebnis der Untersuchungen, insbesondere über festgestellte Auffälligkeiten sowie über erforderliche Maßnahmen, zu unterrichten.

§ 3

Beratung, Gesundheitserziehung

(1) Über die Untersuchungen nach § 2 hinaus haben die Kreise und kreisfreien Städte den Schulen Angebote zur individuellen Beratung der Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer und der Eltern sowie zur Verbesserung der Gesundheitserziehung zu machen.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte haben die in dieser Verordnung vorgesehenen Untersuchungen und Angebote auch den Schülerinnen und Schülern an Schulen in freier Trägerschaft anzubieten.

§ 4

Unterrichtsversäumnis und Beurlaubung vom Unterricht

(1) Die Schule kann eine ärztliche Bescheinigung verlangen, wenn Schülerinnen oder Schüler

1. an drei oder mehr aufeinander folgenden Schultagen, bei Teilzeit an zwei aufeinander folgenden Schultagen, ganz oder teilweise wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Schwangerschaftsbeschwerden nicht am Unterricht teilnehmen,

2. wegen einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen beurlaubt werden sollen,

3. ganz oder teilweise vom Schulsport befreit werden sollen oder wiederholt in kurzen Abständen krankheitsbedingt nicht teilnehmen.

Die ärztliche Bescheinigung soll die voraussichtliche Dauer der Beeinträchtigung angeben. Im Falle einer teilweisen Befreiung nach Nummer 3 soll eine Aussage über die ärztlich vertretbaren Belastungen getroffen werden.

Die Schule kann in begründeten Fällen die Vorlage einer schulärztlichen Bescheinigung verlangen.

(2) Die Schule kann in begründeten Fällen anordnen, dass bereits ab dem ersten Schultag, an dem die Schülerin oder der Schüler aus gesundheitlichen Gründen nicht

am Unterricht teilnimmt, eine ärztliche oder schulärztliche Bescheinigung vorzulegen ist.

§ 5

Verfahren

(1) Für jede oder jeden erstmals vom Schularzt erfasste Schülerin oder erfassten Schüler ist ein landeseinheitlicher Schülersgesundheitsbogen anzulegen. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz legt in Abstimmung mit den Kreisen und kreisfreien Städten fest, welche Daten diese zum Zwecke der Maßnahmen nach dieser Verordnung erheben, speichern und verarbeiten. Sie speichern die Schülersgesundheitsbögen und führen die entsprechenden Dateien sowie die Dateien zu § 1 Abs. 1 Nr. 5. Die Schule hat den Kreisen und kreisfreien Städten die personenbezogenen Grunddaten über die Schülerinnen und Schüler aus dem Schülerverzeichnis mitzuteilen, sowie ggf. einen Schulwechsel anzuzeigen.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte legen die Untersuchungs- und Beratungstermine im Einverständnis mit der Schule fest. Die Schülerinnen und Schüler und deren Eltern (§ 2 Abs. 5 SchulG) sind rechtzeitig über den Zeitpunkt, den Ort sowie den Zweck der schulärztlichen Maßnahmen zu unterrichten.

(3) Die Übermittlung personenbezogener Daten im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten und anderen Einrichtungen nach § 1 Abs. 3 ist nur mit Einwilligung zulässig.

(4) Daten, die zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz in Verbindung mit der Untersuchung nach § 2 Abs. 1 zusätzlich erhoben werden sollen, sind als freiwillige Angaben zu kennzeichnen und dürfen nur mit der Einwilligung der Eltern erhoben werden. Sie dürfen nur in anonymisierter Form an die nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz zuständigen Stellen übermittelt werden.

§ 6

Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben vom [26. Juni 1981](#) (GVOBl. Schl.-H. S. 123, NBl. KM Schl.-H. S. 199) außer Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 7. März 2003

Ute Erdsiek-Rave
Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur