

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung über die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und die Ausführung des Aktionsprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs

Gliederung

	Seite
A. Berichtsauftrag des Deutschen Bundestages an die Bundesregierung .	3
I. Der Beschluß des Deutschen Bundestages	3
II. Ziele, Schwerpunkte und Aufbau des Berichts	3
B. Die gegenwärtige Mißbrauchs-Situation	4
I. Die Gesamtzahl der Gefährdeten und Abhängigen	4
II. Mißbrauchsverhalten als psychosoziales Problem	5
III. Gesundheitliche Aufklärung und Prävention	6
IV. Psychosoziale Beratung	7
V. Behandlung (Entzug und Entwöhnung)	7
VI. Nachsorge: Selbsthilfe und berufliche Rehabilitation	8
VII. Die Mitarbeiter in der Suchtkrankenarbeit	9
VIII. Erfolg der Suchtkrankentherapie	10
IX. Kostenprobleme im Suchtbereich	11
X. Forschungs-Dokumentation und Informationsaustausch	12

	Seite
C. Mißbrauchsstoffe und -formen	13
I. Alkoholmißbrauch (Aktionsprogramm Alkohol)	13
1. Allgemeine Zusammenhänge	13
2. Einschränkung der freien Verfügbarkeit	13
3. Der soziale Rang des Alkoholtrinkens	13
4. Alkoholwerbung	14
5. Preise nichtalkoholischer Getränke	15
6. Alkohol im Betrieb	15
7. Alkohol in der Bundeswehr	16
8. Alkohol und Straßenverkehr	17
II. Konsum illegaler Drogen (Aktionsprogramm Drogen)	17
1. Allgemeine Zusammenhänge	17
2. Einzelzahlen zum Mißbrauch	18
3. Die Drogentodesfälle	18
4. Maßnahmen im nationalen Bereich	19
5. Maßnahmen im internationalen und europäischen Bereich ...	20
a) Bilaterale Zusammenarbeit	20
b) Europäische Zusammenarbeit	21
c) Zusammenarbeit in der UNO	22
6. Sonderprobleme der Behandlung Drogenabhängiger	23
a) Das Kokain-Problem	23
b) AIDS-Gefährdung Drogenabhängiger	24
c) Die Methadon-Frage	24
7. Das Betäubungsmittelgesetz	25
a) Betäubungsmittelabhängige Straftäter	25
b) Die Kronzeugen-Regelung	25
c) Die verwaltungsrechtliche Durchführung	26
8. Das Modellprogramm ASS	26
III. Medikamentenmißbrauch	27
1. Verfügbare Zahlen zum Mißbrauch	27
2. Arzneimittelgruppen mit Mißbrauchspotential	28
3. Besonders gefährdete Personengruppen	28
4. Gegenmaßnahmen	28
IV. Mißbrauch chemischer Lösungsmittel	29
1. Erscheinungsbild und Zahlen	29
2. Maßnahmen der Bekämpfung	29
V. Rauchen und Tabakmißbrauch	30
1. Abhängigkeit bzw. Gewöhnung	30
2. Psychosoziale Zusammenhänge	31

A. Berichtsauftrag des Deutschen Bundestages an die Bundesregierung

I. Der Beschluß des Deutschen Bundestages

Anläßlich der Beratung des Berichts der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts (Drucksache 10/843) hat der Deutsche Bundestag in seiner 148. Sitzung am 26. Juni 1985 mit großer Mehrheit die Beschlußempfehlung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit vom 21. Juni (Drucksache 10/3540) angenommen. In Abschnitt I der Beschlußempfehlung gibt das Parlament seiner Überzeugung Ausdruck, daß durch eine weitere konsequente Umsetzung des Betäubungsmittelgesetzes die Bekämpfung des illegalen Drogenangebots und des Mißbrauchs von Drogen noch wesentlich verbessert werden könne. Zugleich begrüßt er die vom Bundeskanzler auf dem Weltwirtschaftsgipfel im Mai 1985 ergriffene Initiative zur weltweiten Bekämpfung des illegalen Drogenanbaus und -handels. In Abschnitt II der Beschlußempfehlung schlägt der Deutsche Bundestag im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs einen Katalog von neun Maßnahmen vor, die ebenfalls die Angebots- und die Nachfrageseite, insbesondere die Betäubungsmittel-Rechtsprechung und das Therapieangebot, betreffen. In Abschnitt III schließlich bittet der Deutsche Bundestag die Bundesregierung, ihn über

- die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und
- die Ausführung des Aktionsprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs

zu unterrichten.

Über den Betäubungsmittel- und Arzneimittelbereich sowie die Alkoholproblematik hinaus bezieht der Bericht des Ausschusses auch den Mißbrauch sog. Schnüffelfstoffe mit in seinen Auftrag ein. Er betont, die Unterrichtung durch die Bundesregierung solle sich nicht auf eine Übersicht über die Mißbrauchssituation beschränken, sondern auch Handlungsbedarf und Prioritäten aufzeigen. Der Auftrag zur Unterrichtung ist erkennbar nicht im Sinne eines Detail-Berichts über den gesamten Suchtbereich — auch nicht zu jedem Einzelpunkt der genannten Aktionsprogramme — zu verstehen. Vielmehr soll er knapp und unter Beschränkung auf das Wesentliche über die Grundzüge der aktuellen Situation, die wichtigsten Trends und die vorrangigsten künftigen Maßnahmen orientieren.

Der Berichtsauftrag bietet Gelegenheit, auch vom Parlament nicht ausdrücklich erwähnte Punkte anzusprechen und hervorzuheben, die aus der Sicht

der Bundesregierung — aber auch der Länder und Verbände — von besonderer Wichtigkeit sind und dem Deutschen Bundestag nahegebracht werden sollten.

II. Ziele, Schwerpunkte und Aufbau des Berichts

Ziel der vorgelegten Unterrichtung ist es, den Deutschen Bundestag — über den Betäubungsmittelbereich, den Anlaß des Auftrags, hinaus — über die gegenwärtige Situation des Mißbrauchsverhaltens zu informieren; dies erfordert ein Eingehen auf alle wesentlichen Stoffe und Formen des Mißbrauchs. Darin liegt der Grund, warum der Bericht den Tabakmißbrauch nicht ausklammert, obwohl dieser im Auftrag nicht ausdrücklich erwähnt worden ist. Das gleiche gilt für andere, neue und noch umstrittene Arten mißbräuchlichen Verhaltens, auf die zur Abrundung und Abgrenzung der Problematik einzugehen ist.

Schwerpunkte der Unterrichtung sollen auftragsgemäß die Mißbrauchssituation in den Bereichen der illegalen Drogen und des Alkohols sein — dies schon deshalb, weil hierzu je ein Aktionsprogramm vorliegt, über dessen Ausführung zu berichten ist. Wenn die Beschlußempfehlung ausdrücklich auch nur das den Alkoholmißbrauch betreffende Programm zum Gegenstand der Unterrichtung macht, so hat der Ausschuß doch ergänzend zum Ausdruck gebracht, er wolle auch über die Durchführung des Drogen-Aktionsprogramms unterrichtet werden. Demgegenüber wird in dem vorliegenden Bericht der Mißbrauch von Medikamenten — auch von Schnüffelfstoffen — nach Umfang und Gewicht zurücktreten; Ähnliches gilt für den Tabakmißbrauch.

Der Bericht erhält seinen Charakter vor allem von der Bitte des Deutschen Bundestages, über die gegenwärtige Mißbrauchssituation unterrichtet zu werden; d. h. er beschreibt vor allem den aktuellen Stand. Auch soweit es darum geht, über die Durchführung der beiden Aktionsprogramme zur Bekämpfung des Alkohol- bzw. Drogenmißbrauchs von 1975 bzw. 1980 zu berichten, wird weniger eine Rückschau als eine aktuelle Lagebeschreibung gegeben. Dies läßt es geboten erscheinen, die beiden Teilaufträge in Abschnitt III der Beschlußempfehlung — Unterrichtung über die gegenwärtige Situation und das Aktionsprogramm Alkohol — zusammen mit einer Berichterstattung über das Drogen-Aktionsprogramm in einem einheitlichen Bericht zu erfüllen. Besonderes Gewicht legt die Bundesregierung darauf, dem Bericht des Ausschusses entsprechend aufzuzeigen, wo weiterer politischer Handlungsbedarf besteht und wo Prioritäten neu zu

setzen sind. Sie beschränkt sich deshalb nicht darauf, gegenüber angesprochenen Fragestellungen zu reagieren, sondern benutzt die Gelegenheit dieser Unterrichtung, dem Parlament aus ihrer Sicht — quasi „offensiv“ — über Fehlentwicklungen und Defizite zu berichten sowie Vorschläge und Forderungen vorzutragen.

Damit ist auch der Aufbau des Berichts weitgehend vorgezeichnet. Es wird ein möglichst einheitlicher Bericht über die Mißbrauchssituation gegeben. Wegen des noch näher darzulegenden inneren Zusam-

menhangs verschiedener Formen mißbräuchlichen Verhaltens soll, soweit dies möglich ist, auf eine Trennung nach Suchtstoffen oder entsprechend den Aktionsprogrammen verzichtet und alles Gemeinsame „vor die Klammer gezogen“ werden. Inhaltlich liegt deshalb der Schwerpunkt auf dem folgenden Abschnitt B, der den Hauptteil des vorliegenden Berichts bildet. Suchtstoffspezifische Zusammenhänge des Mißbrauchs von illegalen Drogen, Medikamenten, Alkohol usw. werden dann im Abschnitt C behandelt.

B. Die gegenwärtige Mißbrauchs-Situation

I. Die Gesamtzahl der Gefährdeten und Abhängigen

In dem großen Bereich der mißbrauchsgerechten Stoffe und der mißbräuchlichen Verhaltensweisen mit der Gefahr einer körperlichen und seelischen Abhängigkeit handelt es sich um recht unterschiedliche Sachverhalte. Es handelt sich z. T. um legale Genußmittel — so Alkohol und Tabak —, bei denen erst der Mißbrauch zu Gewöhnung und Abhängigkeit führen kann. Ähnlich entsteht bei Arzneimitteln erst durch den Über- und Fehlgebrauch der hier interessierende Mißbrauch. Legal zu erwerben sind schließlich auch chemische Lösungsmittel; erst das offensichtlich bestimmungswidrige „Schnüffeln“ stellt den Mißbrauch dar. Diesen „legalen Rauschmitteln“ stehen die sog. „illegalen Drogen“ gegenüber, bei denen zwar nicht der Konsum als solcher, jedoch bereits der Besitz sowie alle Formen des illegalen Verkehrs mit diesen Stoffen strafbar sind.

Um die zahlenmäßige Größenordnung dieser Mißbraucherscheinungen von vornherein klarzumachen, werden nachfolgend die heutigen Schätzzahlen für die einzelnen Bereiche im Vergleich zu den seinerzeitigen Angaben der beiden Aktionsprogramme angegeben:

- Zahlenmäßig im Vordergrund steht die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken in der Bundesrepublik. Die Bundesregierung rechnet mit rd. 1,5 Millionen solcher Personen. Im Aktionsprogramm Alkohol von 1975 war die Bundesregierung noch von 900 000 bis über 1 Million Personen ausgegangen. Diese Entwicklung der Mißbrauchsfolgen spielt sich vor dem Hintergrund des gesamten, weit überwiegend normalen Konsums des Genußmittels Alkohol ab: Dieser lag 1975 bei jährlich 12,4 l reinen Alkohols pro Kopf (1965 noch bei 10,0 l); nach dem bisherigen Höhepunkt 1980 (12,7 l) sank er bis auf 11,9 l im Jahr 1984 mit weiter fallender Tendenz. In der Bevölkerung über 14 Jahren ist zwischen 1976 und 1984 die Zahl der regelmäßigen, täglichen Biertrinker von 17% auf 11% (1978) gefallen, seitdem aber wieder auf 14% angestiegen

(Effizienzkontrollen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1980 und 1984). In fast demselben Zeitraum (1973—1982) ist etwa bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren das Biertrinken — die ganz vorherrschende Art des Alkoholkonsums in diesen Jahrgängen — kontinuierlich zurückgegangen (von rd. 40% auf etwas über 25%); dieser abnehmende Trend in der Jugend wird durch die letzte bayerische Umfrage (für 1984) bestätigt (Jugend und Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak; München 1986). Danach könnte bei einer Fortsetzung dieser Tendenzen langfristig mit einem gewissen Rückgang der Alkoholkranken und -abhängigen gerechnet werden.

- Vergleichbare Angaben lassen sich für Tabak nicht machen, weil für Rauchen im Gegensatz zum Alkoholtrinken kein gesundheitlich unbedenklicher Konsumbereich angegeben werden kann. Die Gesamtzahl der Raucher ist in den letzten Jahren annähernd gleichgeblieben (1978: 38%, 1984: 37%), wenn sich auch der Anteil der Frauen erhöht hat (so von 23% 1980 auf 29% 1984). Der Tabakwarenverbrauch ist insgesamt leicht rückläufig, bei Feinschnitt nach einem Boom infolge der letzten Steuererhöhung 1982 stärker (1984 gegenüber 1983: –7,0%) als bei Fabrikzigaretten (–1,3%). Problematisch ist der Konsumgipfel von 55% in den Altersgruppen zwischen 20 und 39 Jahren. Allerdings lassen sich bei den Jugendlichen langfristig neben einem fast gleichbleibenden Prozentsatz regelmäßiger Raucher (1973: 35%, 1982: 36%) auch positive Tendenzen ablesen: Die Zahl der Nichtraucher hat ständig zugenommen (1973: 42%, 1982: 51%). Auch die genannte Jugendstudie aus Bayern zeigt eine weitere Abnahme des Rauchens an (1973: 44%, 1984: 38%). Insgesamt ist bezüglich des Tabakkonsums bei anhaltendem Trend ein vorsichtiger Optimismus gerechtfertigt.
- Der Kreis der Personen, die illegale Drogen konsumieren, ist gegenüber den Konsumenten der legalen Genußmittel Alkohol und Tabak wesentlich niedriger. Zwar haben knapp 10% (= ca. 1,1 Millionen) der jungen Menschen bis 24 Jahre irgendwann einmal eine Droge genommen, etwa

Haschisch probiert (Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen; Bonn 1983 — Bundesstudie). Die Extremgruppe junger Opiatkonsumenten umfaßt aber nur 0,4% (= ca. 46 000 Personen). Das Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs hatte 1980 etwa 45 000 „harte Konsumenten“ insgesamt angegeben. Der Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts von 1983 kannte nach Angaben der Länder 50 000 bis 55 000 Drogengefährdete und -abhängige (Drucksache 10/843). Aus der EBIS-Statistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen ist bekannt, daß das Durchschnittsalter der dort erfaßten Drogenabhängigen und -gefährdeten seit Jahren immer höher wird; möglicherweise läßt dies auf rückläufiges Nachwachsen jüngerer Jahrgänge schließen. Insgesamt hält die Bundesregierung gegenwärtig eine Gesamtzahl von weniger als 50 000 Drogenabhängigen und schwer Gefährdeten mit leicht abnehmender Tendenz für wahrscheinlich.

- Die Zahl der durch Über- und Fehlgebrauch von Medikamenten gefährdeten oder abhängigen Personen zu bestimmen, begegnet vielfältigen Schwierigkeiten. Von den im Vordergrund stehenden Arzneimitteln mit Suchtpotential gehören zahlreiche zu den Betäubungsmitteln, die meisten aber zu den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, viele allerdings auch zu den bloß apothekenpflichtigen Präparaten. Je nach der Zugehörigkeit zu diesen Gruppen kann der Mißbrauch verschiedene Formen annehmen: Gebrauch ohne Verschreibung, gegen die Verschreibung, falsche Verschreibung, Überdosierung, indikationswidrige Einnahme. Inwiefern welche Arzneimittel von wievielen Personen in welcher Hinsicht mißbräuchlich eingenommen werden, ist noch zu wenig erforscht, um verlässliche Zahlen angeben zu können. Die Größenordnung des Gebrauchs an Medikamenten geht aus folgenden Zahlen hervor: 17% der Bevölkerung nehmen fast täglich und 23% gelegentlich Arzneimittel ein. Zu den am häufigsten mißbrauchten Arzneimitteln gehören die Psychopharmaka, die 1983 nach dem GKV-Arzneimittelindex in der Verordnungshäufigkeit den dritten Rang einnahmen. Insgesamt liegen Anzeichen für eine ansteigende Tendenz vor; diese Einschätzung wird auch von den Verbänden geteilt. Die Bundesregierung rechnet mit 300 000—500 000 Medikamentenabhängigen; die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren berichtet von Schätzungen bis zu 800 000 Personen.
- Die bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem in sozial geschädigtem Milieu anzutreffende Erscheinung des „Schnüffeln“ chemischer Lösungsmittel ist epidemiologisch wenig erforscht. Aus Berlin sind hierzu die genauesten Erfahrungen und Zahlen bekannt. Die Bundesregierung hat hierüber in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage Ende 1983 berich-

tet (Drucksache 10/848). Die bereits erwähnte Bundesstudie nennt unter den Drogenerfahrenden — die also jemals irgendeine Droge genommen haben — 8% mit Schnüffelerfahrung (zum Vergleich: ebenfalls 8% für Opiate). Die bayerische Jugendstudie berichtet von einem starken Anstieg von 1980 (6%) auf 1984 (16%; 1976 allerdings 12%). Die vorliegenden Daten veranlassen zu erhöhter Aufmerksamkeit gegenüber diesem Problem.

- In den letzten Jahren sind in der Praxis der Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in der Fachliteratur mögliche neue Formen der Gefährdung und Abhängigkeit zu beobachten: die oft unkritisch so genannten nichtstoffgebundenen Süchte der Eß- und Magersucht bei Mädchen und Frauen sowie der Spielsucht bei Jugendlichen und Erwachsenen. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren hat ihre Fachkonferenz 1984 diesen Erscheinungen gewidmet, um einer Ausuferung des Abhängigkeitsbegriffs vorzubeugen. Diese im wesentlichen psychiatrischen Krankheitsbilder gehören nicht in den Zusammenhang mit der Gefährdung und Abhängigkeit von Rauschmitteln. Mißbräuchliche und z. T. krankhafte Verhaltensweisen sind hier jedoch ohne Zweifel gegeben.

II. Mißbrauchsverhalten als psychosoziales Problem

In epidemiologischen Untersuchungen zum Thema Alkohol- und Drogenkonsum ist wiederholt ein enger Zusammenhang zwischen dem Mißbrauch einzelner Substanzen untereinander nachgewiesen worden; d. h. der mißbräuchliche Konsum einer Substanz führt auch zum exzessiven Gebrauch einer anderen.

Ursachen- und Motivforschungen haben gezeigt, daß die Entstehungsbedingungen des Mißbrauchsverhaltens und die Motive zum exzessiven Konsum der unterschiedlichsten Substanzen weitgehend identisch sind. Wenn auch im Einzelfall das Bedingungsgefüge, aus dem sich die Mißbrauchsproblematik ergibt, unterschiedliche Schwerpunkte hat — gemeinsam ist immer eine Häufung mehrerer Probleme, die dann das Mißbrauchsverhalten bedingen. So sind Menschen, die einsam und ohne befriedigende familiäre Bindung oder Freunde sind, mit fehlender oder mangelnder Berufs- oder Schulbildung, aus Ballungsräumen oder Arbeitslose für den Mißbrauch von Substanzen anfälliger als solche, die diese psychosozialen Risikofaktoren nicht aufweisen. Diese Problemkonstellationen werden aber seit langem auch für andere psychosoziale Probleme verantwortlich gemacht, seien es Verhaltensstörungen und Erziehungsschwierigkeiten bei Kindern, kriminelle und antisoziale Verhaltensweisen bei Jugendlichen oder suizidale und depressive Tendenzen bei Erwachsenen.

Drogenmißbrauch stellt damit nur das erkennbare, äußere Symptom dar, dessen Grundproblematik einzuordnen ist in den umfangreichen Katalog psy-

chosozialer Probleme insgesamt. Deshalb wird das Mißbrauchsverhalten zu einem allgemeinen gesundheits- oder gesellschaftspolitischen Problem.

III. Gesundheitliche Aufklärung und Prävention

Gesundheitliche Aufklärung und Prävention über Alkohol- und Rauschmittelmißbrauch verfolgt sowohl einen spezifischen, als auch einen unspezifischen Ansatz. Einerseits wird gezielt über Wirkungen und Gefahren einzelner Drogen informiert; andererseits wird der komplexe psychosoziale Hintergrund, der zur Entstehung des Mißbrauchsverhaltens beiträgt oder dieses bestimmt, offengelegt.

Zu Beginn der 70er Jahre stand die spezifische, teilweise abschreckende Information über Drogen, später auch Alkohol und Medikamente, bei den Aufklärungskampagnen im Vordergrund. Die Präventionsforschung hat dann gezeigt, daß Abschreckung bei Kindern und Jugendlichen als Zielgruppen einen sogenannten „Bumerangeffekt“ auslösen kann, die Neugierige weckt, solche Drogen selbst einmal zu probieren, und damit die Gefahr enthält, daß sich ein Dauerkonsum einstellt. Angstappelle führen zur Verdrängung rationaler Einsicht. Der spezifische Ansatz der Information wurde deshalb weitgehend aufgegeben. Diese Umwandlung der Aufklärungsstrategie fand nicht nur in den Maßnahmen des Bundes, überwiegend der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ihren Niederschlag, sondern auch bei den Maßnahmen der Bundesländer, der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren etc. Im gewissen Umfang ist der drogenspezifische Ansatz weiterhin wichtig, um einerseits die unterschiedlich starken Gefährdungsgrade der Stoffe und Substanzen zu verdeutlichen, weil eine unterschiedslose Information verharmlosend wirken könnte, so als ob Haschisch und Heroin etwa gleich gefährlich wären wie Alkohol und Tabak; andererseits müssen gerade Eltern, Erzieher und Multiplikatoren diese Sachinformationen haben, um kompetent argumentieren zu können, — eine Grundvoraussetzung für ihre Glaubwürdigkeit bei Jugendlichen und Kindern.

Der unspezifische Ansatz setzt bei den Lebensbedingungen und Bedürfnissen der Zielgruppe an. Ein Kind, das sich in der Familie geborgen fühlt und dessen Eltern über Probleme im Erziehungsprozeß und über Hilfen bei Konflikten im Jugendalter Bescheid wissen, hat bessere Chancen, Verführungssituationen im Bereich von Alkohol und Drogen nicht zu erliegen als ein Kind, das nach Ersatzbefriedigung sucht, weil die familiäre Geborgenheit fehlt, oder dessen Eltern ihm keine ausreichenden erzieherischen Hilfen in seinen Konflikten geben können. Die Hilfen, die diese Primärprävention bietet, sind komplex auf die psychosoziale Gesundheit gerichtet, und sie verhüten damit gleichzeitig — wenn gelegentlich auch nur verdeckt und schwer erkennbar — einen möglichen Drogen- und Alkoholmißbrauch. Gesundheitliche Aufklärung und Prävention in diesem Bereich sind deshalb eng assoziiert mit Sozial- und Jugendarbeit. Notwendigerweise

müssen sie ergänzt werden durch strukturelle Maßnahmen der Sozial-, Jugend- und Gesundheitspolitik.

Gesundheitliche Aufklärung als Prävention — dies haben die Erfahrungen gezeigt — hat nur Erfolg, wenn sie langfristig und kontinuierlich mit genügender „Impulsdichte“ durchgeführt wird. Einmalige, spektakuläre Aktionen können bestenfalls einen Momenteffekt auslösen; Veränderungen im Sinne einer gesundheitsbewußten und -gerechten Lebensführung — des Ziels aller dieser Aufklärungsbemühungen — erreichen sie nicht.

Prävention und gesundheitliche Aufklärung müssen zielgruppengerecht erfolgen. Sie müssen auf die Erwartungen wie auf die intellektuelle Aufnahmebereitschaft ausgerichtet sein. Es ist deshalb nicht möglich, mit einer Kampagne die gesamte Öffentlichkeit anzusprechen in der Erwartung, daß sich diese künftig auch entsprechend der gegebenen Information verhalten wird. Nicht nur Verständnis und Auslegung sind unterschiedlich, sondern auch die jeweiligen Lebensbedingungen, auf die reflektiert wird: die Motive und Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Erziehern sind eben nicht deckungsgleich. Es ist erforderlich, für alle diese Teilgruppen gesonderte Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen. Alle in diesem Bereich tätigen Organisationen haben sich zwischenzeitlich darauf eingestellt. Wichtig aber ist, daß die Einzelmaßnahmen in ein Konzept einmünden, also wie verschiedene Facetten ineinander greifen und gebündelt werden. Kooperation und Koordination sind deshalb entscheidende Voraussetzungen erfolgreicher Prävention und Gesundheitserziehung. Dabei muß selbstkritisch eingestanden werden, daß dies bei der Vielzahl insgesamt verfolgter Aktivitäten unterschiedlichster Träger bislang nicht immer genügend berücksichtigt worden ist. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung versucht als Zentrale Koordinierungsstelle, dafür Hilfe anzubieten und gemeinsam mit den Bundesländern sowie den Trägern der gesundheitlichen Aufklärung nach dem Stand des Wissens und der Erfahrungen ein aktuell angepaßtes und umfassendes Präventionskonzept zu realisieren. Bestimmte Aufgabenschwerpunkte sollen dabei von unterschiedlichen Trägern in gegenseitiger Abstimmung wahrgenommen werden, damit die begrenzten Ressourcen mit größtmöglicher Effektivität eingesetzt werden können.

Zu den Problemen der Kooperation und Koordination kommen inhaltlich-methodische Probleme hinzu. Bisher ist es noch nicht gelungen, die Effektivität gesundheitlicher Aufklärung und Prävention im Detail schlüssig zu beweisen. Wenn sie wirksam sind, dann verhindern sie den Eintritt von Ereignissen, also etwa eine befürchtete Ausuferung etwa des Drogenkonsums. Wenn überhaupt, könnte man sagen, daß die Stagnation und der derzeit festzustellende leichte Rückgang des Mißbrauchs gefährlicher Substanzen nicht unabhängig zu sehen ist von den Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention, die auf breiter Basis und mit größter Intensität seit über einem Jahrzehnt

flächendeckend in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt worden sind. Insgesamt sind die methodischen Probleme der Messung von Effektivität gesundheitlicher Aufklärung nicht zu übersehen. Es gibt in einigen Teilbereichen gute und nachgewiesene Erfolge. Die Bundesregierung wird weiterhin diesen wissenschaftlich-methodologischen Auftrag mit dem Ziel einer Optimierung von Prävention und gesundheitlicher Aufklärung verfolgen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Bundesländer sowie die Freien Träger und Krankenkassen haben eine Fülle von Medien und verschiedene Projekte zur Drogenprävention entwickelt.

Beispielhaft seien hier vier Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Alkoholprävention am Arbeitsplatz aufgeführt. Diese Projekte laufen bei der Bundeswehr, in einer Flughafenverwaltung, als Fortbildungsveranstaltung für Personal- und Betriebsräte und für Jugendliche in einem Betrieb. Ziele dieser Projekte sind es, eine offene Kommunikation über die Gefahren von Alkohol am Arbeitsplatz anzuregen, die Verfügbarkeit von Alkohol zu verringern und Einfluß zu nehmen auf Arbeitsbedingungen, die Alkoholkonsum fördern.

Aus den Ländern wird über eine breite Vielfalt von Präventionsbeispielen, überwiegend auf kommunaler Ebene, für alkoholfreie Jugendaktivitäten oder generell gegen Rauschmittelmisbrauch berichtet: etwa Posterwettbewerbe zur Suchtproblematik, Multiplikatoren-Seminare für die Landjugend, drogenfreie Jugendcafés in der Großstadt, „Saftläden“ und Rockmusik-workshops. Der Bund hat im ländlich-städtischen Raum Mayen-Koblenz ein Modellprojekt gefördert, bei dem alle in der Gesundheits-erziehung und Suchtproblematik tätigen Verbände und Institutionen ein gemeinsames Präventionskonzept erarbeitet und nach unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten ausgefüllt haben. Dieses Modell war ein Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit aller in der Prävention tätigen Institutionen mit dem Ziel, durch größtmögliche Intensität und Langfristigkeit gesundheitserzieherischer Maßnahmen maximale Effektivität zu erreichen. Trotz aller strukturellen Probleme eines ländlichen Raumes ist dies weitgehend gelungen.

IV. Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung ist ein Angebot für diejenigen, die mit Mitteln der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention nicht mehr erreicht werden können, weil sie bereits Probleme mit Drogen oder Alkohol haben und keinen Weg wissen, wie sie selbst damit fertig werden können. Entscheidend ist hier der Aufbau einer persönlichen Beziehung zwischen Ratsuchendem und Helfer.

Zu Beginn der 70er Jahre waren in der Bundesrepublik Deutschland überhaupt keine spezifischen Drogenberatungsstellen vorhanden. Durch Vorhaben des Bundes — so das „Großmodell zur Beratung

und Behandlung drogengefährdeter und -abhängiger junger Menschen“ von 1971 bis 1977, das sich 1975 nach Verabschiedung des Aktionsprogramms zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs auch für alkoholgefährdete und -abhängige Jugendliche öffnete — konnte hier ein erstes Angebot geschaffen werden. 1978 bis 1982 folgte das „Psychosoziale Anschlußprogramm des Bundes zur verbesserten psychohygienischen Versorgung junger Menschen“ mit dem Ziel, verstärkt in die Drogenszene hineinzuwirken und durch street work u. ä. frühzeitig Gefährdete in der Drogenszene aufzuspüren. Entsprechend der Kompetenz des Bundes konzentrieren sich diese Modelle auf neue und richtungsweisende Aktivitäten in diesen Bereichen. Die aus diesen Modellen sich ergebenden Empfehlungen reichten von strukturellen Maßnahmen wie z. B. Empfehlungen für eine personelle Mindestbesetzung einer Drogenberatungsstelle bis hin zu modellhaften, inhaltlichen Aufgaben oder Versuchen von ambulanter Therapie.

Heute stehen fast 900 spezifische Einrichtungen für die Betreuung von Suchtkranken und Gefährdeten zur Verfügung. Insgesamt ist das Angebot ausreichend, jedoch gibt es regional unterschiedlich versorgte Gebiete. So besteht z. T. in ländlichen Gebieten noch ein Mangel an Beratungsdiensten. Wie gut diese Einrichtungen von der Bevölkerung angenommen worden sind, zeigt die hohe Zahl von betreuten Klienten. Nach der bundesweiten EBIS-Statistik wurden 1985 über 670 Klienten im Durchschnitt pro Einrichtung betreut; das waren 9 % mehr als 1984 und insgesamt über 500 000 Personen. Nicht nur der Anteil der Ratsuchenden allgemein hat über die Jahre stetig zugenommen, sondern auch der Anteil intensiv betreuter Klienten ist gewachsen, zuletzt von 1984 auf 1985 um 8 %. Einige Beratungsstellen haben nach Angaben des Trägers die Grenze ihrer Belastbarkeit erreicht; denn trotz der Steigerungsrate bei den Klientenzahlen blieb die Stellenzahl bei den Einrichtungen gleich.

Bisher wurden diese Einrichtungen fast ausschließlich aus Landes-, kommunalen und Eigenmitteln der Träger gefördert. Die Suchtberatungsstellen leisten neben Beratung und Vermittlung auch zu etwa 40 % ambulante Therapie von Suchtkranken.

V. Behandlung (Entzug und Entwöhnung)

Die Behandlung von Suchtkranken erfolgt heute ambulant oder stationär. Ambulante Therapie bei Alkoholabhängigen wird schon seit Jahren mit Erfolg in Suchtberatungsstellen praktiziert. Ambulante Therapie bei Drogenabhängigen ist noch sehr jung, Erfahrungen im größeren Umfang liegen noch nicht vor. Bereits 1974 jedoch hat der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit ein Forschungsvorhaben zur ambulanten Therapie von Drogenabhängigen gefördert. Damals war ein solcher Versuch so neu, daß er bei den Therapeuten auf Ablehnung stieß. Erst jetzt beginnt sich die Einstellung durchzusetzen, daß unter bestimmten Voraussetzungen auch bei „Fixern“ eine ambulante

Behandlung erfolversprechend sein kann. Seit 1982 fördert der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit erneut ein ambulant Therapievorhaben für Drogenabhängige, maßgeblich jedoch unter dem Gesichtspunkt, ein ambulant Angebot nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes als Alternative zu den fast ausschließlich stationären Therapien zu erproben. Die ersten Ergebnisse sind ermutigend. Das Vorhaben wird voraussichtlich 1987 abgeschlossen sein.

Die inhaltlichen Probleme bei der ambulanten Therapie von Suchtkranken liegen im methodischen Bereich, so zunächst schon bei der Feststellung von Indikatoren, die erkennen lassen, welche Patienten unter welchen Voraussetzungen für eine ambulante Therapie geeignet sind. Der Rückstand von Erfahrungen mit ambulanter Therapie ist jedoch weitgehend darauf zurückzuführen, daß deren Finanzierung schwierig oder nicht sicherzustellen ist.

Ambulanter oder stationärer Therapie geht in den meisten Fällen eine Entgiftung voraus. Die Unterbringung von Patienten in Krankenhäusern zur Entgiftung bereitet keine Probleme.

Auch hinsichtlich der Langzeittherapie in stationären Einrichtungen gibt es nach Auskunft der Bundesländer mit ganz wenigen Ausnahmen bei Drogenabhängigen keine Unterbringungsprobleme. Dies liegt daran, daß in den letzten Jahren die Bundesländer und freien Träger erhebliche Anstrengungen unternommen haben, das Platzangebot zu erhöhen.

Nach derzeitigen Schätzungen stehen in der Bundesrepublik Deutschland für Alkoholranke zwischen 8 000 bis 9 000 Betten für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung; bei Drogenabhängigen wird von etwa 3 000 Betten für die Langzeittherapie ausgegangen. Neben der Erhöhung der Platzzahlen hat eine Differenzierung des Behandlungsangebotes stattgefunden. So förderte z. B. im Bereich Alkohol der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1978 den Bau einer Einrichtung für schwer Alkoholranke mit Depavationserscheinungen, 1984 eine Einrichtung für werdende und junge drogenabhängige Mütter mit Kleinkindern. Weitere Beispiele für die Differenzierung des Angebotes für Drogenabhängige sind Einrichtungen für sehr junge Abhängige, Einrichtungen für Paare oder Familien sowie geschlossene Drogenfachkliniken.

Die Differenzierung des Behandlungsangebotes wird auch in Zukunft vorrangig bleiben. Dabei ist besonders an Einrichtungen mit kurzzeitiger Therapiedauer, an teilstationäre Institutionen oder solche mit sehr niedriger Eingangsschwelle zu denken. Ein besonderes Problem ist das der Patienten, die nach einem längeren Aufenthalt in einer Einrichtung des Maßregelvollzuges, im Landeskrankenhaus etc. entlassen werden und dort bereits Motivationsarbeit und therapeutische Intervention erfahren haben. Diese Patienten sind in der Regel noch nicht stabil genug, um allein leben zu können, sondern bedürfen weiterer therapeutischer Betreuung.

Dabei scheint es nicht unbedingt notwendig, daß die Patienten das Therapieprogramm der Einrichtung von Beginn an durchlaufen müssen. Wünschenswert wäre ein Therapiekonzept, das die Vorerfahrungen dieser Klienten mitberücksichtigt. Die derzeitigen Langzeittherapieeinrichtungen stellen sich auf diese Problematik nur sehr zögerlich ein.

Im Laufe der Jahre hat sich vor allem im illegalen Drogenbereich die Klientel, die zur Behandlung kommt, verändert. Die Patienten sind älter, weisen eine längere Drogenkarriere auf, haben mehrere Therapieabbrüche hinter sich, haben schwere Schäden im psychischen und sozialen Bereich und sind kriminell stärker belastet. 70 % der Patienten in Langzeiteinrichtungen haben sich durch irgendeine richterliche Anweisung dorthin begeben. Diese Entwicklung ist bei der Beurteilung des Therapieerfolges zu berücksichtigen.

VI. Nachsorge: Selbsthilfe und berufliche Rehabilitation

Einen entscheidenden Anteil an der Stabilität des Behandlungserfolges hat die Nachsorge. Sie wird überwiegend ambulant, teilweise aber auch stationär durch Kurzaufenthalte in Nachsorgeeinrichtungen geleistet. Im letztgenannten Fall sind die Finanzierungsprobleme jedoch weitgehend ungelöst. Obwohl ambulante Nachsorge auch vielfach von Suchtberatungsstellen durchgeführt wird, leisten den Hauptanteil an diesem wichtigen Teil der Behandlungskette für Suchtkranke die über 4 500 Selbsthilfe- oder Abstinenzgruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Obwohl zu ihrem Aufgabenspektrum auch Früherkennung von Suchtkranken und Betreuung von Angehörigen gehören, ist der Schwerpunkt der Arbeit der Abstinenz- und Selbsthilfegruppen in der Nachsorge zu sehen. Ohne diese Hilfen würden in dem Behandlungsnetz erhebliche Lücken klaffen. Dabei ist der Anteil von Selbsthilfeaktivitäten ungleich auf die einzelnen Abhängigkeitsarten verteilt. Anonyme Alkoholiker (AA), Blaues Kreuz, Freundeskreise, Guttempler, Kreuzbund etc. sind traditionell auf Alkoholiker ausgerichtet; im Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen entstehen durch Betroffene selbst eher sporadisch Selbsthilfeinitiativen. Im Rahmen seiner Kompetenzen ist der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit bereit, solche Initiativen zu stützen. So fördert er derzeit den Aus- und Umbau eines Hofgutes in Hessen, das von Synanon, der ältesten Selbsthilfeinitiative für Drogenabhängige in der Bundesrepublik Deutschland, erworben worden ist und etwa 70 Drogenabhängigen ein drogenfreies Leben in der Gemeinschaft anbieten wird.

Im Drogenbereich ist die Arbeit der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher hervorzuheben. Die gegenseitige Unterstützung, die Eltern, deren Kinder drogenabhängig sind oder waren, sich geben können, ist oft eine wesentliche Ergänzung zu der Arbeit der mitunter sehr jungen Fachkräfte in der Drogenarbeit. Die Einbezie-

hung der Familie vor allem im Bereich der Nachsorge hat in der Therapie Drogenabhängiger erst in den letzten Jahren und vor allen Dingen auch durch die Aktivität der Elternkreise stattgefunden, über deren Bundesverband Frau von Weizsäcker die Schirmherrschaft übernommen hat. Die Mitarbeit der Eltern war lange bei den Therapeuten umstritten. Während vor allem von den stationären Langzeittherapie-Einrichtungen eine strikte Trennung des Abhängigen von seiner Familie über einen gewissen Zeitraum gefordert wurde, verlangten die Eltern ihre Einbeziehung in das therapeutische Geschehen. Als Mittler sind hier besonders die erfahrenen Eltern der Elternkreise aufgetreten, die darlegen konnten, daß für die Abhängigen und die betroffene Familie eine Trennung auch eine Entlastung darstellen sowie von gegenseitigen Abhängigkeiten und Schuldzuweisungen befreien kann. Nach und nach setzte sich die Erkenntnis durch, daß während der Therapie nicht nur mit den Abhängigen zu arbeiten ist, sondern besonders bei jungen Drogenabhängigen die Eltern zu stützen sind; denn nach der Therapie kehrt der Abhängige häufig in seine Familie zurück.

Das ansteigende Durchschnittsalter der Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland hat auch hier eine leichte Verschiebung gebracht. Die Abhängigen sind heute häufiger verheiratet und selbst Eltern, so daß sich aus dieser Situation heraus eher eine Ablösung aus dem eigenen Elternhaus ergibt.

Ziel einer erfolgreichen Rehabilitation Rauschmittelabhängiger ist — neben Suchtmittel- und Deliktsfreiheit — die Wiedereingliederung, oft auch die erste eigentliche Eingliederung, des ehemals Abhängigen in Gesellschaft und Beruf. Diese gesellschaftliche und berufliche Rehabilitation hat im Ablauf der Suchtkrankenbehandlung vor allem in der Nachsorgephase zu geschehen. Sie muß jedoch bereits während der Entwöhnungsbehandlung vorbereitet und eingeleitet werden. Die meisten stationären Langzeittherapien kennen daher eine weitgehende Offenheit der Einrichtung oder deren schrittweise Öffnung für den Klienten nach außen. Einkaufen „in der Stadt“, der Besuch von Veranstaltungen, auch Besuche der Angehörigen, dienen einer solchen Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Selbst sog. „geschlossene“ Einrichtungen der Drogentherapie wie die Entziehungseinrichtung für junge Strafgefangene in Brauel sind in ihrer Konzeption auf eine solche Öffnung nach außen angelegt.

In einer Zeit weitgehend struktureller Dauerarbeitslosigkeit stößt naturgemäß das Bemühen um eine berufliche Vermittlung ehemals Suchtmittelabhängiger auf schwer lösbare Schwierigkeiten. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Drogenabhängigen: Bei Beginn ihrer Suchtmittel-Karriere waren sie oft zu jung oder sozial vorgeschädigt, um eine ausreichende schulische oder berufliche Ausbildung zu erwerben; nach Abschluß ihrer Entwöhnung — in der Regel nach wiederholten Verzögerungen durch Therapieabbrüche — sind sie für den allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem mehrfachen

Handicap belastet, keine abgeschlossene Berufsausbildung zu besitzen, mit oft 30 und mehr Jahren „zu alt“ zu sein und eine „Lücke im Lebenslauf“ erklären zu müssen. In den Ländern und bei zahlreichen Einrichtungen hat man deshalb in den letzten Jahren mehr und mehr Versuche unternommen, Angebote eines auf Suchtmittelabhängige konzipierten „zweiten Arbeitsmarktes“ anzubieten. Im Vordergrund stehen hier staatlich geförderte Einrichtungen, auch private Vereine, die — weitgehend in Selbstverwaltung der ehemaligen Abhängigen — insbesondere im handwerklichen Bereich und im Dienstleistungsgewerbe (z. B. Umzugsunternehmen, Entrümpelung, Altmöbelhandel) tätig sind. Über Projekte solcher Art berichtet etwa die Antwort der hessischen Landesregierung auf eine Große Anfrage aus dem Landtag (Drucksache 11/4317 vom 26. August 1985, S. 17 ff., 22). Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit fördert z. Z. im Rahmen seines Modellprogramms „Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter“ (ASS) u. a. auch ein solches Dienstleistungsprojekt ehemaliger „Alt-Fixer“.

Eine wesentliche, aber oft fehlende Voraussetzung für eine erfolgreiche Vermittlung auf dem allgemeinen oder dem „zweiten Arbeitsmarkt“ ist eine ausreichende schulische und berufliche Ausbildung. Angebote dieser Art bestehen in zahlreichen Einrichtungen der Entwöhnung — sogar in Haftanstalten —, z. T. auch in besonderen Einrichtungen der schulischen und beruflichen Rehabilitation Drogenabhängiger. Hierbei werden nicht nur Ausbildungsgänge für handwerkliche Berufe (wie etwa Schreiner, Schlosser), sondern auch für kaufmännische und Verwaltungsberufe angeboten. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat bereits in seinem ersten Modellprojekt von 1971 bis 1977 die Hermann-Hesse-Schule in Frankfurt gefördert, die sich — inzwischen erweitert — bis heute bewährt hat.

Für den ehemals Abhängigen, der in vielen Monaten und in der Regel nicht geradlinig eine „Rehabilitationskette“ von anfänglicher Beratung und Motivation über den Entzug und die Entwöhnung in Langzeittherapie durchlaufen hat, ist es für den endgültigen Therapieerfolg meist entscheidend, ob es ihm in einer befriedigenden beruflichen Tätigkeit gelingt, wieder Selbstvertrauen zu gewinnen, finanziell unabhängig zu werden, eine Basis zur Familiengründung zu bekommen und sich über Berufskollegen sozial zu integrieren. Zu Recht wird von der sog. Hammer Studie — einer vom nordrhein-westfälischen Sozialministerium geförderten Langzeitstudie an Drogenabhängigen in der Therapiekette des „Hammer Modells“ von 1985 — die entscheidende Bedeutung der beruflichen Integration für die Therapie Drogenabhängiger hervorgehoben. Um so fühlbarer ist das weitgehende Defizit der Kostentragung im Bereich der Nachsorge.

VII. Die Mitarbeiter in der Suchtkrankenarbeit

Entsprechend der multikausalen Verursachung des Drogenproblems ist eine interdisziplinäre Behand-

lung des Suchtkranken notwendig. Je nachdem, in welchem Glied innerhalb der therapeutischen Kette sich der Patient befindet, liegt der Schwerpunkt bei anderen Berufsgruppen. Bei der stationären Entgiftung sind fast ausschließlich Ärzte und Krankenpflegepersonal tätig, bei der ambulanten oder stationären Entwöhnung dagegen überwiegend Sozialarbeiter und Diplompsychologen.

Aus der EBIS-Statistik geht hervor, daß im Durchschnitt in einer Suchtberatungsstelle (ohne Verwaltungspersonal) vier hauptamtliche Mitarbeiter, zwei Teilzeitangestellte bzw. Mitarbeiter mit Honorarvertrag und etwa sechs ehrenamtliche Helfer tätig sind. Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen stellt dabei den zahlenmäßig höchsten Anteil, gefolgt von Diplompsychologen. Auch die Zahl ehrenamtlicher Helfer ist hoch, dagegen der Anteil von Ärzten in den Ambulanzen sehr gering. Über den stationären Bereich liegen keine bundesweiten Daten vor.

Der Prozentsatz von Mitarbeitern mit qualifizierten Zusatzausbildungen ist im Suchtbereich, verglichen mit anderen sozialen Diensten, sehr hoch. Über 70 % der in den ambulanten Beratungsstellen therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben eine therapeutische Zusatzausbildung absolviert. Damit sind die Forderungen des Bundes sowie die in den Rahmenplänen für den Ausbau ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren im Hinblick auf die Notwendigkeit der therapeutischen Zusatzqualifikation in hohem Maße erfüllt.

In den letzten Jahren sind viele Weiterbildungsangebote mit unterschiedlicher Zielsetzung und Qualität entwickelt und durchgeführt worden. Das Angebot ist zum Teil so vielfältig, daß es nicht mehr überschaubar ist. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren entwickelt gegenwärtig Kriterien für die Bewertung und Auswahl einzelner Weiterbildungsgänge. Wichtig dabei ist, daß sich die Weiterbildung an den praktischen Notwendigkeiten in der Suchtkrankenhilfe orientiert.

VIII. Erfolg der Suchtkrankentherapie

Die Therapie von Alkoholkranken hat in der Bundesrepublik eine wesentlich längere Geschichte als die Therapie von Drogenabhängigen. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, daß die Erfolgsquoten für Alkoholkranke höher liegen, obwohl kritisch angemerkt werden muß, daß Therapie- und Methodenforschung sich in den letzten Jahren durch das Problem des illegalen Drogenmißbrauchs rasch weiterentwickelt haben und die Standards, mit denen Erfolgsquoten in der Therapie Drogenabhängiger ermittelt werden, eher streng sind.

Erfolgsquoten hängen ab von der Art der Therapie, z. B. Langzeit- oder Kurzzeittherapie, von der Art der zugrundegelegten Kriterien für eine Behandlung, von der Qualifikation der Mitarbeiter, Persönlichkeitsmerkmalen und der Drogengeschichte des Klienten. In wissenschaftlichen Katamneseuntersu-

chungen, d. h. Klientenbefragungen, die z. T. mehrere Jahre nach Abschluß der Therapie erfolgen, werden oft sehr unterschiedliche und von Untersuchung zu Untersuchung variierende Erfolgskriterien zugrundegelegt. Für die Annahme eines Therapieerfolges sollten wenigstens drei Grundsätze gelten: Der Klient muß drogenfrei, außerdem sozial integriert sein, d. h. sich in Schule oder Berufsausbildung und in einem drogenfreien Bekanntenkreis befinden; schließlich darf er nicht wieder straffällig geworden sein.

Für die Therapie von Alkoholkranken kann heute von einer 50- bis 60prozentigen Erfolgchance bei einer Langzeittherapie bzw. sogar Kurzzeittherapie ausgegangen werden. Auch bei ambulanter Behandlung von Alkoholkranken zeigen sich Erfolgsquoten um 40 %.

Bei der Therapie von Drogenabhängigen wurde noch Anfang der 70er Jahre von einer nur 10%igen Erfolgchance ausgegangen. Heute rechnen wir mit etwa 30 % Erfolgen, wobei das dreigeteilte Erfolgskriterium Drogenfreiheit, soziale Integration und Legalitätsbewältigung zugrunde gelegt wird, und zwar bei Einbeziehung aller Klienten, die jemals das Therapieprogramm begonnen hatten; hierbei sind also auch diejenigen mitgerechnet, die ihre Therapie abgebrochen haben. Berücksichtigt man nur die Patienten, die das gesamte Programm bis zum Schluß erfolgreich durchlaufen, dann ergeben sich gleichhohe Erfolgsraten wie bei den Alkoholkranken, nämlich um die 60 %.

Ein besonderes Problem bei der Therapie Drogenabhängiger jedoch ist der Abbruch. Die Abbruchquote ist derzeit mit 60 bis 70 % sehr hoch. Abbruch muß nicht immer Rückfall in die Drogenszene bedeuten. Es ist besonders zwischen Früh- und Spätabbruch zu unterscheiden. Spätabbruch, etwa nach zwei Drittel der Zeit des zu durchlaufenden Langzeitprogramms, ist relativ günstig zu beurteilen. Frühabbrüche dagegen haben eine schlechte Prognose; und hier liegt bei den derzeitigen Therapieprogrammen ein Problembereich, der noch stärker angegangen werden muß.

Seit Juni 1985 führt der Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder eine Therapiedebatte. Dabei wird auch intensiv die Frage des Therapieabbruchs erörtert. Es besteht Einigkeit darüber, daß noch ein erheblicher Forschungsbedarf gegeben ist und die Langzeittherapieeinrichtungen auf empirischer Basis noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft haben, Strategien zur Verhinderung des Abbruchs beim Klienten zu entwickeln.

Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit fördert zur Zeit ein Forschungsvorhaben, an dem sich 13 verschiedene Langzeittherapieeinrichtungen beteiligen. Diese Einrichtungen haben sich dazu bereit erklärt, mit den Forschern ihre therapeutischen Konzeptionen, die Abbrüche in ihren Einrichtungen und die Rückfälle der Klienten zu analysieren mit dem Ziel, die Therapieprogramme zu verbessern und die Abbruch- und Rückfallquote zu senken. Dieses Vorhaben stellt an die

Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter in diesen Einrichtungen hohe Anforderungen, da die eigene Arbeit selbstkritisch überdacht werden muß. Erste Ergebnisse werden für den Herbst 1986 erwartet.

IX. Kostenprobleme im Suchtbereich

Seit Jahren von besonderer Aktualität sind eine Reihe von Problemen der Kostentragung im Suchtbereich. Die Bundesregierung sieht die Lage folgendermaßen: Nachdem durch das Bundessozialgericht klargestellt wurde, daß die Kosten für die Behandlung Suchtkranker auch von der Rentenversicherung und der Krankenversicherung zu tragen sind, haben die Spitzenverbände der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger Fragen der Abgrenzung der Zuständigkeiten für den Bereich der stationären Behandlung, Mindestanforderungen für die Durchführung stationärer Maßnahmen in qualitativer Hinsicht und anderes in der Empfehlungsvereinbarung vom 20. November 1978 (Suchtvereinbarung) geregelt.

Die Probleme, die mit der Rehabilitation Drogenabhängiger verbunden sind, weil der zuständige Leistungsträger nur schwer ermittelt werden konnte —, Drogenabhängige stehen oftmals nicht in einem Beschäftigungsverhältnis, so daß Ansprüche gegen Rentenversicherung oder Krankenversicherung nur schwer feststellbar sind — haben zu einer Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger (Vereinbarung/Vorleistung) zwischen den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherung sowie den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geführt. Darüber hinaus haben die Spitzenverbände der Renten- und Krankenversicherungsträger in mehrjährigen Beratungen unter Beteiligung von Sachverständigen den Entwurf eines „Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken“ erarbeitet.

Inzwischen stehen rund 200 geeignete Einrichtungen zur Verfügung, in denen zu Lasten der Kranken- und Rentenversicherung Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden, wobei die Durchführung der stationären Entwöhnungsbehandlung überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen wird (1984: 456,9 Millionen DM für 22 102 stationäre medizinische Maßnahmen).

Um die Wirksamkeit stationärer Entwöhnungsbehandlungen Alkoholkranker unter Berücksichtigung des Rehabilitationsbedarfs der Patienten zu untersuchen, wird zur Zeit vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger unter Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Leitung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie eine wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt. Ziel der Studie ist es, Kenntnisse darüber zu vermitteln, welche Patienten in welcher Einrichtung mit welchem Therapiekonzept möglichst optimal versorgt werden können. Erste Zwischenergebnisse werden derzeit zwischen den Partnern der „Suchtvereinbarung“ erörtert.

Probleme entstanden über Zuständigkeitsfragen bei der Finanzierung des ambulanten Bereichs (Kontakt- und Beratungsphase, ambulante Entwöhnungsbehandlung und Nachsorge). Die Renten- und Krankenversicherungsträger verkennen nicht, daß dem ambulanten Bereich große Bedeutung zukommt, weil dadurch z. B. stationäre Entwöhnungsmaßnahmen entbehrlich sind, wirksam ergänzt oder die dort erreichten Erfolge gefestigt und gesichert werden können. Einige Initiativen wurden inzwischen schon ergriffen:

- So haben Krankenversicherungsträger mit den Verbänden der Suchtkrankenhilfe, u. a. der Caritas und Diakonie, Vereinbarungen zur Intensivierung der Zusammenarbeit der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke abgeschlossen. Sie dienen dem Ziel der gegenseitigen Unterstützung bei der Einleitung und Durchführung von Rehabilitations- und Nachsorgemaßnahmen sowie einer Intensivierung der Aufklärung über Gefahren und Probleme der Sucht.
- Die Ersatzkassen haben am 1. Januar 1985 einen bundesweiten dreijährigen Modellversuch begonnen, um Erkenntnisse über die ambulante Rehabilitation und Nachsorge sowie über die Kooperation zwischen Arzt und Behandlungseinrichtung zu gewinnen.
- Die Betriebskrankenkassen haben sich verstärkt betriebsbezogenen Alkoholproblemen, insbesondere durch Aufklärungsarbeit, gewidmet und bemühen sich um eine enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus werden derzeit Überlegungen geführt, inwieweit die Betriebskrankenkassen die Finanzierung von Therapiemaßnahmen auch im ambulanten Bereich, soweit sie medizinischen Maßnahmen zuzuordnen sind, übernehmen können.
- Die Rentenversicherungsträger tragen über die zum größten Teil von ihnen finanzierte stationäre Entwöhnungsbehandlung hinaus im Bereich der Nachsorge auch zur Finanzierung von Nachsorgeeinrichtungen (im Rahmen der §§ 1305, 1307 RVO, §§ 84, 86 AVG, §§ 97, 98 RKG) bei. Die Frage, ob und inwieweit die Rentenversicherungsträger die Finanzierung von Einzelmaßnahmen der Nachsorge, also auch von ambulanten Leistungen, übernehmen können, ist noch ungeklärt.

Zur Klärung dieser und noch weiterer offener Fragen bei der Behandlung Suchtkranker im ambulanten und stationären Bereich wurde auf Anregung des Ständigen Arbeitskreises der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit 1984 ein „Informationskreis Sucht“ unter Federführung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit gegründet. In diesem Arbeitskreis sind alle in der Suchtbekämpfung maßgeblichen Institutionen beteiligt. In den bisherigen Beratungen wurden die unterschiedlichen Auffassungen und Probleme über leistungsrechtliche und finanzielle Schwierigkeiten eingehend erörtert.

Im wesentlichen geht es darum, daß bei der Therapie Suchtkranker nicht nur Ärzte, sondern ein Team von Psychologen, Pädagogen, Erziehern, Sozialarbeitern — jeweils mit Zusatzqualifikation — tätig wird. Je nach Situation stehen die ärztlichen/medizinischen Maßnahmen nur noch hinten an oder haben allenfalls noch begleitenden Charakter; zumindest im Verlauf der Rehabilitation tritt die selbständige und eigenverantwortliche Betreuung durch Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen in den Vordergrund. Daraus ergeben sich Probleme versicherungsrechtlicher Art (Abgrenzung medizinisch ausgerichteter Leistungen von nicht medizinischen Maßnahmen) sowie vertragsrechtlicher und vertragspolitischer Art (Vergütung von Therapie-maßnahmen in multidisziplinär besetzten Behandlungs- und Beratungsstätten; Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung allein im Rahmen der §§ 368 ff. RVO). Eine nennenswerte Kapazitätsausdehnung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Suchtbereich würde allerdings mit einer Kapazitätseinschränkung bei den stationären Behandlungsangeboten einhergehen, demnach finanzielle Einsparungen auf Seiten der Rentenversicherungsträger zu Lasten der Krankenversicherungsträger mit sich bringen.

Von Seiten der Verbände der Suchtkrankentherapie, aber auch aus dem Kreis der Drogenbeauftragten der Länder, wird seit langem Kritik an der gegenwärtigen Lage geübt. Diese Kritik bezieht sich einmal auf die Durchführung der den stationären Bereich betreffenden Suchtvereinbarung von 1978, darüber hinaus aber auf die mangelnde Geklärtheit der Kostenzuständigkeiten im ambulanten Bereich, vor allem bezüglich Beratung und Nachsorge. Die Diskussion über diese vielfältigen Probleme wird fortgesetzt.

X. Forschungs-Dokumentation und Informationsaustausch

Neue Erkenntnisse aus Forschung und Praxis und der nationale, europäische und internationale Informationsaustausch hierüber sind von großer Bedeutung für die Vorbereitung und Durchführung weiterführender Maßnahmen. Daher fällt dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln, einer dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit unterstellten Bundesbehörde, auch für den Rauchmittelbereich eine wichtige Funktion zu. Das seit 1969 bestehende Institut hat die Aufgabe, in- und ausländische Literatur und sonstige Informationen auf dem Gebiet der Medizin und ihrer Randgebiete unter Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung zu erfassen, auszuwerten, zu speichern und der fachlich interessierten Öffentlichkeit laufend oder auf Anfrage bekannt zu machen; es arbeitet an der Verbesserung von Dokumentations- und Informationssystemen, insbesondere der Literatur- und Befunddokumentation, in den genannten Fachbereichen. Das DIMDI hält in 36 öffentlich zugänglichen Literatur- und Fakten-Datenbanken eine Vielzahl von Informationen aus einschlägigen Veröffentlichungen bzw. von Daten über Stoffe und Produkte bereit. Aus dem europäischen Ausland

greifen etwa genauso viele Stellen wie aus dem Inland, nämlich rund 400, regelmäßig auf die Datenbanken des DIMDI zurück.

Die Datenbanken — d. h. die Dokumentation und Auswertung der Literatur- und Fakten-Quellen — spiegeln inhaltlich auch die Veränderungen im Mißbrauchs- und Suchtverhalten wieder. Dadurch werden rechtzeitig Veröffentlichungen z. B. über neue Drogen — auch Mischkonsum — oder Rehabilitationserfolge nachweisbar. Seit 1976 hat DIMDI den Auswertungsschwerpunkt von der Gefährdung durch Alkohol auf die durch Rauchen, Drogen und Arzneimittel sowie auf Lösungsmittel und den Mischkonsum ausgedehnt. Wichtig für den gesamten Suchtbereich ist die von DIMDI zusammen mit anderen Dokumentationsstellen erarbeitete, viermal im Jahr erscheinende „Dokumentation Gefährdung durch Alkohol, Rauchen, Drogen, Arzneimittel“; dokumentiert sind hier ausgewählte in- und ausländische Bücher und Zeitschriftenaufsätze, jeweils mit einer kurzen Inhaltsübersicht. Damit erfüllt dieser Referatedienst im Suchtbereich wesentliche Forderungen der beiden Aktionsprogramme zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs von 1975 und zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs von 1980.

Im sog. Giftpool läßt der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch DIMDI und das Bundesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit Giftnotruf- und Behandlungszentren in anonymisierter Form Daten über das Vergiftungsgeschehen sammeln und speichern. Mit Hilfe der Datenbankfunktionen und statistischer Auswertungssysteme lassen sich auch komplexe Fragestellungen zum Suchtgeschehen daraus beantworten, so etwa nach dem Auftreten des Mißbrauchs von illegalen Drogen oder von Arzneimitteln.

Zur Unterstützung der mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts befaßten Organe wurde im Verlauf des Jahres 1983 das Betäubungsmittel-Informationssystem (BIFOS) durch den Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und DIMDI entwickelt und aufgebaut. BIFOS ist voll betriebsfähig. Die Datenzulieferung erfolgt seit Mitte 1984. Siehe hierzu auch Abschnitt D. II. 7 a).

Hinzuweisen ist noch auf eine Statistik aus dem Bereich der Suchtberatung und Suchttherapie:

Seit sechs Jahren besteht die sog. EBIS-Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke. Über die Hälfte aller dieser Stellen liefern diesem „einrichtungsbezogenen Informationssystem“ anonymisierte Daten über Personen, die dort wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit oder wegen sonstiger Mißbrauchsprobleme vorsprechen oder aufgesucht werden. Wenn auch nicht alle Beratungseinrichtungen EBIS angeschlossen sind, so ist doch dieses Informationssystem das einzige, das bundesweite und repräsentative Daten z. B. über Zugänge, Abgänge und Veränderungen in der Klientel bei den Suchtberatungsstellen in der Bundesrepublik liefert. Eine Ausdehnung der EBIS-Statistik auf den stationären Bereich ist vorgesehen.

C. Mißbrauchsstoffe und -formen

I. Alkoholmißbrauch (Aktionsprogramm Alkohol)

1. Allgemeine Zusammenhänge

Der Auftrag des Deutschen Bundestages verlangt, auch über das Aktionsprogramm des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs zu berichten.

Das Aktionsprogramm Alkohol enthält eine Fülle von Einzelvorschlägen, die hier nicht alle erörtert werden können. Es kommt darauf an, ob die wichtigsten Zielsetzungen des zehn Jahre alten Programms in der Zwischenzeit erreicht worden sind. In der Präambel des Programms wird als Hauptziel eine Einschränkung der freien Verfügbarkeit alkoholischer Getränke für Kinder und Jugendliche herausgestellt. Als zweites Hauptziel des Programms stellt sich die Forderung dar, den hohen sozialen Rang des Alkoholtrinkens in unserer Gesellschaft — das „Image“ der alkoholischen Getränke also — abzubauen; hierzu gehören die Programmabschnitte über die gesundheitliche Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, über die Alkoholwerbung sowie über Maßnahmen mit Vorbildwirkung. Über diese beiden Programmziele soll daher in den folgenden Abschnitten berichtet werden.

2. Einschränkung der freien Verfügbarkeit

Im Mittelpunkt der geforderten Maßnahmen zur Einschränkung der freien Verfügbarkeit des Alkohols für Kinder und Jugendliche steht in dem Programm eine Verbesserung der Jugendschutzvorschriften, insbesondere des Gesetzes zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit. Dieses wurde nach mehreren vergeblichen Versuchen 1984 novelliert. Auch der die Abgabe alkoholischer Getränke betreffende § 4 war Teil der Gesetzesänderung, die grundsätzlich zum 1. April 1985 in Kraft getreten ist. Bisher durften andere alkoholische Getränke als Branntwein — vor allem Bier, das alkoholische Hauptgetränk junger Menschen, — an Jugendliche unter 16 Jahren abgegeben werden, wenn dies nicht zum eigenen Verzehr sein sollte; das „Fläschchen Bier für den Vater“ durfte somit an sie verkauft werden — eine Quelle allzu leichter Umgehung. Diese Möglichkeit ist nunmehr ausgeschlossen. Eine Ausnahme gilt allerdings, wenn ein 14- bis 16jähriger von einem Erziehungsberechtigten begleitet ist; hier überläßt es das Gesetz den Eltern zu entscheiden, ob ihr Kind ein Glas Bier oder Wein trinken darf.

Eine wesentliche Verschärfung ist mit dem seit 1. Oktober 1985 geltenden Verbot der Abgabe alkoholischer Getränke durch Automaten in der Öffentlichkeit Gesetz geworden; bisher war nur — im Gaststättengesetz — die Automatenabgabe von

Branntwein verboten. Das neue Automatenverbot gilt nicht, wenn in einem gewerblich genutzten Raum, etwa einer Gastwirtschaft, sichergestellt ist, daß Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sich daraus nicht bedienen können. Alkohol-Außenautomaten sind somit verboten, Innenautomaten bei entsprechender Kontrolle nicht. Die Gesetzesänderung hat damit eine Lücke geschlossen, nachdem während der Geltungszeit des beschränkten Abgabeverbots nach und nach bis zu rund 10 000 Alkohol-Automaten installiert worden waren.

Es ist bekannt, daß Jugendliche aller Altersstufen den Alkohol-Automaten nur in ganz geringem Ausmaß (1 %) als Bezugsquelle hatten. Gründe hierfür dürften die verhältnismäßig geringe Zahl dieser Automaten und die hohen Preise des über sie angebotenen Bieres gewesen sein. Dagegen war bei den 15- bis 17jährigen Probierern der elterliche Vorrat mit 48 % die häufigste Bezugsquelle. Zum Vergleich sei angemerkt: In Anbetracht der rund 750 000 Zigaretten-Automaten verwundert es nicht, daß bei den 15- bis 17jährigen Rauchern der Automat zu 37 % als Bezugsquelle genannt wurde.

Mit diesen Verschärfungen des Jugendschutzgesetzes ist die Forderung des Aktionsprogramms nach einer Einschränkung der freien Verfügbarkeit von Alkohol für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren weitgehend erfüllt.

3. Der soziale Rang des Alkoholtrinkens

Das „Aktionsprogramm Alkohol“ weist zu Recht der sozialen Bedeutung und der gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkoholtrinkens eine entscheidende Bedeutung zu; konsequenterweise spielen deshalb gesundheitliche Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit und Maßnahmen mit Vorbildwirkung eine große Rolle in dem Programm. Der damit eingeschlagene Weg einer Primär- und Sekundärprävention ist richtig; er hat gewisse Erfolge bezüglich einer Veränderung im Denken und Handeln der Bevölkerung gebracht und muß konsequent weiterverfolgt werden. Die bereits oben (B.I) angegebenen Gesamtzahlen der Entwicklung des Alkoholkonsums zeigen zwar, daß sich ein rückläufiger Trend bei den Erwachsenen zunächst umgekehrt hat, dagegen das Biertrinken in der Jugend deutlich zurückgegangen ist. Auch haben sich die alkoholfreien Getränke weiter durchgesetzt. Beide Entwicklungen können mit auf die jahrelangen Bemühungen um eine gezielte Alkoholprävention zurückgeführt werden. Eine solche Schlußfolgerung ist um so eher gerechtfertigt, als sich nicht nur für objektive Konsummengen Rückgänge nachweisen lassen, sondern auch für subjektive Einstellungen, die konsumfördernd wirken können. Interessante Aufschlüsse gibt hier insbesondere die bayerische Wie-

derholungsbefragung bei jungen Menschen (Jugend und Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak 1984, erschienen 1986). Zu der Aussage „jeder sollte irgendwann mal die Erfahrung des Betrunkenseins gemacht haben“ äußerten sich die Befragten bis 24 Jahre 1973 zu 46 % mit einem „Ja“, 1980 noch zu 41 %, 1984 nur noch zu 31 %. Die Angabe „Alkoholismus ist eine Krankheit“ hielten von den 15- bis 17-jährigen 1976 64 % und 1984 76 % für richtig. Ohne solche Einzelergebnisse überzubewerten, wird man in ihnen Anzeichen für einen Bewußtseinswandel in Teilen der Jugend ablesen können.

Dennoch meinten nach der Bundesstudie (1983) immerhin noch 47 % der befragten jungen Menschen bis zu 24 Jahren, zu Hause sollte man immer alkoholische Getränke parat haben, um Besuchern etwas anbieten zu können; 90 % der jungen Menschen, die schon einmal Alkohol getrunken hatten, haben dies bei festlichen Anlässen getan, 77 % bei Parties. Das darin zum Ausdruck kommende Denken bzw. Tun muß nicht negativ bewertet werden, zeigt aber einen doch nicht unbedenklichen hohen, zu wenig reflektierten Rang, den das soziale und das gesellige Trinken in unserer Gesellschaft einnehmen; in solche gesellschaftliche Wertsetzungen wachsen die jungen Jahrgänge hinein. Nicht zuletzt an den Arbeitsstellen — Fabrik, Betrieb, Büro —, die zur Prägung junger Menschen wesentlich beitragen, ist der Umgang mit Alkohol bei Feiern und anderen Anlässen allzu sorglos.

Wie groß das elterliche Vorbild für das Trinkverhalten ist, zeigen einige Angaben aus der Bundesstudie: 59 % der 12- bis 14-jährigen können sich aus dem elterlichen Alkoholvorrat bedienen; überhaupt rangiert der häusliche Vorrat neben Kneipe, Gasthaus und Diskothek an der Spitze der jugendlichen Bezugsquellen. Nach den Angaben der Befragten trinken 53 % der Väter regelmäßig Bier, in Bayern sogar 72 %. Das Trinkverhalten der nachwachsenden Generationen spiegelt in gewissem Umfang das positive bzw. negative Vorbild der Erwachsenen, vor allem der Eltern.

Eine entscheidende Rolle bei der Prägung der jungen Menschen bezüglich des Alkohols dürfte das Fernsehen spielen, vor allem Sendungen, die auch verstärkt von Jugendlichen gesehen werden. Es wird zu Recht beklagt, daß in Spielfilmen, aber auch in Unterhaltungssendungen am Bildschirm allzu häufig der Griff nach dem Glas — übrigens auch nach der Zigarette — gezeigt wird. Das öffentlich-rechtliche Fernsehen sollte seine Funktion als Vorbildträger bewußter wahrnehmen und sich nicht nur auf — gewiß verdienstvolle — Gesundheitssendungen beschränken. In diesem Zusammenhang kann die Schwerpunktwoche Sucht'84 des ZDF und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren im Oktober 1984 hervorgehoben werden; die mit einem großen Mobilisierungseffekt verbundene Suchtwoche ist in der Zeitschrift „Suchtgefahren“ (Oktober 1985, Heft 3a) kritisch dokumentiert und analysiert worden.

Gerade im Alkoholbereich zeigt sich, wie wichtig für eine positive Prägung der Generation präventive Maßnahmen und Aktionen vor allem im ge-

meindlichen Lebensumfeld sind. In einigen Länder-Beiträgen ist von verschiedenen solchen Aktivitäten berichtet: etwa Ausstellungen, Pop-Musik-Veranstaltungen und Image-Kampagnen, jeweils mit alkoholfreier Zielrichtung. Z. B. in Hagen/Westfalen hat seit einiger Zeit eine Jugend-Disco, die ganz auf alkoholische Getränke verzichtet, großen Zulauf. Hier bietet sich für die freie Jugendarbeit, auch die Jugendsozialarbeit, und die Gesundheitsprävention der Kommunen sowie der freien Wohlfahrts- und Jugendträger, aber auch für private Initiativen ein weites, erfolgversprechendes Feld der Betätigung.

4. Alkoholwerbung

Nach den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen ist davon auszugehen, daß im allgemeinen der Genuß maßvoller Mengen Alkohol beim erwachsenen, gesunden Menschen nicht gesundheitsschädlich ist. Somit unterscheidet sich die gesundheitliche Bewertung des Alkohols grundlegend von der des Tabakrauchens.

Anläßlich der Beratungen des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes (LMBG) vom 15. August 1974, das einschränkende Regelungen über die Werbung für Tabakerzeugnisse enthält, ist eingehend geprüft worden, ob solche Regelungen auch in Bezug auf die Werbung für alkoholische Getränke eingeführt werden sollten. Der Gesetzgeber hat jedoch wegen der Unterschiede in der gesundheitlichen Bewertung von Tabakerzeugnissen und von alkoholischen Getränken letztlich Abstand von speziellen Werberegulungen für Alkohol genommen.

Besondere Vorschriften, welche die Werbung für alkoholische Getränke beschränken, bestehen nicht. Es gelten jedoch auch für die Alkoholwerbung die allgemeinen Rechtsvorschriften, insbesondere die Verbote des LMBG zum Schutz des Verbrauchers vor Täuschung.

Im übrigen hat die Alkoholwirtschaft auf Grund einer Initiative des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit im Jahre 1976 als selbstdisziplinäre Maßnahme die „Verhaltensregeln über die Werbung für alkoholische Getränke“ beschlossen (s. Anlage 1). Mit dieser Selbstbeschränkungs-Vereinbarung haben die Organisationen und Verbände der Alkoholhersteller und -importeure — ein Jahr nach dem Aktionsprogramm Alkohol und dessen Aufforderung (unter Ziffer D.II.16) — dessen wesentlichen Vorschläge zu qualitativer Beschränkung der Werbung aufgenommen: insbesondere zur Alkoholwerbung mit Jugendbezug, aber auch zur Reklame mit krankheitsbezogenen oder verharmlosenden Aussagen sowie zur Werbung mit Leistungssportlern.

Die Einhaltung der Vereinbarung wird vom Deutschen Werberat mit weitgehendem Erfolg überwacht. Die Bundesregierung mißt dieser freiwilligen Selbstbeschränkung der Wirtschaft besondere Bedeutung und weiterhin Vorrang vor speziellen gesetzlichen Einschränkungen bei. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und ihre Trägerverbände sprechen sich dagegen in ihren Be-

richtsbeiträgen z. T. unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des Deutschen Guttempler-Ordens „Alkoholpolitik — eine Notwendigkeit!“ zugunsten gesetzlicher Einschränkungen der Werbung für alkoholische Getränke aus.

5. Preise nichtalkoholischer Getränke

Das Genußmittel Alkohol kann nicht nur legal erworben und im Übermaß oder als Rauschmittel mißbraucht werden, sondern alkoholische Getränke sind für fast alle Bevölkerungskreise und bereits für Jugendliche im Schul- und Ausbildungsalter finanziell erschwinglich. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren weist darauf hin, daß alkoholische Getränke im Verhältnis zum Einkommen der meisten Bürger und im Vergleich zu den alkoholfreien Getränken zu billig sind. Die „freie Verfügbarkeit“, also das unbegrenzte Angebot, von Alkohol für Jugendliche über 16 Jahren hat insofern eine Parallele auch auf der Nachfrageseite, als insbesondere Bierkonsum für die meisten jungen Menschen kein besonderes finanzielles Problem darstellt.

Seit Jahren bedeutet die Tatsache, daß in den meisten Gastwirtschaften nichtalkoholische Getränke teurer als die gleiche Menge Bier ausgeschenkt werden, ein jugend- und gesundheitspolitisches Problem. Je jünger Kinder oder Jugendliche sind, über desto weniger eigenes Geld verfügen sie in der Regel. Auch wenn sie sich absolut gesehen ein Limo- oder Colagetränk durchaus leisten können, werden sie doch oft von dem meist bestehenden Preisgefälle gegenüber dem Bier zum Alkoholtrinken motiviert. Nach der Bundesstudie würden 23 % der jungen Leute unter 24 Jahren, die schon einmal Alkohol getrunken haben, ein nichtalkoholisches Getränk wählen, wenn es billiger als Bier wäre. Die Bundesregierung unterstützt daher auch die weitverbreiteten Forderungen und Aktionen zur Propagierung preiswerter, attraktiver Jugendgetränke ohne Alkoholgehalt. Sie hat sich bereits vor Jahren in Gesprächen mit dem Deutschen Brauerbund und dem Deutschen Hotel- und Gaststätten-Verband für Appelle derselben gegenüber den Mitgliedern dieser Verbände eingesetzt und beim Bundeskartellamt kartellrechtliche Bedenken hiergegen ausgeräumt (s. Antwort auf eine Frage des Abgeordneten Linsmeier vom 1. Juni 1983, BT-Drucksache 10/108). Auch in den Ländern wurden von Regierungsseite und über die kommunalen Spitzenverbände Anstrengungen unternommen, eine andere Preisgestaltung bei den Gastwirten zu erreichen.

Gesetzliche Maßnahmen — etwa im Gaststättengesetz —, um Gastwirte zum Angebot eines nichtalkoholischen Getränks zu zwingen, das billiger als Bier ist, hält die Bundesregierung für untauglich und ordnungspolitisch verfehlt. Eine solche Regelung könnte weder eine Umgehung durch Bierpreis erhöhungen verhindern, noch die geschmackliche Qualität des alkoholfreien Getränks garantieren (s. hierzu die Antwort auf eine Frage des Abgeordneten Rapp, Stenogr. Prot. des Deutschen Bundestages vom 28. März 1984). In einer weiteren Antwort

auf Fragen des Abgeordneten Linsmeier (vom 20. Dezember 1984, Drucksache 10/2698) berichtet die Bundesregierung u. a., daß die Deutsche Bundesbahn in ihren Speisewagen nichtalkoholische Getränke billiger als Bier anbietet.

Eine Umfrage des bayerischen Brauer-Bundes hat folgendes ergeben: 95 % der Brauereien des Verbandes lieferten auch als Hersteller nichtalkoholischer Getränke diese billiger als Bier; 30 % der Brauereien gaben an, daß die von ihnen belieferten Gaststätten wenigstens ein alkoholfreies Getränk billiger als Bier anboten; 72 % der Brauereien hatten in eigenen Gaststätten eine solche Preisgestaltung. Die Verschiebung der Preisrelation zwischen alkoholischen und nichtalkoholischen Getränken vollzieht sich somit zumeist erst beim Gastwirt. Als Begründung für höhere Verdienstspannen bei Sprudel- und Colagetränken wird der geringere „Stuhlsatz“ gegenüber Bier angegeben (s. Drucksache 10/4623, S. 20).

Die Bundesregierung hält die dargestellte Preisgestaltung im Hinblick auf die Belange der Jugendlichen für unbefriedigend und erwartet von den betreffenden Verbänden erneute Anstrengungen, daß alkoholfreie Getränke billiger als Bier abgegeben werden.

6. Alkohol im Betrieb

Der überwiegende Teil der Bevölkerung — vor allem der männliche, der ja einen weitaus höheren Alkoholkonsum hat als der weibliche — verbringt seine Arbeitszeit in irgendeinem Betrieb, einem Büro oder einer Fabrik. So ist es natürlich, daß sich die hohe gesellschaftliche Akzeptanz alkoholischer Getränke auch im betrieblichen Alltag zeigt, zumal hier arbeitsplatzbedingte Ursachen für Alkoholkonsum hinzukommen können. Gerade das verbreitete gesellige Alkoholtrinken hat an der Arbeitsstelle seine weitgehend akzeptierten Ausprägungen gefunden: so das Trinken von Bier, Sekt und Wein an Geburtstagen, bei Jubiläen und Beförderungen. Verbreitet ist allerdings auch das Alkoholtrinken während der Arbeit, etwa bei körperlicher Tätigkeit. Diese weitgehend tradierten Konsumbräuche schaffen und erhalten dem Alkohol seinen gesellschaftlichen Stellenwert im Betrieb. Betriebsfeiern mit Alkohol schaffen gewiß keine Alkoholiker — die Gründe dazu liegen in aller Regel in persönlichen oder beruflichen Schwierigkeiten: Partnerprobleme, Ehescheidung, Schulden, Überforderung oder Versagen im Beruf. Aber die praktizierte Toleranz im Betrieb gegenüber dem Alkohol schafft doch ein gefährdendes Klima und willkommene Gelegenheiten für alkoholgefährdete Mitarbeiter, alkoholischen Getränken im Übermaß zuzusprechen — und dies scheinbar legitimiert von betrieblichen Gebräuchen. Junge Betriebsangehörige, bereits Auszubildende, wachsen so auch in ihrer betrieblichen Umgebung in eine gesellschaftliche Alkoholtoleranz hinein, welche die Schwelle zu einer vorhandenen Suchtgefährdung herabsetzt. Es kann freilich auch festgestellt werden, daß sich seit Jahren bei betrieblichen Anlässen alkoholfreie Getränke — etwa Orangensaft und Cola — wachsender Beliebtheit erfreuen.

In der Suchtkrankenhilfe gilt der Erfahrungssatz, daß man in Betrieben mit rd. 5% alkoholgefährdeter und -abhängiger Mitarbeiter rechnen muß. Viele Betriebe und Verwaltungen täuschen sich über das Ausmaß dieser Gefährdung, da der typische Alkoholiker sich in der Regel mit großer Geschicklichkeit tarnt, eine Alkoholgefährdung in der Arbeit lange Zeit kaschiert werden kann und Mitarbeiter wie Vorgesetzte überwiegend zu einer Bagatellisierung, wenn nicht gar Verleugnung solcher „Problemfälle“ neigen. In der Wirtschaft sind es vor allem Großbetriebe, die seit langem das menschliche und betriebliche Gewicht dieser Frage erkannt haben und betriebliche Suchtkrankenhilfe anbieten. Unternehmen wie Bayer-Leverkusen und Schering in Berlin haben aus ihren betrieblichen sozialen Diensten besondere Betreuungsdienste für Alkoholgefährdete und -abhängige entwickelt. Darüber hinaus bestehen Betriebsvereinbarungen, die Vorschriften über den Umgang mit Alkohol im Betrieb sowie Stufenpläne über das kollegiale und arbeitsrechtliche Vorgehen in Fällen von Alkoholgefährdung enthalten; generell ist die Entlassung nur als äußerstes Mittel vorgesehen. Wichtig sind die Vertraulichkeit der Betreuungskontakte gegenüber dem Betrieb und der Schutz persönlicher Daten.

In Klein- und Mittelbetrieben sind entsprechende Vorkehrungen noch wenig verbreitet, schon weil der einzelne Betrieb dabei organisatorisch oft überfordert ist. Beachtung verdienen daher einzelne Versuche — z. B. im Raum Koblenz —, in einer Region Alkoholprävention sowie Beratung und ambulante Behandlung für Alkoholiker auf privater Basis überbetrieblich und mit finanzieller Beteiligung der Betriebe anzubieten. Unter Wahrung seiner Anonymität gegenüber dem Betrieb kann sich ein alkoholgefährdeter oder -abhängiger Arbeitnehmer auf diese Weise unauffällig an einen solchen außerbetrieblichen Sozialdienst wenden.

In den Verwaltungen des öffentlichen Dienstes, in Bund, Ländern und Kommunen sind entsprechende Regelungen erst zögernd getroffen worden. Hervorzuheben sind zwei großstädtische Regelungen in Köln und Stuttgart aus dem Jahre 1984, die beide dem Stufenmodell folgen: angefangen vom ersten Gespräch des Vorgesetzten über Abmahnungen der Personalverwaltung bis zu dienstrechtlichen Maßnahmen; die Entlassung als letzte Konsequenz kann dabei um so eher vermieden werden, je früher der Betreffende auf seinen problematischen Alkoholkonsum hingewiesen wird. Zur Erläuterung ist die Stuttgarter „Dienstvereinbarung über den Umgang mit alkoholkranken oder alkoholgefährdeten Mitarbeitern“ vom 24. Juli 1984 in Anlage 2 beigelegt.

Zwischen den Ressorts der Bundesregierung sind unter Federführung des Bundesministers des Innern 1984/1985 in einer Arbeitsgruppe „Empfehlungen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs“ ausgearbeitet worden, die sich an die einzelnen Ministerien mit dem Ziel der innerdienstlichen Umsetzung richten (s. Anlage 3). Neben präventiven Vorschriften, die ein absolutes Alkoholverbot nur in sicherheitsrelevanten Bereichen enthalten, sehen

die Empfehlungen ebenfalls einen Stufenplan bei Alkoholauffälligkeit eines Bediensteten und arbeits- bzw. disziplinarrechtliche Maßnahmen erst nach beharrlicher Verweigerung einer Entwöhnungsbehandlung oder letztlich erfolgloser aller Maßnahmen vor. Als erstes Ressort hat das Auswärtige Amt im Februar 1986 einen entsprechenden Runderlaß in Kraft gesetzt.

7. Alkohol in der Bundeswehr

Der Alkoholmißbrauch von Soldaten der Bundeswehr hat durch spekulative und dramatische Darstellungen in den Medien wiederholt öffentliche Aufmerksamkeit gefunden. Es liegt nahe, einen mißbrauchbegünstigenden Einfluß der häufig beklagten Langeweile in der Freizeit des Soldaten, der allgemeinen Unzufriedenheit mit dem Wehrdienst, der ausgeprägten Gruppenzwänge sowie der gleichzeitigen Trennung von Familie, Freunden und Heimat anzunehmen. Solchen wirklichen oder behaupteten Ursachen von Alkoholmißbrauch in der Truppe nachzugehen, war Aufgabe eines Forschungsvorhabens, welches das Bundesministerium der Verteidigung an Prof. von Troschke, Freiburg, vergeben hat. In einer empirischen Untersuchung wurde von ihm das Alkoholkonsum-Verhalten bei 4 000 Soldaten untersucht und wissenschaftlich ausgewertet. Ein Einfluß der genannten Faktoren ließ sich bei den entsprechenden Fragebogenaktionen tatsächlich bestätigen. Es ergab sich ein statistisch gesicherter Zusammenhang zwischen heimatferner Stationierung und Steigerung des Alkoholkonsums, wobei die kritische Entfernung bei etwa 50 km zu liegen scheint.

Auffällig ist nach der Untersuchung der Einfluß der Motivation des Soldaten für den Wehrdienst auf dessen Trinkverhalten. Dabei spielt auch das Bildungsniveau eine Rolle. In diesem Sinne ließ sich die auch für die Bundeswehr geäußerte Vermutung nachweisen, nach der exzessiver Alkoholkonsum unter Angehörigen der unteren Sozial- und Bildungsschichten häufiger vorkommt als in der Mittel- und Oberschicht. Deutliche Zusammenhänge konnten ferner festgestellt werden zwischen der Intensität des Alkoholmißbrauchs und der Anfälligkeit für andere Suchtmittel bzw. einer Neigung zu Verweigerungshaltungen der verschiedensten Art, zur Suizidalität und zu strafbaren Handlungen. Es zeigt sich insgesamt eine statistisch hoch signifikante Affinität zwischen der Stärke des Alkoholmißbrauchs und dem Grad der sozialen Abweichung.

Nach allem ist jedoch die Situation für den Bereich der Bundeswehr nicht als bedrohlich zu bezeichnen. Sie wird entscheidend mitgeprägt durch solche Verhaltensweisen, die nicht bundeswehreigentlich sind, sondern mit den Grundwehrdienstleistenden in die Streitkräfte hineingetragen werden und dort unter bestimmten Bedingungen — aber durchaus nicht regelmäßig — eine Steigerung erfahren können.

Die Wehrmedizinalklinik erfaßt in den Gesundheitsberichten und dem Bundeswehrkrankenhaus-

berichtet systematisch nur solche alkoholbedingten Behandlungsfälle bei Soldaten der Bundeswehr, die mit einer Befreiung von allen Dienstverrichtungen für die Dauer von mindestens 24 Stunden verbunden sind. Aus nicht statistischen Angaben geht hervor, daß die nach klinischer Behandlung festgestellte Alkoholabhängigkeit in ihrer Häufigkeit seit 1981 keine wesentliche Änderung erfahren hat.

Zur Verhütung und Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs in der Bundeswehr hat das Bundesministerium der Verteidigung u. a. von dem genannten Forscher „Handreichungen für den Einheitsführer — Vermeidung von Alkoholmißbrauch in der Truppe“ erarbeiten lassen.

8. Alkohol und Straßenverkehr

Im Gegensatz zu den illegalen Drogen ist der Verkehr mit Alkoholika grundsätzlich nicht strafbar: Alkohol ist ein legales Genußmittel; auch soweit es als Rauschmittel mißbraucht wird, ist dieser Mißbrauch als solcher nicht gesetzwidrig, und doch ist Alkoholmißbrauch auf vielfältige Weise und in Millionen von Fällen mit strafbaren Handlungen verbunden: besonders im Straßenverkehr.

Im Jahre 1983 wurden in der Bundesrepublik 66 450 alkoholbedingte Verkehrsunfälle registriert, davon 44 220 mit Personenschaden; 24 800 Personen wurden dabei schwer verletzt und 2 547 getötet (= 22% aller im Straßenverkehr Getöteten). Die Dunkelziffer der Alkohol-Fahrten wird jedoch als sehr hoch eingeschätzt: nur jede zweihundertste bis dreihundertste dieser Fahrten dürfte entdeckt werden. Eine neuere Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, daß wahrscheinlich 56% der Straßenverkehrs-Unfalltoten letztlich alkoholisierten Fahrern zuzuschreiben sind (das wären weit über 6 000 Unfalltote). Gerade die schweren Straßenverkehrsunfälle — besonders die mit tödlichem Ausgang sind überdurchschnittlich häufig alkoholbedingt. 1983 wurden wegen Trunkenheit am Steuer über 137 000 Fahrerlaubnisse entzogen und 30 475 isolierte Sperren ausgesprochen. Besonders hoch ist der Anteil junger Leute zwischen 18 und 24 Jahren unter den Alkoholtätern (37%).

Diese Zahlen erläutern die Größenordnung, die das Problem des Alkoholmißbrauchs allein in dem erwähnten Bereich in unserer Gesellschaft besitzt. Wieviele Alkoholabhängige und -gefährdeten sich hinter diesen Zahlen verbergen, kann nicht angegeben werden. Mit Sicherheit ist der Prozentsatz unter den Wiederholungstätern des Delikts „Alkohol am Steuer“ besonders hoch. Seit 1971 werden für solche alkoholauffälligen Kraftfahrer, denen bereits zweimal die Fahrerlaubnis entzogen worden ist, Nachschulungskurse durchgeführt. Eine Evaluationsstudie kam zu dem Ergebnis, daß innerhalb von 19 Monaten nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis 6,7% der nicht nachgeschulten Fahrer, aber nur 3,3% der Absolventen eines solchen Kurses wieder durch Trunkenheit im Straßenverkehr auffielen.

Das Gutachten des Gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin beim Bundesminister für Verkehr und beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit „Krankheit und Kraftverkehr“ (April 1985) legt in einem allgemeinen Abschnitt über Suchtkrankheiten insbesondere Kriterien zur Beurteilung der Alkoholabhängigkeit vor. Es enthält Leitsätze darüber, wann jemand deshalb zum Führen eines Kraftfahrzeugs ungeeignet ist und wann ihm die Erlaubnis hierzu wieder erteilt werden darf. In dem Gutachten heißt es: „In jedem Fall ist nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit eine einjährige Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen nachzuweisen.“

Der Bundesminister für Verkehr weist zum Themenkreis „Alkohol und Kraftverkehr“ auf folgende Maßnahmen des Bundes hin:

- Die Grundsatzerklärung der Bundesregierung im Verkehrssicherheitsprogramm 1984 (Drucksache 10/1479.18 „Zum Gefahrenthema Alkohol und Arzneimittel“);
- Forschungen zum Thema Alkohol, Straßenverkehr und Gesellschaft: Die Bundesanstalt für Straßenwesen führt seit Jahren im Auftrage des Bundesministers für Verkehr umfangreiche Forschungen durch. Mit einem Gesamtaufwand von bislang über 2 Mio. DM sind Einstellungen und Verhaltensweisen in unserer Gesellschaft untersucht worden. Es kristallisierte sich dabei im wesentlichen heraus, daß sinnvolle Möglichkeiten zur Eindämmung des Problems nur auf einer gewandelten Einstellung der Gesellschaft zum Thema Alkohol aufbauen können. Die Forschungen werden fortgeführt;
- Presseseminare des Bundesverkehrsministeriums zum Thema Alkohol für Journalisten der Tages- und Fachpresse, für Rundfunkjournalisten; gesonderte Seminare für Redakteure von Schülerzeitungen;
- Broschüren und Informationsmaterialien, die über Fahrschulen und Verkehrssicherheitsorganisationen verteilt werden, aber auch bei örtlichen Veranstaltungen durch Polizei oder Verkehrswachen eingesetzt werden;
- Aufklärungsaktion „Nüchtern fahren — sicher ankommen“ des Deutschen Verkehrssicherheitsrates, die 1986 durchgeführt wird.

II. Konsum illegaler Drogen (Aktionsprogramm Drogen)

1. Allgemeine Zusammenhänge

Wie eingangs erwähnt (A. II), wünscht der Bundestag zum Bereich der illegalen Drogen auch Auskünfte über die Durchführung des Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisßbrauchs vom 16. Januar 1980. Die Bundesregierung hat allerdings am 29. Dezember 1983 bereits einen Bericht über die

Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts (Drucksache 10/843) und der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit einen Nachtrag vom 23. November 1984 erstattet. Im Vordergrund der Ausführungen dieser Unterrichtung stehen die vom Ausschuß in Teil II der Beschlußempfehlung und dem Ausschußbericht hervorgehobenen Einzelfragen zu diesem Bereich. Da der Bericht versucht, das Mißbrauchsgeschehen als weitgehend einheitliche Erscheinung darzustellen (Abschnitt B), sollen hier nur drogenspezifische Besonderheiten ergänzt werden.

Das Aktionsprogramm stammt aus dem Jahre 1980. Deshalb berücksichtigt die Unterrichtung vor allem die Entwicklung der letzten fünf Jahre. Es wird darauf verzichtet, jeweils stets auf die Abschnitte und Aussagen des Programms Bezug zu nehmen. Über dessen wesentliche Sachbereiche wird jedoch im folgenden berichtet.

2. Einzelzahlen zum Mißbrauch

Wie in dem Aktionsprogramm soll auch hier ein zahlenmäßiger Überblick über die gegenwärtige Situation der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels und des Drogenmißbrauchs sowie über die Entwicklungstrends gegeben werden. Insgesamt scheint das Drogenproblem in der Bundesrepublik Deutschland seit einigen Jahren nicht mehr zu wachsen; es stagniert vielmehr bei insgesamt leicht abnehmender Tendenz. Auch einige der polizeilichen Daten — über Rauschgiftdelikte, Erstkonsumenten und Drogentote seit 1980 — fügen sich trotz einiger Schwankungen in dieses Bild. Einzelentwicklungen — insbesondere bei Kokain und Cannabis — lassen allerdings eine Zunahme des Konsums befürchten.

Das polizeiliche Bild des Konsums illegaler Drogen ist überwiegend ein Spiegelbild der Rauschgiftbekämpfungsmaßnahmen; die seltenen privaten Anzeigen tragen wenig zur Aufhellung des weiten Dunkelfeldes bei. Die polizeiliche Kriminalstatistik kann im Drogenbereich somit nur ein schwacher Indikator unter anderen sein. In der Anlage 4 wird die Zahlenentwicklung seit 1980 für die Rauschgiftdelikte, die Sicherstellungen und die Erstkonsumenten wiedergegeben.

Der im Blickpunkt stehende Heroinkonsum zeigt keine auffälligen Tendenzen, in verschiedener Hinsicht einen leichten Rückgang. Zwar halten sich die Rauschgiftdelikte und die Sicherstellungen hier nach Rückgängen Anfang des Jahrzehnts auf beträchtlichem Niveau; doch die Zahl der polizeilich registrierten Erstkonsumenten hat von 1980 bis 1984 deutlich von 6 091 auf 2 770 abgenommen.

Kokain ist vor allem wegen des spektakulären Anwachsens der Sicherstellungsmengen in den letzten Jahren (1982 noch 33 kg, 1984 bereits 171 kg, 1985 165 kg) in die Schlagzeilen gekommen. Die Zahl der einschlägigen Rauschgiftdelikte ist dagegen nicht entsprechend angewachsen; die Zahl der Erstkonsumenten hat sich nach einem Höhepunkt 1981 al-

lerdings seit 1984 wieder erhöht. Auch die anderen westeuropäischen Staaten sind einem anhaltenden Angebotsdruck ausgesetzt. Die spezielle Entwicklung in diesem Bereich wird unten (C. II. 6 a) noch stärker beleuchtet.

Die Cannabis-Delikte machen rund zwei Drittel aller polizeilich ermittelten Rauschgiftdelikte aus. Schon dies zeigt, daß Haschisch und Marihuana die mit Abstand am häufigsten gehandelten und konsumierten illegalen Drogen sind. Die Sicherstellungsmengen haben 1985 sprunghaft zugenommen, vor allem durch Großaufgriffe im Tonnen-Bereich. Dieser Umstand läßt Rückschlüsse auf den Konsum nur sehr bedingt zu, zumal bei Cannabis die Dunkelziffer besonders hoch ist.

Die synthetischen Drogen LSD und Amphetamin werden zu einem beträchtlichen Teil in illegalen niederländischen Labors hergestellt und von reisenden Konsumenten in die Bundesrepublik eingeschleust. Es sind allerdings auch Amphetamin-Labors in der Bundesrepublik Deutschland entdeckt worden. Die Zahl der erfaßten Erstkonsumenten von Amphetamin ist 1985 stark angestiegen.

Ergänzend sei auf die Erkenntnisse über den Drogenkonsum aus empirischen Untersuchungen hingewiesen. Zahlenmäßig stehen danach unter den illegalen Drogen beim Konsum nach wie vor Haschisch und Marihuana im Vordergrund. Die Bundesstudie weist unter den jungen Menschen zwischen 12 und 24 Jahren — soweit sie Drogenerfahrung haben — 80 % Erfahrung mit Haschisch und 40 % Erfahrung mit Marihuana aus; Cannabis ist somit die am häufigsten verwendete illegale Droge. 11 % der Drogenerfahrenen haben schon einmal LSD erprobt. „Nur“ 8 % von ihnen haben Opiate (einschließlich Heroin und Kodein) genommen. Unter den soziologischen Schichten haben Arbeiter signifikant häufiger (14 %) Drogenerfahrung als Angestellte (11 %). Die Gruppe mit dem größten Anteil Drogenerfahrener ist jedoch die der Arbeitslosen mit 26 %.

Die neueste Untersuchung des Drogenkonsums in der Bayerischen Jugend weist für Heroin seit 1976 (4 % der Drogenkonsumenten) einen Rückgang auf 3 % (1980) und 2 % (1984) auf. Bezüglich des Kokains lagen die Jahre 1976 und 1980 bei 6 bzw. 7 %; für 1984 ist ein Rückgang auf 5 % ausgewiesen. Einem schwankenden Rückgang bei Haschisch (von 1980 79 % auf 1984 66 %) steht ein starkes Anwachsen des in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht besonders verbreiteten Marihuana gegenüber (1973 noch 19 %, 1980 schon 37 %, 1984 49 %).

3. Die Drogentodesfälle

Die Zahlen der Drogentodesfälle — die allerdings kein verlässlicher Indikator für das Ausmaß der Drogensituation insgesamt sind — haben sich in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

1980	1981	1982	1983	1984	1985
449	360	383	472	361	315

1979 hatte die Zahl der Drogentoten einen bisher unerreichten Höhepunkt von 623 Toten erreicht gehabt.

Bei der Erfassung der Rauschgifttoden gehen die zuständigen Polizeibehörden von der amtlichen Definition vom 10./11. Januar 1979 aus. D. h.: es werden alle verstorbenen Drogenabhängigen als Rauschgifttote erfaßt, deren Tod in irgendeinem Kausalzusammenhang mit ihrem mißbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln oder als Ausweichmittel verwendeter Ersatzstoffe steht. Nicht mitgerechnet werden somit Todesfälle von Drogenkonsumenten, für die der Drogenkonsum in keiner Weise verantwortlich war, z. B. Autounfälle, die von Drogeneinwirkungen unabhängig waren, oder sonstige damit nicht zusammenhängende Unfälle oder Krankheiten.

Doppelzählungen — etwa bei wechselndem Aufenthaltsort bzw. ungeklärtem Wohnsitz — sind nach Auskunft des Bundeskriminalamtes bisher nicht aufgetreten. Keine Probleme der Zählung gibt es danach auch bei den im Ausland verstorbenen deutschen Drogentoten; hier ist dasjenige Bundesland zuständig, in dem der Verstorbene zuletzt gewohnt hat und polizeilich gemeldet war.

Seit 1980 sind in der Bundesrepublik Deutschland keine Drogentodesfälle im Kindesalter (also unter 15 Jahren) bekanntgeworden. Das Durchschnittsalter der Drogentoten wächst vielmehr. Dies könnten erste Anzeichen dafür sein, daß sich allmählich das Bewußtsein für die Gefährlichkeit illegaler Drogen und hier insbesondere des Heroins durchsetzt und weniger junge Menschen in die Heroinszene hineinleiten.

4. Maßnahmen im nationalen Bereich

Bei der Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland wurde von der Bundesregierung durch Ausbau des Bundeskriminalamtes ein Schwerpunkt gesetzt. Der Deutsche Bundestag hat für das Jahr 1986 35 neue Stellen bewilligt. Zusammen mit Umsetzungen innerhalb der Behörde verfügt das BKA nunmehr über 190 Beamte für die Rauschgiftbekämpfung, die in einer neuen Abteilung „Rauschgift“ zusammengefaßt sind. Siehe auch das neue Konzept des Bundesministers des Innern zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität vom 19. Januar 1986 (Anlage 5).

Auch aus den Bundesländern wird von polizeilichen Verstärkungen zur intensiveren Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität berichtet. Zur Bekämpfung der grenzüberschreitenden Kriminalität bildete man eine „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Rauschgift-Handels Nord“, in der Vertreter der Kriminalpolizei und der Grenzbehörden aller vier skandinavischen Staaten sowie der vier norddeutschen Küstenländer vertreten sind; seit verganginem Jahr haben sich auch die Niederlande dieser Arbeitsgruppe angeschlossen. Eine vergleichbare Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der grenzüberschreitenden Rauschgiftkriminalität besteht seit Jahren in den südlichen Bundesländern Baden-

Württemberg und Bayern zusammen mit den in der Alpenregion angrenzenden Nachbarstaaten Schweiz, Österreich und Italien (Rauschgiftbekämpfungsgruppe Südost). Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit auch bei der Drogenbekämpfung hat sich zwischen den Niederlanden und den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen in der gemeinsamen Verwaltungsregion EUREGIO (Zentren Nordhorn und Enschede) entwickelt. Es bestehen Überlegungen, in diesem Gebiet — unter gemeinsamer Finanzierung der niederländischen und deutschen Seite, auf dieser auch unter Beteiligung des Bundes — eine empirische Erhebung über den Drogenkonsum und die Rauschgiftsituation durchzuführen.

Das Bundeskriminalamt hat in Verbindung mit den Landeskriminalämtern zwei Informationssysteme zur Erfassung und Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität geschaffen: die Falldatei Rauschgift und die Arbeitsdatei PIOS-Rauschgift. In der Falldatei werden gesicherte und bewertete Daten über Fälle und Tatverdächtige der Rauschgiftkriminalität gespeichert. Sie dient u. a. der Gewinnung polizeilicher Führungs- und Berichtsdaten. In der sogenannten APR — die seit März 1978 besteht und seit Februar 1982 voll ausgebaut ist — werden ungesicherte, unbewertete Daten über Personen, Institutionen, Objekte und Sachen mit überregionalem Bezug maschinell verarbeitet. Durch diese Daten sollen Ermittlungsansätze gewonnen, Hintergrundinformationen beschafft sowie Tat- und Täterzusammenhänge erkannt werden.

Beim Bundeskriminalamt besteht seit 1977 eine aus Chemikern mehrerer Landeskriminalämter und des BKA zusammengesetzte Projektgruppe zur Heroin-Analyse, die seit 1981 „Heroin-Analyse-Programm“ (HAP) heißt. Sie hat für eine Standardisierung der Analyseverfahren gesorgt, die es ermöglicht, Heroinproben nach Gleichheit bzw. Identität zu klassifizieren und den Reinheitsgrad von Proben festzustellen sowie Erkenntnisse über Herstellungsprozesse, Verteilerwege und Verbreitungsgebiete zu gewinnen.

Im Bereich des Zolls werden eine Reihe von Maßnahmen gegen den illegalen Drogenverkehr an den Grenzen durchgeführt, die teilweise Hand in Hand mit den Maßnahmen der Polizei gehen. Grenzpolizei und Zoll sind stets bestrebt, ihre Zusammenarbeit zu intensivieren.

Es besteht die Notwendigkeit, Schmuggelware besser zu erkennen und gezielter zu bekämpfen. Aus diesem Grund sind neue Initiativen zur Aufdeckung von Körperschmuggel, Schmuggel über Großflughäfen und zur See, über Freihäfen und den Postweg erforderlich. Gewerbliche Transportunternehmen und Frachtführer sollten noch sorgfältiger als bisher ihre Ladungen kontrollieren und mit den Rauschgiftbekämpfungsbehörden noch enger zusammenarbeiten.

Chemikalien, die für die illegale Rauschgiftherstellung verwendet werden, müssen wirksam kontrolliert werden (siehe Ziffer II. 8 der Beschlußempfehlung des Ausschusses vom 21. Juni 1985). Auf Wei-

sung des Bundesministers des Innern hat das Bundeskriminalamt deshalb ein eigenes Referat hierfür gebildet und das bereits bestehende Monitoring-System der Kontrolle von Grundstoffen für die Heroinherstellung auch auf die Grundstoffe für die Kokainherstellung ausgedehnt. Das Monitoring-System funktioniert auf der Grundlage einer freiwilligen Selbstkontrolle und Zusammenarbeit verschiedener Unternehmen der Chemiebranche mit dem Bundeskriminalamt. Eine gesetzliche Unterstellung und Kontrolle von Grundstoffen und chemischen Substanzen für die Herstellung von Rauschgift hält die Bundesregierung für unzweckmäßig. Entsprechende Regelungen würden nur dazu führen, daß die illegalen Besteller auf eine unbegrenzte Zahl ähnlicher, nicht unterstellter Stoffe sowie auf nicht kontrollierbare Konkurrenzmärkte ausweichen. Der Erkennung illegaler Abzweigung solcher Chemikalien muß verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden; eine personelle Verstärkung der dafür zuständigen Stellen erscheint dringend notwendig. Die Bundesrepublik Deutschland beabsichtigt, im Herbst 1986 eine internationale Konferenz über die Kontrolle chemischer Grundstoffe und Vorläufersubstanzen einzuberufen mit dem Ziel, international konkrete Verbesserungen zu erzielen. Hierzu sollen auch die Vertreter der Mitgliedsländer des Weltwirtschaftsgipfels eingeladen werden.

Nach polizeilichen Schätzungen fällt in der Bundesrepublik Deutschland — nach Abzug aller Kosten für den Einkauf der Ware, die Pflege der connection, Flüge, Depothalter und Kuriere — im Jahr nicht weniger als 1 Mrd. DM als Reingewinn aus dem illegalen Rauschgifthandel und -schmuggel an. Nach polizeilichen Feststellungen gelingt es mit dem vorhandenen rechtlichen Instrumentarium kaum, diese illegalen Gewinne und Vermögenswerte abzuschöpfen. Die so erlangten Gelder fließen zu einem Teil wieder in illegale Unternehmen (z. B. Bordelle, Nachtgewerbe), zu einem anderen Teil werden sie „gewaschen“, um „legal“ angelegt werden zu können. Nach polizeilichen Erkenntnissen lassen sich die internationalen Rauschgiftändlerorganisationen weder durch die Festnahme von Kurieren noch die Beschlagnahme von Teilmengen von Rauschgift zerschlagen; eine nachhaltige Schwächung kann nur durch den Entzug der „Betriebsmittel“ und Gewinne aus vorausgegangenen illegalen Geschäften erreicht werden.

Die zuständigen Bundesressorts haben daher — auf der Grundlage der Empfehlungen von Experten der Pompidou-Gruppe des Europarates, der Teilnehmerländer am Weltwirtschaftsgipfel, von IKPO-Interpol und den Vereinten Nationen — wiederholt über die Möglichkeiten beraten, den Erwerb, Besitz und Gebrauch von Vermögenswerten aus dem illegalen Rauschgifthandel und -schmuggel selbst als strafbare Handlung einstufen zu können. Der Bundesminister der Justiz hat dem für das Betäubungsmittelgesetz federführenden Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit inzwischen einen ersten Formulierungsvorschlag zur Änderung des Betäubungsmittelrechts zugeleitet, der z. T. von allen beteiligten Behörden in den Bereichen der Justiz und Polizei sowie des Zolls und des

Gesundheitswesens überprüft wird. Auf Weisung des Bundesministers des Innern hat das Bundeskriminalamt ein eigenes Konzept zur Auffindung und Beschlagnahme illegaler Drogengewinne entwickelt und mit den Länderpolizeien abgestimmt. Im Bundeskriminalamt wurde in der am 1. Januar 1986 neu eingerichteten Rauschgiftabteilung ein eigenes Referat hierfür gebildet.

Entsprechend dem Prüfauftrag des Deutschen Bundestages (Ziff. II.7 der Beschlußempfehlung des Ausschusses vom 21. Juni 1985) werden z. Z. Ermittlungsverfahren des Jahres 1985 bezüglich einer Anwendung der bestehenden Vorschriften über Sicherstellung, Verfall und Einziehung von Vermögenswerten überprüft. Dabei wird auch untersucht, ob und inwieweit eine Änderung bzw. Erweiterung der gesetzlichen Vorschriften erforderlich erscheint. Diese Prüfung ist jedoch in größerem Zusammenhang zu sehen; sie kann nicht auf den Bereich der Betäubungsmitteldelikte beschränkt werden. Eine abschließende Wertung aus dem Justizbereich ist im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, da noch nicht von allen Landesjustizverwaltungen entsprechende Stellungnahmen vorliegen. Nach einer Umfrage des Bundesministers des Innern bei den obersten Polizeibehörden der Länder wird jedoch überwiegend ein praktischer Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des bisherigen rechtlichen Instrumentariums der Vermögensbeschlagnahme in Rauschgift-Ermittlungsverfahren gesehen.

Die nationalen Maßnahmen zur Eindämmung des illegalen Drogenkonsums im Bereich der Gesetzgebung werden im Abschnitt II Nr. 7 gesondert dargestellt.

5. Maßnahmen im internationalen und europäischen Bereich

Die Bundesrepublik Deutschland leistet auch im internationalen Bereich in vielfältiger Weise einen Beitrag zur Rauschgiftbekämpfung sowie zur Fortentwicklung der Grundsätze und Strategien einer weltweiten Bekämpfung des illegalen Drogenanbaus und -handels.

a) Bilaterale Zusammenarbeit

Das Bundeskriminalamt arbeitet eng mit ausländischen Polizeibehörden auf diesem Gebiet zusammen. Innerhalb von Westeuropa bestehen ein stetiger Nachrichten- und Informationsaustausch (europäischer Rauschgift-Meldedienst) sowie eine gegenseitige Information durch Verbindungsbeamte; die operativen Maßnahmen der deutschen Polizei im Inland werden durch gegenseitige Abstimmung unterstützt — umgekehrt auch die ausländischen Behörden im Ausland durch das Bundeskriminalamt. Über die fallbezogene internationale Kooperation hinaus findet eine polizeiliche Zusammenarbeit auch auf Interpolebene statt. Vom Generalsekretariat der IKPO-Interpol aus besonderen Anlässen einberufene Arbeitstagungen dienen der Absprache und Koordinierung von Maßnahmen, z. B. zur bes-

seren Bekämpfung des Rauschgiftschmuggels per Schiff oder zur koordinierten Erfassung illegaler Kokainzufuhren aus Südamerika.

Das Bundeskriminalamt hat Rauschgiftverbindungsbeamte in besonders wichtige Anbau- und Transitländer entsandt — so nach Thailand und Pakistan (jeweils zwei) sowie nach Zypern, Brasilien, Marokko und Peru (jeweils einen). Rauschgiftverbindungsbeamte sollen Ermittlungen in beiden Richtungen fördern, Großlieferungen erkennen und abfangen sowie die Gastländer beraten und den bestimmungsmäßigen Gebrauch der Ausrüstungshilfe sichern. Damit wurden bisher bedeutende Erfolge erzielt. Auch der Nachrichten- und Informationsaustausch sowohl mit den Bekämpfungsbehörden der Gastländer als auch mit den in diesen Ländern stationierten anderen ausländischen Verbindungsbeamten konnte erheblich intensiviert werden. Es ist beabsichtigt, 1986 weitere Rauschgiftverbindungsbeamte zu entsenden. Im Endausbau soll ein weltweit verzweigtes, aus insgesamt ca. 30 Rauschgiftverbindungsbeamten bestehendes Netz von Fernost bis Südamerika aufgebaut sein.

Die Bundesrepublik hat nicht nur Rauschgift-Verbindungsbeamte im Ausland, sondern es arbeiten auch ausländische Verbindungsbeamte im Bundeskriminalamt, so aus den USA sowie aus dem skandinavischen Raum. Diese Zusammenarbeit hat zu beachtlichen Erfolgen geführt und soll verstärkt werden.

Über diese Zusammenarbeit hinaus unterstützt das Bundeskriminalamt ausländische Rauschgiftbekämpfungsbehörden in Anbau- und Transitländern durch Ausrüstungs- und Ausbildungshilfe (seit 1982 von rd. 10 Mio. DM). Hier geht es einmal um technische Geräte wie Funkstationen, Kraftfahrzeuge und kriminaltechnische Ausstattungen, aber auch um Rauschgiftspürhunde. Der Schwerpunkt der für 1986 vorgesehenen Maßnahmen wird bei den für den Koka-Anbau und Kokain-Schmuggel wichtigsten Ländern Südamerikas sowie aus den wichtigsten südostasiatischen Rauschgifterzeuger- bzw. -transitländern liegen.

Darüber hinaus läuft seit 1982 ein groß angelegtes Programm der Ausbildungshilfe. Seit 1982 haben 14 Länder insgesamt 58 Stipendiaten zum Bundeskriminalamt entsandt, die hier eine bis zu zwölfmonatige Ausbildung als Rauschgiftsachbearbeiter erhalten oder in die moderne Drogenanalytik eingewiesen werden.

Im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit mißt das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit der Anbausubstitution von Rauschgiftpflanzen eine besondere Bedeutung bei. Es unterstützt solche Vorhaben in Pakistan und Thailand. Von 1981 bis 1986 wurden hierfür in Pakistan 6 923 000 DM und in Thailand 20 862 000 DM zur Verfügung gestellt. In dem gleichen Zeitraum wurden für Projekte in Indonesien, Malaysia und Pakistan, welche auf die Förderung des der Rauschgiftbekämpfung dienenden Verwaltungsapparates gerichtet waren, 4 738 000 DM aufgewandt. Das Entwicklungsressort wird auch künftig die sich im

Rahmen des Politikdialogs mit Drogenanbauländern und Transitländern bietenden Möglichkeiten ausschöpfen, um Probleme der Drogenbekämpfung anzusprechen. Dabei wird das Entwicklungsressort seine Bereitschaft zum Ausdruck bringen, künftig verstärkt Projekte der Anbausubstitution in Entwicklungsländern zu fördern, wenn dies von den Regierungen der jeweiligen Länder gewünscht wird. Parallel zur Entwicklungshilfe müssen jedoch mit dem Ziel einer Verringerung des Drogenanbaus wirksame Maßnahmen zur Durchführung der Gesetze getroffen werden, die geeignet sind, den illegalen Anbau von Drogenpflanzen einzudämmen, und zwar durch Verbot der Herstellung und Ausreißen der Pflanzen.

Die Zollverwaltung der Bundesrepublik Deutschland hat zur Intensivierung der Zusammenarbeit in jüngster Zeit bilaterale Vereinbarungen mit der italienischen und der französischen Zollverwaltung getroffen. Die Vereinbarungen gelten u. a. für folgende Bereiche: kontrollierte Weiterleitung grenzüberschreitender Drogenlieferungen; Bekämpfung des Rauschgiftschmuggels im Luftverkehr; Einsatz und Behandlung von V-Personen und „Kronzeugen“; Beschleunigung des Informationsaustauschs. Die deutsche Zollverwaltung arbeitet auch beim „Brüsseler Zollrat“ im Ausschuß „Schmuggelbekämpfung“ mit.

Die Bundesregierung bemüht sich seit längerer Zeit — insbesondere wegen der besorgniserregenden Situation in Berlin (West) — um eine bilaterale Zusammenarbeit mit der DDR auf dem Gebiet der Drogenbekämpfung. Die Bundesregierung hofft, daß die DDR sich in Zukunft einer Zusammenarbeit nicht mehr verschließt.

b) Europäische Zusammenarbeit

Beim Europarat besteht seit Jahren als zentrales Gremium für alle mit der Bekämpfung des Drogenmißbrauchs und seiner Folgen sowie neuerdings zunehmend auch des illegalen Drogenanbaus und -handels zusammenhängenden Fragen die sog. Pompidou-Gruppe. Sie beschäftigt sich u. a. mit folgenden Themen: das Auffinden drogengefährdeter Jugendlicher; die Rauschgiftbekämpfung auf Flughäfen und auf hoher See; die Rolle der Strafrechtspflege bei der Behandlung drogenabhängiger Straftäter; epidemiologische Untersuchungen etc. Die Bundesrepublik arbeitet in dieser Gruppe und ihren Ausschüssen intensiv mit; sie hat in einer Arbeitsgruppe, die sich mit der Rolle der Strafrechtspflege bei der Behandlung drogenabhängiger Straftäter beschäftigt hat, den Vorsitz übernommen. Sie vertritt den Standpunkt, daß innerhalb Europas Erörterungen und Initiativen auf dem Drogensektor — vorbehaltlich originärer Zuständigkeiten der Europäischen Gemeinschaft (z. B. Entwicklungshilfe, Rechtsangleichung) — nach Möglichkeit in der Pompidou-Gruppe ihren Aktionsrahmen finden sollten, um auf diese Weise einer Doppelarbeit verschiedener Gremien im europäischen Bereich, die der Sache abträglich ist, einen Riegel vorzuschieben.

Die Europäische Gemeinschaft bemüht sich darum, ihren Beitrag für eine effektive Drogenbekämpfungspolitik zu leisten. Die EG-Kommission beabsichtigt, bis 1992 das Betäubungsmittelrecht der Mitgliedsländer zu harmonisieren; ein entsprechender Richtlinienentwurf soll 1987 vorgelegt werden. Die Bundesregierung wird in diesen Beratungen ihre Erfahrungen einbringen, die sie in der Zusammenarbeit mit den Benelux-Staaten und Frankreich gewinnt.

Das Europäische Parlament hat 1985 einen Untersuchungsausschuß für das Drogenproblem eingesetzt. Die Bundesregierung unterstützt die Arbeiten des Europäischen Parlaments und hat — wie die Regierungen der meisten anderen Mitgliedsländer auch — gegenüber dem Ausschuß eine schriftliche Stellungnahme zur Drogensituation und zur Drogenpolitik abgegeben sowie in das Hearing des Ausschusses Experten entsandt.

Mit den Benelux-Staaten und Frankreich hat die Bundesrepublik Deutschland ein Abkommen zum Abbau der Grenzkontrollen geschlossen. Damit wegfallende Zugriffsmöglichkeiten bei der Rauschgiftbekämpfung sollen durch andere Kontroll- und Fahndungsmethoden innerhalb der Länder ausgeglichen werden. Als weiterer Ausgleich ist vereinbart worden, das Betäubungsmittelrecht der Länder zu harmonisieren. Im Rahmen einer speziellen Arbeitsgruppe haben Vertreter der genannten Länder Schwerpunkte festgelegt, bei denen eine Harmonisierung am ehesten möglich und nötig erscheint.

c) Zusammenarbeit in der UNO

Im Rahmen der Vereinten Nationen erfüllt die Bundesrepublik ihre Verpflichtungen aus den beiden internationalen Suchtstoffübereinkommen. Die Bundesregierung arbeitet zu diesem Zweck eng mit den drei Drogengremien der Weltorganisation zusammen: mit der Suchtstoff-Kommission (CND), dem Suchtstoff-Kontrollamt (INCB) und dem Suchtstoff-Kontrollfonds (UNFDAC).

Als einer der 40 Mitgliedstaaten der Suchtstoff-Kommission beteiligt sich die Bundesrepublik maßgeblich an der Vorbereitung einer neuen Drogen-Konvention gegen den illegalen Verkehr mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen. Im Februar 1986 hat die Suchtstoff-Kommission der Vereinten Nationen bereits die Vorschläge und Kommentare der Mitgliedsländer hierfür erörtert und den inhaltlichen Rahmen festgelegt. Der Generalsekretär wurde gebeten, bis zum August d. J. einen ersten Entwurf auszuarbeiten. Die deutsche Delegation hat die Aufnahme von Regelungen u. a. zu folgenden Sachverhalten vorgeschlagen: Abschöpfung der Gewinne aus dem Drogenhandel, kontrollierte Durchfuhr, Auslieferungen und Rechtshilfe sowie das Problem chemischer Grundstoffe und Vorstufen, die zur illegalen Drogenherstellung verwendet werden.

Durch die Zusammenarbeit mit dem Suchtstoff-Kontrollamt (INCB) beteiligt sich die Bundesrepublik Deutschland auf der Grundlage der internatio-

nen Suchtstoffübereinkommen an der weltweiten Kontrolle des internationalen Handels mit Suchtstoffen und trägt dazu bei, daß illegale Abzweigungen von Suchtstoffen, psychotropen Stoffen, Arzneimitteln und Chemikalien verhindert oder aufgeklärt werden.

Ferner unterstützt und bestimmt die Bundesrepublik als eines der sog. Hauptgeberländer die Arbeit des Suchtstoff-Kontrollfonds der Vereinten Nationen (UNFDAC) mit. Dieser läßt gegenwärtig insgesamt 50 Projekte in 25 Drogenanbau- und Transitländern durchführen, um den Zustrom illegaler Drogen bereits an den Quellen zu stoppen. Die Bundesregierung befürwortet darüber hinaus den integrierten Ansatz von UNFDAC, der sich nicht auf die Ersetzung von Drogenpflanzen und die Unterstützung polizeilicher Maßnahmen gegen illegalen Drogenanbau und -handel beschränkt, sondern auch die Bekämpfung des Drogenmißbrauchs durch Aufklärung, Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation einschließt. Darüber hinaus fördert UNFDAC auch Infrastrukturmaßnahmen in den Herkunftsländern, wenn dies z. B. für die Vermarktung alternativer landwirtschaftlicher Produkte erforderlich ist. Von 1983 bis 1985 verdoppelte sich das Budget des UNFDAC von 9,5 auf 18,7 Mio. US-Dollar. Die Bundesrepublik steuert einen allgemeinen Beitrag aus dem Haushalt des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit bei, der 1985 2,2 Mio. DM betrug und sich ab 1986 auf 3,2 Mio. beläuft.

Zusätzlich erhielt UNFDAC für entwicklungswichtige Maßnahmen (z. B. Ersatzanbauprojekte) zweckgebundene Treuhandmittel aus dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit, bisher insgesamt fast 10,5 Mio. DM. Für die Jahre 1986 bis 1989 wurden weitere Treuhandzahlungen von bis zu 5,2 Mio. DM — davon 3 Mio. DM bereits verbindlich — unter der Bedingung in Aussicht gestellt, daß damit entwicklungspolitisch sinnvolle, durchführungsreife Maßnahmen finanziert werden können. Die Neuzusage von 3 Mio. DM ist zur Ersetzung des illegalen Kokabusch-Anbaues in Kolumbien bestimmt. Die bisherige Konzentration des Treuhandmitteleinsatzes auf die Ausrottung des Opium-Anbaues in Pakistan (86,5 % der Zahlungen bis 1985) hat zum Erfolg der Kampagne des UNFDAC in diesem Problemland wesentlich beigetragen vermocht. Im Projektgebiet findet kein Opium-Anbau mehr statt.

Die künftige Planung des Treuhandmitteleinsatzes trägt der Tatsache gebührend Rechnung, daß illegaler Drogenanbau in anderen Teilen der Dritten Welt, vor allem der Koka-Anbau in den Andenstaaten, vergleichbare Dimensionen angenommen hat.

Die von den Vereinten Nationen für Juni 1987 in Wien geplante internationale Konferenz über Drogenmißbrauch und illegalen Drogenhandel (Welt-drogenkonferenz 1987) wird von der Bundesregierung unterstützt. Die Konferenz soll das Bewußtsein für die Gefahren des Drogenmißbrauchs und die Bereitschaft zu intensiven Gegenmaßnahmen in allen betroffenen Ländern der Welt fördern helfen. Sie soll zu diesem Zweck ein multidisziplinäres Ak-

tionsprogramm zur Bekämpfung der beiden Erscheinungsformen des Drogenproblems — Angebot und Nachfrage — verabschieden.

Die Bundesregierung hat dem Konferenzsekretariat personelle Unterstützung zur Vorbereitung und Durchführung der Konferenz zugesagt. Zwei Beamte werden in Kürze nach Wien entsandt. Darüber hinaus ist beabsichtigt, die Öffentlichkeitsarbeit der Vereinten Nationen für die Konferenz aktiv zu unterstützen. Insbesondere wird erwogen, eine Journalisten-Gruppe aus Ländern der Dritten Welt zur Teilnahme an der Weltrogenkonferenz einzuladen. Die Bundesregierung wird auch inhaltliche Vorschläge für das multidisziplinäre Aktionsprogramm erarbeiten und die nationalen Fachverbände auffordern, ebenfalls inhaltliche und organisatorische Beiträge zur Unterstützung der Weltrogenkonferenz zu leisten.

Auf dem Weltwirtschaftsgipfel 1985 in Bonn ergriffen die sieben Mitgliedsländer die Initiative für eine neue Drogenbekämpfungs-Strategie. Unter deutscher Federführung wurde ein Bericht gefertigt, der von den Außenministern der Mitgliedsländer im September 1985 angenommen und von den Staats- und Regierungschefs auf dem Weltwirtschaftsgipfel 1986 in Tokio verabschiedet wurde. Die Vorschläge des Berichts betreffen u. a. die Verhinderung des Anbaus von Drogenpflanzen, die Ausbildungs- und Ausrüstungshilfe in Anbau- und Transitländern, die Zusammenarbeit der Drogenbekämpfungsbehörden, eine Verbesserung des geltenden nationalen und internationalen Rechts sowie die Bekämpfung des illegalen Drogenhandels in internationalen Gewässern.

6. Sonderprobleme der Behandlung Drogenabhängiger

Im folgenden soll auf eine Reihe besonderer Problempunkte im Bereich der illegalen Drogen eingegangen werden, wenn auch der Deutsche Bundestag nur die zwei ersten von ihnen in seinem Auftrag ausdrücklich angesprochen hat.

a) Das Kokain-Problem

Bei der Wiedergabe der polizeilichen Zahlen zur Rauschgiftkriminalität ist zwar die Entwicklung bezüglich der Kokains bereits miterwähnt worden. Die Hervorhebung des Problems „Kokain“ in der Beschlußempfehlung und dem Ausschußbericht sowie die beträchtlichen Unklarheiten bezüglich der Entwicklung des Kokain-Konsums rechtfertigen es jedoch, näher auf diese Problematik einzugehen.

Der Anstieg der Sicherstellungszahlen kann besorgniserregend genannt werden (1982 noch 33 kg, 1984 bereits 171 kg), wenn auch 1985 ein leichter Rückgang zu verzeichnen war. Aus diesem enormen Anstieg der Sicherstellungszahlen ist mit einiger Sicherheit auf ein beträchtliches Anwachsen der Mengen an Kokain zu schließen, die zur selben Zeit in die Bundesrepublik eingeschleust werden. Daraus erhebt sich immer mehr die Frage, was auf-

grund dieses Angebots sozusagen „auf der Nachfrageseite“ — d. h. bezüglich des Mißbrauchs bei den Drogenkonsumenten — geschieht. Hierüber wissen wir noch sehr wenig.

Die Zahlen über Rauschgiftdelikte weisen bezüglich des Kokains zwar von 1982 bis 1984 eine deutliche Steigerung auf mit einem leichten Rückgang 1985; doch dramatisch kann diese Entwicklung nicht genannt werden. Auch die Entwicklung der Zahl polizeilich bekanntgewordener Erstkonsumenten von Kokain spiegelt nicht etwa einen den Sicherstellungszahlen entsprechenden steilen Zuwachs wider.

In den Beiträgen der Länder wird vereinzelt von einer Zunahme der „Kokainfälle“ berichtet, jedoch meist ohne Zahlen. Der 14. Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Bayern berichtet von 13 stationär behandelten Kokainabhängigen 1983 und zehn im Jahr 1984. Wie aus Berlin berichtet wird, verbreitet sich Kokain vor allem unter älteren Haschisch-Rauchern. Insgesamt bleibt nach wie vor unklar, inwieweit der mächtig verstärkte Zustrom von Kokain in die Bundesrepublik eine Zunahme des Konsums und von Fällen der Abhängigkeit zur Folge hat.

Anzumerken bleibt, daß seit Jahren Kokain im Durchschnitt nicht mehr teurer ist als Heroin; für einige Bundesländer werden sogar geringere Preise angegeben. Auch in dieser relativen „Erschwinglichkeit“ des Kokains liegt eine wesentliche Gefahr für dessen weitere Ausbreitung in neue, breitere Konsumentenschichten. Trotz des enorm gewachsenen Angebots ist es bisher allerdings nicht zu einem Preisverfall gekommen.

Eine Delegation des Innenausschusses des Deutschen Bundestags hat sich wegen der angewachsenen polizeilichen Bedeutung des Kokainproblems in der Bundesrepublik auf einer Reise vom 15. bis zum 28. April 1984 in den südamerikanischen Ländern Kolumbien, Ecuador, Peru, Bolivien und Brasilien über die Situation in den Herkunfts- und Anbauländern des Kokains informiert. Über die Ergebnisse der Reise und die Kokain-Situation in Südamerika ist ein umfangreicher Bericht (als Ausschußdrucksache 10/49 vom 5. Juni 1984) vorgelegt worden.

Im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit unternahm der Drogenbeauftragte des Landes Berlin in der Zeit vom 24. Juni bis zum 5. Juli 1985 eine Reise zum Studium des Kokainismus und dessen Therapie in die Vereinigten Staaten. Sein Bericht will eine Lücke füllen, die in der deutschsprachigen Literatur zum Thema Kokain-Therapie bisher besteht. Aus ihm ist hier folgendes festzuhalten:

Die Überschwemmung des amerikanischen Marktes mit Kokain hat dessen Preis innerhalb von etwa fünf Jahren auf die Hälfte herabgedrückt, so daß das Billigangebot von Kokain diese Droge in kurzer Zeit neben Cannabis und Heroin zu einer weiteren illegalen Straßendroge hat werden lassen.

Ein großer Teil der heutigen Kokainkonsumenten in den USA ist aus der Marihuana-Szene herausgewachsen. Es waren Kinder der weißen Mittel- und Oberschicht, die einst mit Marihuana ihr Bewußtsein erweitern wollten und danach mit Kokain eine Stärkung ihrer Leistungsfähigkeit erhofften. Kokain ist wohl die Droge mit der größten Verstärker-Wirkung. Außer den körperlichen Folgen stehen als wesentliche soziale Folgen Verschuldung und gesellschaftliche Isolation im Vordergrund. Als spezielle Antwort auf das Kokainproblem ist in den USA vor etwa fünf Jahren eine besondere ambulante Therapieform entwickelt worden. Sie arbeitet mit sogenannten „selbst-erpresserischen Kontrakten“. Ist der Kokain-Klient etwa ein Arzt, so hinterlegt er einen Brief an seine Ärztekammer, in dem er seine Sucht bekennt und seine Zulassung zurückgibt; er erklärt sich damit einverstanden, daß dieser Brief abgeschickt wird, sobald er rückfällig geworden ist. Ähnliches gilt für andere Berufsgruppen. Schon an diesem Merkmal erkennt man die Mittel- und Oberschicht-Orientierung dieser Therapieform des Kokainismus.

Eine ähnliche soziologische Orientierung des Kokainkonsums könnte in der Bundesrepublik eine der Ursachen sein, warum in Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen nur vereinzelt Fälle von Kokainkonsumenten bekannt werden. Es scheint in der Bundesrepublik so zu sein, daß ein Großteil des Kokain-Konsums scheinbar problemlos stattfindet. Der Frage ist weiterhin größte Aufmerksamkeit zu widmen.

b) AIDS-Gefährdung Drogenabhängiger

Ein Problem besonderer Art sind die Fälle von AIDS-Erkrankungen bei Drogenabhängigen bzw. die Fälle des Nachweises von Kontakt mit dem AIDS-Virus (HTLV-III-Positivität) geworden. In stationären Einrichtungen der Drogentherapie sind bis zu 30% der Klienten HTLV-III-positiv. Außer dem Hauptübertragungsweg der Erkrankung (Intimkontakte) kommen bei drogenabhängigen Fixern gemeinsam benutzte Injektionsnadeln in Betracht.

Die AIDS-Problematik wird zunehmend auch für die Rentenversicherungsträger im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich stationärer Entwöhnungsbehandlungen relevant. Sie wird deshalb auf Verbandsebene derzeit eingehend erörtert. Die Rentenversicherungsträger halten einen HTLV-III-Test vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme für erforderlich, um deren Leistungsvoraussetzungen abklären, einen optimalen Rehabilitationserfolg ermöglichen sowie dem Infektionsrisiko Rechnung tragen zu können, das die Rentenversicherungsträger bei Drogenabhängigen als besonders hoch ansehen. Die Verbände der Suchtkrankenhilfe und die Drogenbeauftragten der Länder halten demgegenüber den Test erst nach Aufnahme in die Einrichtung für angebracht, damit die Bereitschaft zur Therapie nicht beeinträchtigt werde. Die Bundesregierung geht davon aus, daß durch diese Erörterungen eine bundeseinheitliche Erkennungs-

und Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger bei AIDS-Infizierten erreicht wird, die der Verantwortung dieser Leistungsträger für ihre Versicherten Rechnung trägt und den Beschluß der Gesundheitsministerkonferenz vom 8./9. Oktober 1985 in die Überlegungen einbezieht; der Beschluß hat folgenden Wortlaut:

„Drogenabhängigen in Therapieeinrichtungen sollte bei der Aufnahme eine Untersuchung auf Antikörper gegen HTLV-III angeboten werden. Die Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahmen darf vom Ergebnis der Untersuchung nicht abhängig gemacht werden.“

c) Die Methadon-Frage

Die Bundesrepublik Deutschland kennt in der Therapie Drogenabhängiger bisher — von einem ergebnislos abgebrochenen Experiment in Hannover abgesehen — bisher nur drogenfreie Entwöhnungstherapien. In den USA, aber auch in europäischen Ländern wie insbesondere in den Niederlanden und in der Schweiz stehen jedoch neben suchtmittelfreien sogenannte Methadon-Programme. Diese sind in der Regel allenfalls sehr langfristig — für Jahre — auf das Ziel einer schrittweisen Absetzung der Ersatzdroge gerichtet. Als Hauptvorteil wird von den Methadon-Befürwortern — weil die „Jagd nach dem Stoff“ und die Beschaffungskriminalität fortfielen — eine körperliche, seelische und soziale Stabilisierung ins Feld geführt, die es dem Betroffenen leichter ermögliche, sich gesellschaftlich und beruflich zu rehabilitieren und dadurch von der Droge zu befreien.

Nordrhein-Westfalen prüft im Rahmen der Fortschreibung des Landesdrogenprogramms 1980 auch, inwieweit neuere ausländische Erfahrungen mit integrierten methadongestützten Hilfen auf die hiesigen Lebensbedingungen anwendbar sind. Dadurch und zuvor durch eine Reihe von entsprechenden Veranstaltungen — wie insbesondere das Berliner Methadon-Kolloquium vom Oktober und eine Anhörung im Hessischen Landtag Anfang November 1984 — ist dieses äußerst umstrittene Thema in der Bundesrepublik erneut aktuell geworden.

In München und anderen Städten der Bundesrepublik verordnen einzelne niedergelassene Ärzte Polamidon (Levo-Methadon) bzw. codein-haltige Präparate an eine Vielzahl drogenabhängiger Patienten — und zwar zumeist in den nach Betäubungsmittelrecht als Ausnahme zulässigen Höchstdosierungen.

Der Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder hat sich im Juni 1985 veranlaßt gesehen, in Übereinstimmung mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit erneut vor der Methadon-Abgabe an Süchtige zu warnen (Pressedienst des BMJFG vom 21. Juni 1985 — siehe Anlage 6); diese Erklärung ist u. a. von den Ärztekammern Saarland und Nordrhein in ihren Mitteilungsblättern nachgedruckt worden.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat sich im März 1986 mit einer Kleinen Anfrage betreffend

Methadon-Behandlung Drogenabhängiger an die Bundesregierung gewandt. Diese hat die Gelegenheit dieser Anfrage benutzt, ihren ablehnenden Standpunkt gegenüber der Verwendung von Ersatzdrogen zur angeblichen Behandlung Drogenabhängiger ausführlich zu begründen. Insofern kann hier auf die Beantwortung der Kleinen Anfrage verwiesen werden (Drucksache 10/5307).

7. Das Betäubungsmittelgesetz

Eine zentrale Stellung für die rechtliche — insbesondere strafrechtliche — Regelung des Bereichs der Betäubungsmittel hat das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts vom 28. Juli 1981 (BGBl. I S. 681) und den dazu erlassenen vier Rechtsverordnungen vom 16. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1420, 1425, 1427 und 1433) ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung des Betäubungsmittelrechts in der Bundesrepublik getan worden. Erste Erfahrungen mit dem neuen Recht sind dem Deutschen Bundestag in dem Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts vom 29. Dezember 1983 (Drucksache 10/843) sowie in dem ergänzenden Bericht des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 23. November 1984 mitgeteilt worden. Deshalb kann im vorliegenden Bericht weitgehend auf die ausführliche Darstellung der Situation des Betäubungsmittelrechts — insbesondere auch auf diejenige des 7. Abschnitts des Gesetzes (§§ 35 bis 38) mit seinem neuen Prinzip „mehr Therapie, weniger Strafvollstreckung“ — in den beiden Berichten verwiesen werden.

a) Betäubungsmittelabhängige Straftäter

Mit seinem Beschluß vom 26. Juni 1985 zu Beschlussempfehlung und Bericht des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit vom 21. Juni 1985 teilte der Deutsche Bundestag die Auffassung der Bundesregierung in deren Bericht, daß durch die weitere konsequente und kooperative Umsetzung des neuen Betäubungsmittelrechts in der Praxis wesentliche Verbesserungen bei der Bekämpfung des Drogenmißbrauchs und noch mehr Therapieerfolge als bisher erzielt werden können. In den Jahren 1982 bis 1984 konnten allerdings auf Grund der zu kurzen Zeit der Erfahrung mit dem am 1. Januar 1982 in Kraft getretenen Gesetz und der noch zu geringen Rechtsprechung dazu nur vorläufige Trendaussagen über die Anwendung des Gesetzes, vor allem der §§ 35 ff. BtMG, gemacht werden. Starke Einwände der Verbände gegen die neuen gesetzlichen Regelungen — die Vollstreckungslösung zur Vermittlung abhängiger Straftäter in Therapie sei zu starr und dränge die flexiblere Bewährungslösung des Strafgesetzbuchs zurück — gingen teils auf eine mangelnde Akzeptanz der neuen Regelungen im Therapiebereich, teils auf Anfangsschwierigkeiten bei ihrer Durchführung zurück. Die Vorschläge der Verbände — insbesondere des Deutschen Caritasverbandes und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes — stellen

Materialien für eine mögliche Novellierung des Gesetzes dar.

Dieser konstruktiven Kritik am 7. Abschnitt des Gesetzes steht eine mitunter pauschale Ablehnung der neuen Vorschriften für betäubungsmittelabhängige Straftäter als völlig verfehlt und therapiefeindlich gegenüber. Sie gipfelt in dem Vorwurf, die verurteilten und in Entwöhnung vermittelten Abhängigen müßten diese „Therapie als Strafe“ empfinden und hätten deshalb meist keine ausreichende Behandlungsmotivation.

Über den Erfolg der §§ 35 ff. BtMG und eine evtl. Fortentwicklung des Betäubungsmittelrechts kann dem Deutschen Bundestag in dieser Unterrichtung noch nichts Abschließendes gesagt werden, da die Auswertung der Rechtsprechung u. a. im Rahmen der Datenbank „Betäubungsmittel-Informationssystem“ (BIFOS) noch nicht abgeschlossen ist.

Zusätzlich hat der Bundesminister der Justiz das Bundeszentralregister um eine ergänzende Auswertung solcher Daten gebeten, die durch BIFOS nicht erfaßt werden. Außerdem haben sich die Landesjustizverwaltungen nach längeren Verhandlungen mit dem Bundesminister der Justiz bereit erklärt, bestimmte, weder von BIFOS noch vom Bundeszentralregister erfaßte Daten durch eine Strichlistenenerhebung während des Jahres 1987 zu ermitteln.

b) Die „Kronzeugen-Regelung“

Nach dem Bericht des Ausschusses erwartet der Deutsche Bundestag auch ein Urteil über die Bewährung der umstrittenen „Kronzeugen-Regelung“ des § 31 BtMG. Es sei noch nicht deutlich, ob die Regelung ihrem Zweck, zur Aufklärung schwerer Drogenkriminalität beizutragen, gerecht werde. Von Verbandsseite ist die Kritik wiederholt worden, mit dem Anreiz dieser Vorschrift gelinge es nur, kleine und mittlere Drogenhändler zu Aussagen zu bewegen; andererseits werde das therapeutische Klima in den Einrichtungen auf Grund der Belastung anderer Klienten durch den Kronzeugen vergiftet.

Auf Grund der vorliegenden Berichte des Bundeskriminalamtes, der Landeskriminalämter und der Zollfahndungsämter kann hier bereits eine Einschätzung von seiten der Ermittlungsbehörden gegeben werden. Diese Behörden räumen zwar ein, daß mit der Regelung überwiegend kleine und mittlere Straftäter überführt wurden. Durch Anwendung des § 31 BtMG war es jedoch nach deren Angaben möglich, lokale Drogenmärkte aufzuspüren sowie insbesondere Zulieferer und Verteiler zu ermitteln und vor Gericht zu stellen. Diese Behörden führen außerdem auch eine Reihe von Fällen an, in denen Straftäter höherer Organisationsebenen und Mitglieder international operierender Schmuggelorganisationen identifiziert und eine Reihe von ihnen festgenommen werden konnte. Gründe für eine Nichtoffenbarung in Fällen schwerer Drogenkriminalität sind nach Angabe dieser Behörden: die Angst der Zeugen vor zu erwartenden Repressalien

durch Mittäter oder Hinterleute sowie das Abwägen der Beschuldigten zwischen der Gefahr einer erheblichen Selbstbelastung und der in Aussicht gestellten Vergünstigung.

Die vom Bundesminister der Justiz eingeholten Stellungnahmen der Landesjustizverwaltungen ergeben folgendes Bild:

Die Vorschrift spiele zahlenmäßig vor allem im Bereich der mittleren und kleineren Drogenkriminalität eine Rolle. Fälle schwerer Drogenkriminalität seien verhältnismäßig selten. Als Gründe werden — abgesehen von dem Umstand, daß naturgemäß solche Straftaten seltener begangen werden als im Bereich der kleinen und mittleren Kriminalität — im wesentlichen aufgeführt:

- Der Bereich der schweren Drogenkriminalität sei straff — z. T. aus dem Ausland — durchorganisiert und gut abgeschottet;
- Verräter müßten mit harten Repressalien rechnen, vor denen ein wirksamer Schutz nicht möglich sei;
- die Familien Verurteilter würden gegebenenfalls von der Organisation versorgt.

Immerhin würden aber auch Fälle der schweren Drogenkriminalität aufgedeckt. So wird beispielhaft von der Sicherstellung von 8,5 kg Heroin oder von 250 kg Haschisch oder von der Verurteilung von 8 Personen zu insgesamt 33 Jahren Freiheitsstrafe auf Grund von Kronzeugenangaben berichtet.

Insgesamt sei es schwierig, die Auswirkungen von Offenbarungen nach § 31 BtMG auf Verurteilungen der dadurch ermittelten Täter zu erfassen, weil insoweit keine Statistik geführt werde. Probleme ergäben sich für solche Verurteilungen daraus, daß diese Hauptverhandlungen vielfach erst durchgeführt würden, wenn das Urteil gegen den Täter, dem § 31 BtMG zugutegekommen sei, bereits rechtskräftig sei. Dieser früher abgeurteilte Täter würde dann, nachdem er von § 31 BtMG profitiert hätte, als Zeuge in dem späteren Verfahren seine früheren Angaben abschwächen oder gar nichts Nachteiliges mehr gegen den späteren Angeklagten aussagen.

Insbesondere für den Bereich der kleinen und mittleren Kriminalität berichten die Landesjustizverwaltungen von einem weiteren Problem: Gefaßte Täter neigten dazu, durch falsche Beschuldigungen die Vorteile des § 31 BtMG anzustreben, insbesondere gegen Kleinabnehmer. Staatsanwaltschaften und Gerichte hätte aber das Problem erkannt und würden solche Beschuldigungen sehr sorgfältig prüfen. Auch seien gegen derartige Kronzeugen Strafverfahren wegen Meineids, falscher uneidlicher Aussage oder falscher Verdächtigung eingeleitet worden.

In der Gesamtwertung stehen die Staatsanwaltschaften § 31 BtMG eher positiv, die Gerichte eher negativ gegenüber, wobei hinsichtlich der Gerichte mit eine Rolle spielen mag, daß sie mit den in den Hauptverhandlungen auftretenden Problemen fer-

tig werden müssen und bei unrichtiger Anwendung des § 31 BtMG die Urteile u. U. nur hierdurch revisionsanfällig werden.

Eine Auswertung von 16 500 Aburteilungen aus dem Jahr 1984 im Rahmen der Datenbank BIFOS ergab 412 Fälle der Strafmilderung wegen Tataufdeckung nach § 31 Nr. 1 und weitere 5 Fälle wegen Tatverhinderung nach § 31 Nr. 2 BtMG. Fälle des Absehens von Strafe gab es in dieser Auswertung nicht. Die verhältnismäßig hohe Zahl von Anwendungsfällen der Vorschrift macht deutlich, daß für die Kronzeugenregelung bei der Rauschgiftermittlung ein Bedürfnis besteht.

c) Die verwaltungsrechtliche Durchführung

Das deutsche Betäubungsmittelrecht muß laufend an die Bedürfnisse der Praxis und an die internationale Rechtsentwicklung angepaßt werden. Vor allem ist die Bundesregierung verpflichtet, die jährlich von der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen den internationalen Suchtstoff-Übereinkommen unterstellten Suchtstoffe in das nationale Betäubungsmittelrecht zu übernehmen. Eine derartige Vermehrung der zu überwachenden Suchtstoffe hat dem Bundesgesundheitsamt (Bundesopiumstelle), insbesondere auch nach Inkrafttreten des neuen Betäubungsmittelgesetzes am 1. Januar 1982, einen erheblichen Zuwachs an Arbeitsvorgängen eingebracht. So fielen z. B. zur Erteilung einer Erlaubnis für die Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr 1983: 2 800, 1984: 2 180 und 1985: 2 723 Vorgänge an; davon konnten 116 Anträge noch nicht abschließend bearbeitet werden. Die Anzahl der Anforderungen zum Erhalt von Betäubungsmittelrezept-Formblättern betrug 1983: 23 090, 1984: 26 835, 1985: 34 567; von diesen Anträgen sind 250 noch nicht abschließend bearbeitet. Die datenmäßige Erfassung von Betäubungsmittelabgabemeldungen betrug 1983: 191 883 mit ca. 240 000 Einzelbewegungen, 1984: 262 517 mit ca. 330 000 Einzelbewegungen, 1985: 358 530 mit ca. 442 000 Einzelbewegungen; von diesen Vorgängen sind 45 000 bisher unerledigt geblieben. Auch die Anzahl der Einfuhr-, Ausfuhr- und Durchfuhrgenehmigungen hat sich auf einem hohen Niveau eingependelt. Die Arbeitsbelastung in der Bundesopiumstelle ist bei der derzeitigen Stellsituation, die sich seit 1979 nicht verändert hat, ohne Personalverstärkung nicht mehr zu bewältigen.

8. Das Modellprogramm ASS

Nach Auslaufen des Psychosozialen Anschlußprogramms (PSAP) Ende 1983 begann der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit das neue, ausschließlich vom Bund geförderte Modellprogramm „Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter“ (ASS) mit einer Laufzeit von drei Jahren (1984 bis 1986). Zielgruppen des Programms, das in enger Zusammenarbeit mit den Ländern konzipiert worden ist, sind

- Drogenabhängige, gegen die ein Ermittlungs- oder Strafverfahren läuft oder die sich in Unter-

suchungshaft, im Straf- oder Maßregelvollzug befinden (Zielgruppe 1);

- Abhängige, die eine lange Drogenkarriere mit wiederholten Therapieabbrüchen und Straftaten hinter sich haben und einer Therapie meist schwer zugänglich sind, sowie solche Drogenabhängige, denen es trotz Behandlung nicht gelingt, sich sozial zu integrieren (Zielgruppe 2).

Das Modellprogramm soll wirksamere Hilfen für diese Zielgruppen entwickeln. Bezüglich der ersten Zielgruppe soll das Programm alle Möglichkeiten ausschöpfen, um die betroffenen Betäubungsmittelabhängigen möglichst frühzeitig zu vermitteln. Es soll insgesamt darauf hinwirken, die Zahl der Personen zu erhöhen, denen nach den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes oder des Strafgesetzbuchs die Chance einer Therapie in einer offenen Einrichtung anstelle einer Strafverbüßung gewährt wird. Das Programm soll in dieser Zielgruppe insbesondere den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes von 1982 mit ihrem neuen Grundsatz „mehr Therapie, weniger Strafvollstreckung“ (§§ 35ff. BtMG) in der Praxis zur besseren Durchsetzung verhelfen.

Bezüglich der zweiten Zielgruppe — der sog. Alt-Fixer — geht das Programm davon aus, daß die Chance einer erfolgreichen Therapie nicht erlischt und daß es deshalb keine wirklich „therapieresistenten“ Abhängigen gibt. Insofern hat das Programm hier eine Klientel zu betreuen, die in anderen Ländern unter Aufgabe echter Therapiebemühungen Methadon-Programmen überantwortet werden.

Im Rahmen des Modellprogramms fördert der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit insgesamt 66 Einzelprojekte in allen elf Ländern (eine Liste der Projekte ist im Anlage 7 beigelegt). Das einzelne Projekt besteht in der Regel aus der Tätigkeit eines in eine psychosoziale Beratungsstelle integrierten Sozialarbeiters. Der Bund wendet insgesamt knapp 15 Mio. DM für dieses Modellprogramm auf. Eine Verlängerung der Laufzeit über das Jahr 1986 hinaus ist grundsätzlich nicht vorgesehen; besonders bewährte Projekte können jedoch eine begrenzte Verlängerung erfahren. Eine Anschlußfinanzierung muß ggf. vom Träger oder dem betreffenden Land sichergestellt werden. Träger der Projekte sind die Arbeiterwohlfahrt, der Caritasverband, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, das Diakonische Werk sowie private Einrichtungen.

Seit Mai 1985 läuft eine wissenschaftliche Begleitung des Programms durch zwei Institute: das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturfor-schung, Hannover, für die 53 Projekte der Zielgruppe 1 und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt am Main, für die 13 Projekte der Zielgruppe 2. Im Oktober 1985 haben die Institute je einen ersten Zwischenbericht erstattet, der über die Methodik der Begleitung sowie über die Eigenart aller Einzelprojekte Aufschluß gibt. Vorläufige Abschlußberichte der Institute sollen zum 1. September 1986 vorgelegt werden — auch, um den Trägern

und Ländern Beurteilungsgrundlagen für die Frage einer Regelfortführung der Projektarbeit und der entsprechenden Anschlußfinanzierung an die Hand zu geben. Endgültige Berichte sollen die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung in der 1. Jahreshälfte 1987 abschließen.

Der Bund erhofft sich von dem Modell eine stärkere Institutionalisierung der „aufsuchenden Drogen-Sozialarbeit“ sowohl in den Haftanstalten wie auch in der Drogen-Szene. Die bisherige wissenschaftliche Begleitung hat u. a. gezeigt, wie verbreitet und typisch der Misch- und Wechselkonsum verschiedener Drogen und von Alkohol auch unter den Strafgefangenen ist. Allerdings hat sich in vielen Projekten gezeigt, daß die Alkoholauffälligkeit in den Gefängnissen wesentlich weiter verbreitet sein und das größere soziale Problem darstellen dürfte als die Drogenabhängigkeit.

III. Medikamentenmißbrauch

1. Verfügbare Zahlen zum Mißbrauch

Bei dem Überblick über die gegenwärtige Mißbrauchssituation (B. 1) wurde bereits die zahlenmäßige Größenordnung des Mißbrauchs von Medikamenten angegeben und auf Schwierigkeiten hingewiesen, in diesem Bereich genaue Zahlen zu nennen. Während sich beim Konsum illegaler Drogen die Beobachtung auf verhältnismäßig wenige Stoffe wie etwa Heroin oder Haschisch beschränken kann, begegnet der Versuch einer Erfassung mißbräuchlicher Arzneimittelaufnahme wegen der enormen Vielzahl einschlägiger Spezialitäten großen Schwierigkeiten. Eine von der Arzneimittel-Kommission der deutschen Ärzteschaft herausgegebene „Liste von Medikamenten mit Mißbrauchspotential“ stellt ohne Anspruch auf Vollständigkeit — und zudem unter Weglassung ganzer Gruppen von Präparaten wie etwa solcher, die Äthanol (Alkohol) enthalten — über 650 Arzneimittel zusammen; es handelt sich überwiegend um verschreibungspflichtige Mittel, ferner um zahlreiche Präparate, die der Betäubungsmittel-Verschreibungspflicht unterstehen, aber auch um eine beträchtliche Zahl verschreibungsfreier Medikamente.

Für eine Kontrolle kommt erschwerend hinzu, daß sich der Mißbrauch oft zeitlich und örtlich schwankend bestimmten Mitteln zu- und von anderen wieder abwendet; hierbei kann die Unterstellung eines rezeptfreien Mittels unter die einfache oder eines rezeptpflichtigen Präparates unter die BtM-Verschreibungspflicht eine Rolle spielen. Seitdem der sog. GKV-Arzneimittelindex besteht (seit 1982), wissen wir über die Verordnungshäufigkeit bei bestimmten Präparaten besser Bescheid; so wiesen unter den 20 im Jahre 1983 am meisten verschriebenen Arzneimitteln die Nummern 3 (Lexotanil 6: 5,2 Mio. Verordnungen), 7 (Adumbran: 4,5 Mio.) und 14 (Spasmo-Cibalgine comp.: 2,8 Mio.) ein ausgesprochenes Mißbrauchspotential auf. Aus der Zahl der Verordnungen kann man freilich nicht ohne weiteres auf den Umfang des Mißbrauchs schließen.

Über verlässliche Zahlen des Medikamentenmißbrauchs aufgrund empirischer Untersuchungen verfügen wir kaum. Bisher gibt es keine ausreichend gesicherten Meßinstrumente zur Erfassung dieses komplexen Mißbrauchsgeschehens. Dennoch sei hier auf die neueste, bereits wiederholt erwähnte bayerische Umfrage bei jungen Leuten im Alter zwischen 12 und 24 Jahren hingewiesen. Danach haben ohne ärztliche Verordnung 5 % der jungen Menschen regelmäßig Medikamente eingenommen. Junge Frauen nehmen fast doppelt so viele Arzneimittel mit und ohne Verordnung ein. Während die Zahl der Befragten, die die Verschreibung von Medikamenten angibt, vom 15. Lebensjahr an gleichbleibt, steigt sie bei den nichtverschriebenen Medikamenten parallel zum Alter an. Am höchsten ist sie bei den 18- bis 24-jährigen jungen Frauen.

2. Arzneimittelgruppen mit Mißbrauchspotential

Die mißbrauchten Arzneimittelgruppen sind vor allem folgende:

- Schmerzmittel (Analgetika), von denen viele der BtM-Verschreibung unterliegen. Hierzu gehören etwa Levomethadon (Polamidon), das von einzelnen niedergelassenen Ärzten in bedenklicher Weise an Drogenabhängige verschrieben wird, sowie Pentazocin (Fortral) und Buprenorphin (Temgesic), die beide 1984 wegen bekanntgewordener Mißbrauchs- und Abhängigkeitsfälle der Betäubungsmittel-Verschreibungspflicht unterstellt wurden.
- Schlafmittel (Sedativa/Hypnotika), die alle ein hohes Mißbrauchspotential besitzen, wie Barbiturate (z. B. in Vesparax und Medinox).
- Beruhigungsmittel (Tranquilizer), bei denen die große, 1985 international der Betäubungsmittelkontrolle unterstellte Gruppe der Benzodiazepin-Derivate wie z. B. Valium und Librium mit ihrer weiten Verbreitung und hohen Mißbrauchsfahr in den Vordergrund getreten ist. Zu beachten ist hier auch die Gefahr einer Abhängigkeit aufgrund geringer Dosen (Low-Dose-Dependence).
- Aufputschmittel (Stimulantien), von denen die Amphetamine wegen ihres besonders hohen Suchtpotentials der BtM-Verschreibung unterliegen, aber auch andere Stoffe (z. B. Ephedrin), die ihre Mißbrauchseignung gezeigt haben.
- Hustenmittel (Antitussiva), bei denen die Kodeinhaltigen Präparate dem Mißbrauch besonders zugänglich sind. Codein und Dihydrocodein (Remedacen) werden vereinzelt von niedergelassenen Ärzten entgegen ihrer Indikation an Drogenabhängige verschrieben.

Die meisten dieser Mittel werden auch von Alkohol- und Drogenabhängigen mißbraucht. Darin zeigt sich die Mißbrauchseignung gerade dieser Medikamente. Das „Umsteigen“ oder vorübergehende Ausweichen Drogenabhängiger auf Arzneimittel wie etwa Analgetika ist eine bekannte Erscheinung. Gerade auf diesem Gebiet des Medikamentenmiß-

brauchs drohen weiterhin wachsende und schwer kalkulierbare Gefahren.

3. Besonders gefährdete Personengruppen

Durch Medikamente besonders gefährdet sind Frauen aller Altersstufen, da sich die Einnahme von Arzneimitteln — im Gegensatz zu exzessivem Alkoholkonsum — sozial eher in das Rollenbild der Frau einfügt. Besonders gefährdete Berufsgruppen sind — schon wegen ihrer beruflichen „Nähe“ zu Arzneimitteln aller Art — Ärzte und Krankenschwestern.

In der Öffentlichkeit wird immer wieder der Vorwurf erhoben, Kindern und Jugendlichen würden zu früh, zu häufig oder ungerechtfertigterweise Medikamente verschrieben oder gegeben. Die Bundesregierung kann jedoch z. B. nicht bestätigen, daß über ein Drittel der Eltern bereit seien, ihren Kindern Psychopharmaka zu geben (siehe Antwort auf die Große Anfrage zur Lebenssituation der Kinder in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 10/4623 vom 8. Januar 1986, Fragen X, 3/4). Die Bundesregierung hält allerdings den Einsatz von Arzneimitteln — insbesondere Psychopharmaka — bei Kindern, um deren Leistungsfähigkeit in der Schule zu steigern oder Lernstörungen entgegenzuwirken, grundsätzlich für verfehlt; sie warnt vor einer unkritischen Anwendung solcher Arzneimittel bei Kindern generell. Der ärztliche Grundsatz, die Anwendung eines Medikaments auf das medizinisch Notwendige zu beschränken, gilt vor allem bei Kindern, da diese in besonderer Gefahr schweben, durch frühe Gewöhnung an medikamentöse Problemlösungen zeitlebens eine innere Bereitschaft zum „Griff nach der Tablette“ zu behalten. Die Möglichkeit, durch unkritische Vergabe von Arzneimitteln an Kinder eine Voraussetzung für späteren Medikamentenmißbrauch zu schaffen, muß ernstgenommen werden.

4. Gegenmaßnahmen

Angesichts der Vielfalt und des zum Teil schnellen Wechsels in der Szene des Medikamenten- und Ersatzdrogenmißbrauchs sind Gegenmaßnahmen stets der Gefahr ausgesetzt, punktuell zu bleiben oder zu spät zu kommen. Dies darf jedoch den Verordnungsgeber nicht dazu verleiten, bei der Unterstellung rezeptfreier Medikamente unter die Verschreibungspflicht bzw. bei der Einstufung von Medikamenten als Betäubungsmittel auf erste Mißbrauchsmeldungen hin vorschnell oder zu weitgehend zu reagieren. Diese Instrumente haben bei der Eindämmung medikamentösen Mißbrauchs zwar eine wichtige, aber keine ausschließliche Funktion; sie müssen daher von anderen, flankierenden Maßnahmen ergänzt werden.

So hat im Zusammenhang mit der Einbeziehung von Benzodiazepin-Derivaten in die BtM-Kontrolle der zuständige Sachverständigen-Ausschuß beim Bundesgesundheitsamt eine Arzt- und eine Patienten-Information mit Hinweisen auf das Miß-

brauchspotential dieser Medikamente verabschiedet; die Texte sind in der Fachpresse veröffentlicht worden. Weitere Möglichkeiten zur Reaktion auf bekanntgewordene Mißbräuche sind mit dem sog. Stufenplan gegeben. Nach dieser allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittel-Risiken nach § 63 des Arzneimittelgesetzes kommen als solche Risiken auch der Mißbrauch oder Fehlgebrauch und eine Gewöhnung oder Abhängigkeit von Medikamenten in Betracht.

Im Regierungsentwurf des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes ist zudem eine Bestimmung vorgesehen, nach der pharmazeutische Unternehmer verpflichtet sind, Fälle von häufigem oder erheblichem Arzneimittelmißbrauch dem Bundesgesundheitsamt mitzuteilen. Davon ist eine wesentliche Verbesserung bei der Erfassung des Arzneimittelmißbrauchs zu erwarten.

Besondere Beachtung verdient das ebenso pragmatische wie flexible Vorgehen der Ärztekammer Hamburg. Aufgrund des dortigen Kammergesetzes, das eine entsprechende Verpflichtung der Ärzte ermöglicht, erließ die Kammer im Juli 1983 eine „Allgemeine Anordnung zur Rezeptierung von Ausweichdrogen“. In ihr wurden alle Hamburger Ärzte bindend aufgefordert, Medikamente mit bekanntem Abhängigkeitspotential nur noch bei dringender medizinischer Indikation, nur in kleinsten Originalpackungen zu verordnen sowie das Rezept zweifach gestempelt und ohne Wiederholungsvermerk auszustellen. Die von der Regelung erfaßten Präparate wurden im Ärzteblatt in einer überschaubaren Liste einzeln aufgeführt, die von Zeit zu Zeit den gewandelten Bedürfnissen angepaßt wird. Berichten zufolge hat die Regelung zu nachhaltigen Erfolgen geführt. Es wurden allerdings mehrere Berufsgerichtsverfahren gegen dortige Ärzte durchgeführt, denen im Zusammenhang mit der Verordnung dieser Arzneimittel eine Verletzung ihrer Sorgfaltspflicht vorgeworfen wurde.

Eine inhaltlich ähnliche Regelung — vom März 1985 — ist aus Niedersachsen bekannt. Allerdings handelt es sich hier nur um eine Empfehlung des Vorstandes der Ärztekammer, die nicht verbindlich ist (abgedruckt in „Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen, Programm und Bericht der Landesregierung“, Seite 106).

Die Bundesregierung hat ihrerseits vor dem Hintergrund der Anordnung der Ärztekammer Hamburg geprüft, welche Maßnahmen sie aufgrund der vorhandenen Ermächtigung im Arzneimittelgesetz ergreifen könnte, um nachträglichen Verfälschungen ärztlicher Verschreibungen zu begegnen. Die ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verschreibungen wurden nachträglich verfälscht, indem ihnen ein Wiederholungsvermerk zugesetzt wurde. Dies geschah, um die therapeutisch begründete Menge des verschriebenen Arzneimittels zu vergrößern und damit in den Besitz von „Ersatzdrogen“ zu gelangen. Teilweise wurden für die Wiederholungsvermerke Stempel benutzt.

Diesen Verfälschungen konnte ausreichend und auf praktikable Weise nur durch ein allgemeines Verbot des Wiederholungsvermerks begegnet werden. Durch eine Änderung der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel wurde daher vom 1. Juli 1984 an generell die wiederholte Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf eine Verschreibung verboten. Durch diese Änderung wurde zugleich einer entsprechenden Entschließung des Bundesrates in Drucksache 472/83 (Beschluß) vom 16. Dezember 1983 Rechnung getragen, die die Bundesregierung zu wirkungsvollen Maßnahmen gegen Rezeptfälschungen bei sog. Ersatzdrogen aufforderte.

IV. Mißbrauch chemischer Lösungsmittel

1. Erscheinungsbild und Zahlen

In dem oben (B. I) gegebenen Überblick wurde die Erscheinung des Mißbrauchs chemischer Lösungsmittel bereits charakterisiert als überwiegend an Gruppen von Kindern und Jugendlichen sozial belasteter Familien der Unterschicht gebunden. Die empirischen Daten über die Häufigkeit dieser Erscheinung sind lückenhaft und wenig genau. Die Bundesstudie weist unter den jungen Drogenerfahrenen insgesamt 8% mit Schnüffelerfahrung aus, unter den „starken Usern“ 16% und unter der Extremgruppe von Opiatkonsumenten 25%. Die Aussagekraft dieser Angaben ist jedoch begrenzt; denn sie bedeuten nur, daß diese jungen Leute irgendwann einmal geschnüffelt haben, gleichgültig, wann, wie häufig und in welchem Ausmaß. So wird etwa von Rheinland-Pfalz und Bayern davor gewarnt, die Aussagekraft der vorliegenden Daten zu überschätzen. Dies gilt auch für die neueste Umfrage aus Bayern, die ein Ansteigen des Schnüffels von 6% 1980 auf 16% 1984 registriert (1973: 4%, 1976: 12%).

Die Wiederholung der Bundesstudie im Jahre 1986 wird Gelegenheit bieten, diesen Mißbrauchsbereich genauer aufzuklären und Entwicklungstrends auch für das übrige Bundesgebiet aufzuzeigen.

2. Maßnahmen der Bekämpfung

Die Antwort der Bundesregierung vom 29. Dezember 1983 auf eine Kleine Anfrage (Drucksache 10/848) ist bereits auf die meisten Aspekte der Schnüffel-Problematik eingegangen: so auf die wichtigsten mißbrauchten Stoffe und Artikel (insbesondere Pattex-Verdünner); die gesundheitlichen Schäden infolge des Schnüffels, insbesondere Gehirnschäden, und Hinweise auf Forschungen hierzu (H. Altenkirch: Schnüffelsucht und Schnüfflerneuropathie, Springer 1982); die soziale Schnüffler-Szene vor allem in West-Berlin (W. Keup in DHS-Informationsdienst 1982, 3/4); mögliche Gegenmaßnahmen. Deshalb kann insoweit auf die Antwort verwiesen werden. Ergänzend ist noch auf folgendes aufmerksam zu machen:

Bayern, das — wie gesagt — einen besonders steilen Anstieg der Fälle verzeichnet, hebt hervor, daß Schnüffelerfahrung bereits im Alter von 12 Jahren beginnt und unter den Realschülern die größte Einzelgruppe derer zu finden ist, die schon einmal geschnüffelt haben, während der Drogenmißbrauch überwiegend in älteren Jahrgängen junger Menschen und bei Erwachsenen stattfindet. In der Literatur wird das Bild des eigentlichen Schnüfflers vor allem so beschrieben: Altersschwerpunkt 12 bis 15 Jahre, vor allem Jungen, überwiegend Hauptschüler, die meisten aus der sozialen Unterschicht, hoher Anteil von Alkoholismus bei Eltern, Hinterhof-Milieu.

In Berlin nimmt sich vor allem die „Schnüffler-Hilfe“ dieser jungen Menschen an, die meist in sogenannten „Patter-Cliquen“ auftreten. Ein ausführlicher Bericht dieses Vereins von 1982 gibt über diese besondere Spielart des Drogenmißbrauchs ein anschauliches Bild, vor allem über die ausgeprägte broken-home-Belastung und soziale Deklassierung der meisten Schnüffler. Die Erscheinung des Lösungsmittelmißbrauchs zeigt besonders deutlich, daß bloße gesundheitliche Aufklärung im Drogenbereich bei den Betroffenen selbst, aber weitgehend auch bei den Angehörigen wenig bewirken kann. Gerade bei den Schnüfflern und den sozial zum Schnüffeln prädisponierten Jugendlichen kommt es auf präventive Drogenarbeit mit Treffpunkten und Streetworker-Arbeit an, auf motivierende Freizeitangebote, auf Jugendsozialarbeit. Wahrscheinlich wird man auch erst durch solche konkrete Drogenhilfe in gefährdeten Stadtbezirken oder Regionen den Kreis der Schnüffler einigermaßen in den Blick bekommen.

V. Rauchen und Tabakmißbrauch

Oben (A. II) ist angedeutet worden, daß eine Unterrichtung des Deutschen Bundestages über das Mißbrauchsgeschehen nicht den Tabakmißbrauch ausklammern darf, wenn derselbe in diesem Zusammenhang auch eine Sonder- und Randposition einnimmt. Die generelle Erörterung der Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens gehört deshalb nicht in diese Unterrichtung, zumal die Bundesregierung zum Komplex „Gefahren des Rauchens“ soeben erst dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit zwei Fragenkataloge der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP sowie der SPD-Fraktion beantwortet hat (Ausschuß-Drucksachen 10/191 bzw. 10/207). Hierbei wurden folgende Bereiche angesprochen: Gesundheitliche Aufklärung und Prävention, Rauchen an Schulen, Jugendschutz durch Einschränkung der freien Verfügbarkeit (Abgabe- und Automatenverbot?), Passivrauchen und Nichtraucherschutz, Tabakwerbung und Warnhinweise, Forschung, Raucherentwöhnung sowie Steuerfragen.

1. Abhängigkeit bzw. Gewöhnung

Umstritten ist, ob und — wenn ja — inwieweit Tabakrauchen bei starkem Dauerkonsum psychisch

oder auch physisch abhängig machen kann. Nur wenn es die Erscheinung der Tabak- und Nikotinabhängigkeit gibt, gehören Tabakwaren im strengen Sinne in den Zusammenhang dieses Berichts. Hierbei können nur bestimmte Stark- und Dauerrraucher in Betracht kommen, keinesfalls die große Mehrheit der Tabakkonsumenten. Auszugehen ist von der allgemein bekannten Erscheinung des Kettenrauchers und sonst mißbräuchlichen Zigarettenrauchers, der sich offensichtlich täglich, ja stündlich, sein gewohntes Konsumquantum zuführen muß und mit diesem Verhalten nicht ohne weiteres aufhören kann.

Die Weltgesundheitsorganisation hat zwar einen Abhängigkeitsbegriff für illegale Drogen und für Alkohol definiert, den Tabak jedoch nicht in den Katalog der Suchtmittel aufgenommen; denn Rauchen sei nicht verbunden mit einer Dosissteigerung, körperlichem, seelischem oder sozialem Verfall sowie Entzugserscheinungen bei Absetzen und schließlich Rauschzuständen. Zahlreiche amerikanische Aussagen — auch regierungsoffizielle — liegen vor, nach denen Rauchen zwar zu einer Gewohnheit (habituation), nicht aber zu einer Abhängigkeit (addiction) führen könne (z. B. US Public Health Service: Smoking and Health, 1964). Demgegenüber spricht der Direktor des National Institute on Drug Abuse der USA, Dr. Pollin, von einem neuerdings erkannten Syndrom „Tabak-Abhängigkeits-Erkrankung“ („tobacco-dependence disorder“), Journal of the American Medical Association (252: 20., 23./30. November 1984).

Die Bundesregierung hat zwar nie einen Zweifel an der starken Gesundheitsschädlichkeit des Tabakrauchens gelassen und erst im August 1985 wieder in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage darauf hingewiesen (Drucksache 10/3759). Zugleich betonte sie, es handle sich bei Tabakwaren um Genußmittel, nicht um Drogen, wie in der Anfrage unterstellt. Weiter heißt es: „Eine starke Abhängigkeit durch den Konsum von Tabakerzeugnissen im Sinne einer Sucht ist nicht nachgewiesen.“

Bei der genannten Anhörung im April 1985 stand bezüglich des Themas „Nikotinsucht“ Meinung gegen Meinung. Schmähl bezeichnete Nikotin als Gewöhnungs-, nicht als Suchtgift. Vor allem Stumpfe vertrat die Auffassung, Rauchen könne — über das Nikotin — auch zur Sucht werden; in einer Reihe neuerer Publikationen begründet er Abhängigkeitserscheinungen bei Rauchern wie Entzugsbeschwerden und Kontrollverlust (z. B.: Die Nikotinsucht, in: Suchtgefahren 1984, S. 76 ff.; Entzugsbeschwerden bei Nikotinsucht, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 1984, S. 731 ff.). Andere Autoren wie Opitz und Horstmann haben sich ähnlich geäußert. Ladewig unterscheidet den Gewohnheitsraucher vom abhängigen oder „Suchtraucher“.

Demgegenüber müssen auch die wesentlichen Unterschiede zwischen der beschriebenen Erscheinung bei Rauchern und einer eigentlichen Alkohol- oder Drogenabhängigkeit hervorgehoben werden. Auch Stumpfe etwa weist darauf hin, daß Nikotin keine Rauschzustände erzeugt und der für Drogen-

und Alkoholabhängige typische soziale und berufliche Abstieg fehlt. Die Bundesregierung sieht vor allem in dem völligen Fehlen einer menschlichen und sozialen Depravation selbst beim stärksten Gewohnheits- und Kettenraucher den entscheidenden Unterschied zwischen Drogen- und Alkoholmißbrauch auf der einen und Tabakmißbrauch auf der anderen Seite. Letztlich ist es eine Frage der Definition von Abhängigkeit, ob man Erscheinungen wie Dosissteigerung, Verlangen nach einem bestimmten Stoff-Spiegel, Entzugerscheinungen und Kontrollverlust, wie es bei Rauchern sein kann, bereits als spezielle Abhängigkeit bezeichnet.

2. Psychosoziale Zusammenhänge

Der psychosoziale Ansatz der modernen Drogenforschung, der auch diesem Bericht zugrunde liegt, verlangt jedoch, noch auf nachweisbare Zusammenhänge zwischen Drogen-, Alkohol- oder auch Medikamentenmißbrauch und Tabakrauchen einzugehen. So hat die Bundesstudie 1983 bei jungen Men-

schen zwischen 18 und 24 Jahren interessante Zusammenhänge des Mißbrauchs zwischen verschiedenen psychotropen Substanzen aufgezeigt. Hier wurde u. a. der Anteil regelmäßiger Zigarettenraucher (20 Stück täglich oder mehr) aus der Gesamtstichprobe (a) mit aktuellen Drogenkonsumenten (b) und „starken Usern“ (c) verglichen. Die Anteile starker Raucher waren: 21% (a), 34% (b) bzw. 45% (c). Eine ähnliche Zahlenprogression ist für die regelmäßigen Alkoholkonsumenten ermittelt worden. Das heißt, je intensiver der Drogenkonsum ist, desto stärker rauchen und trinken die Abhängigen, desto häufiger greifen sie zu Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln. Die These, daß Drogenkonsum kein isoliertes abweichendes Verhalten ist, sondern auf einer insgesamt stärkeren Neigung zu psychotropen Stoffen beruht, bestätigt sich also auch hier. Zudem stammen vor allem exzessive Raucher häufiger aus broken-home-Situationen.

Schon wegen dieser psychosozialen Zusammenhänge des Tabakmißbrauchs mit dem Konsum anderer Mißbrauchsstoffe war das Rauchen in diesen Bericht miteinzubeziehen.

Zentralausschuß der Werbewirtschaft (ZAW)
(Advertising Federation)
— German Advertising Standards Authority —
(Deutscher Werberat)

Postfach 200647
Villichgasse 17
5300 Bonn 2
Telefon (02221) 35 1025
Telex 08 85 608



Verhaltensregeln über die Werbung für alkoholische Getränke

In Kraft getreten im Juni 1976

(Alkoholische Getränke im Sinne dieser Verhaltensregeln sind alle alkoholischen Getränke, unabhängig von der Höhe ihres Alkoholgehalts. Die Regeln sind ab Juni 1976 gültig)

Die Hersteller und Importeure von alkoholischen Getränken erkennen

- ungeachtet ihres Bekenntnisses zu einem freien, gesunden und lauten, eine unmittelbar an den Verbraucher gerichtete Ansprache für ihre Erzeugnisse unumgänglicherweise einschließenden Wettbewerb und
- ungeachtet der Überzeugung, daß ihre Erzeugnisse — sinnvoll und in Maßen genossen — eine positive Wirkung haben und das Leben der Menschen bereichern,

die Verpflichtung an, die Werbung für ihre Erzeugnisse so zu gestalten, daß diese nicht geeignet ist, mißbräuchlichen und aus diesem Grunde unerwünschten Alkoholgenuß zu fördern.

Aus dieser Verpflichtung heraus wollen sie

- verhindern, daß Darstellungen oder Aussagen in der Werbung für ihre Erzeugnisse als Aufforderung zum Alkoholmißbrauch oder zum übermäßigen Genuß von alkoholischen Getränken mißverstanden werden können;
- verhindern, daß Werbung für ihre Erzeugnisse als Ansprache jugendlicher mißverstanden werden kann;
- einem den Grundsätzen des lauten oder der Wirksamkeit eines leistungsgerechten Wettbewerbs zuwiderlaufenden Verhalten im Wettbewerb entgegenwirken und ein diesen Grundsätzen entsprechendes Verhalten im Wettbewerb anregen;
- sicherstellen, daß die gesetzlichen Bestimmungen im Bereich der Werbung für alkoholische Getränke eingehalten werden, insbesondere des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb und des Lebensmittelrechts.

Die folgenden Organisationen und Verbände

Bundesverband der Deutschen Spirituosenindustrie
Bundesverband Deutscher Mittelstandsbrauereien
Bundesverband der Obstverschußbrenner
Bundesverband Deutscher Kornbrenner
Bundesverband des Deutschen Wein- und Spirituosenhandels
Bundesvereinigung Wein- und Spirituosenimport
Deutscher Brauer-Bund
Deutscher Weinbauverband
Markenverband
Stabilisierungsfond für Wein
Verband der deutschen Fruchtwein- und Fruchtschaumwein-Industrie
Verband der Hersteller von Perlwein und ähnlichen Erzeugnissen
Verband der Weinbrennereien
Verband Deutscher Sektkellereien

haben deshalb in Zusammenarbeit mit dem Zentralausschuß der Wer-

bewirtschaft zur Anwendung durch den Deutschen Werberat die nachstehenden Verhaltensregeln über die Werbung für alkoholische Getränke aufgestellt:

Bei der Werbung für alkoholische Getränke sind insbesondere die nachstehenden Grundsätze bei der Gestaltung und Durchführung von Werbemaßnahmen zu beachten:

Mißbrauch

1. In der Werbung soll nicht zu übermäßigem oder mißbräuchlichem Konsum alkoholischer Getränke aufgefordert und ein solcher Konsum nicht als nachahmenswert dargestellt oder verharmlost werden.
2. Es soll nicht durch Hinweise auf einen niedrigen Alkoholgehalt der Eindruck erweckt werden, daß ein Mißbrauch ausgeschlossen ist.

Unberührt davon bleibt eine Kennzeichnung des Alkoholgehalts.

Jugendliche und Leistungssportler

3. Es sollen keine Aufforderungen zum Trinken an Jugendliche ergehen und keine trinkenden oder zum Trinken auffordernden oder aufgeforderten Jugendlichen dargestellt werden.
4. Es sollen keine Aussagen erfolgen, in denen Jugendliche als noch nicht reif genug für den Genuß alkoholischer Getränke angesprochen und dadurch zum Trinken provoziert werden oder die besagen, daß eine dargestellte Person schon als jugendlicher alkoholische Getränke genossen hat.
5. Es sollen keine trinkenden oder zum Trinken auffordernden Leistungssportler dargestellt werden.

Staßenverkehr und Sicherheit

6. Es sollen keine Aufforderungen zum Trinken an Kraftfahrer und keine trinkenden oder zum Trinken aufgeforderten Kraftfahrer dargestellt oder in anderer Weise eine Assoziation zwischen Trinken und Führen von Kraftfahrzeugen hergestellt werden.
7. Es sollen keine gegen Sicherheitsbestimmungen verstoßende Situationen dargestellt werden.

Krankheitsbezogene Aussagen

8. Es sollen keine Hinweise auf ärztliche Empfehlungen oder ärztliche Gutachten und keine bildlichen Darstellungen von Personen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe, des Heilgewerbes oder des Arzneimittelhandels verwendet werden.
9. Es sollen keine Aussagen gemacht werden, die sich auf die Beseitigung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten beziehen.
10. Es sollen keine Aussagen erfolgen, die alkoholischen Getränken Wirkungen eines Arzneimittels beilegen.

Enthemmung, Angst, Konflikte

11. Es sollen keine Aussagen erfolgen, die auf enthemmende Wirkungen alkoholischer Getränke abstellen.
12. Es sollen keine Aussagen und Darstellungen erfolgen, die auf Beseitigung oder Linderung von Angstzuständen abstellen.
13. Es sollen keine Aussagen und Darstellungen erfolgen, die auf die Beseitigung oder Überwindung von psychosozialen Konflikten abstellen.

Enthaltsamkeit

14. Es sollen keine Darstellungen erfolgen, die die Enthaltsamkeit im allgemeinen oder in besonderen Fällen abwerten.

MITTEILUNGEN des Bürgermeisteramts der Landeshauptstadt Stuttgart



– Nur für den Dienstgebrauch –

1984

Stuttgart, den 13. September 1984

Folge 23

Nr. 43/1984 Dienstvereinbarung über den Umgang mit alkoholkranken oder alkoholgefährdeten Mitarbeitern

Zwischen
dem Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Stuttgart
und
dem Gesamtpersonalrat bei der Landeshauptstadt Stuttgart
wird gemäß § 79 Abs. 3 Ziff. 8 sowie Abs. 1 Ziff. 8 LPVG die folgende Dienstvereinbarung abgeschlossen.

Vorbemerkung

Stadtverwaltung und Personalvertretung sind sich darin einig, daß die Bekämpfung von Alkohol- und Suchtkrankheiten ein wichtiges Anliegen der Fürsorgepflicht ist.

Sie vereinbaren daher, daß bei Alkoholmißbrauch nach den folgenden Bestimmungen verfahren wird.

§ 1 Vorgehen bei erstmaliger Erkrankung

1. Entsteht bei dem unmittelbaren Vorgesetzten der Eindruck, daß ein Mitarbeiter suchtgefährdet ist oder bei ihm schon eine Abhängigkeit besteht, so führt er mit ihm ein vertrauliches Gespräch. Er zeigt Wege zur Hilfe auf. Gleichzeitig teilt er ihm mit, daß bei fortdauerndem Alkoholmißbrauch weitere Instanzen eingeschaltet werden. Über dieses Gespräch bewahrt der Gesprächspartner Stillschweigen; es wird keine Personalaktennotiz gefertigt.
2. Ist im Verhalten des Mitarbeiters nach zwei Monaten keine positive Veränderung festzustellen, so folgt ein Gespräch, an dem der unmittelbare Vorgesetzte, die Personalstelle des Amts, der Personalrat, sowie der zuständige Mitarbeiter des Sozialdienstes beteiligt sind. Der Betroffene erhält eine schriftliche Abmahnung durch den Leiter des Beschäftigungsamts.
3. Ist im Verhalten des Betroffenen nach drei Monaten noch immer keine positive Veränderung festzustellen, so findet auf Veranlassung der Personalstelle des Beschäftigungsamts ein neues Gespräch statt, zu dem der Leiter des Beschäftigungsamts und der zuständige Sachbearbeiter des Personalamts zusätzlich hinzugezogen werden. Zu diesem Gespräch können auch Kollegen und in Absprache mit dem Sozialdienst Familienangehörige und Freunde eingeladen werden. Der Mitarbeiter wird aufgefordert, ein konkretes Hilfsangebot wahrzunehmen und erhält dazu eine angemessene Bedenkzeit. Im Gespräch kündigt die Personalstelle an, daß bei Ablehnung des Hilfsangebots unmittelbar nach der Bedenkzeit konkrete arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen gezogen werden; diese können sein: Entzug von Leistungszulagen oder dienstlichen Funktionen, Unterbrechung des Bewährungsaufstiegs, Änderungskündigung, Einleitung eines Disziplinarverfahrens.
4. Lehnt der Kranke nach längstens weiteren sechs Wochen weiterhin therapeutische Maßnahmen ab, führt das Personalamt mit ihm ein letztes Gespräch unter Beteiligung des Vorgesetzten, der Personalstelle des Beschäftigungsamts, des Personalrats und des zuständigen Mitarbeiters des Sozialdienstes. Bei Arbeitern und Angestellten wird die Kündigung angedroht, bei Beamten die Weiterführung des Disziplinarverfahrens, evtl. das Verfahren zur Feststellung der Dienstunfähigkeit.
5. Stellt der Leiter des Beschäftigungsamts nach längstens weiteren sechs Wochen fest, daß alle bisherigen Maßnahmen ohne Erfolg geblieben sind, so beantragt er nach vorheriger Rücksprache mit dem Sozialdienst beim Personalamt die in § 1 (4) angedrohten Maßnahmen.

§ 2 Vorgehen bei Rückfall nach erfolgter oder abgebrochener Heilbehandlung

Fällt der Mitarbeiter am Arbeitsplatz wieder wegen Alkoholmißbrauchs auf, so wird unter Beteiligung der in § 1 (2) genannten Personen (unmittelbarer Vorgesetzter, Personalstelle des Amts, Personalrat, Sozialdienst) ein Gespräch mit ihm geführt mit dem Ziel, ihn zu erneuter Heilbehandlung zu bewegen. Dem Mitarbeiter werden in einer schriftlichen Abmahnung durch den Leiter des Beschäftigungsamts arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen angedroht, mit dem Hinweis, daß er bisher nicht genug zur Heilung beigetragen hat.

Im weiteren wird nach § 1 (3) ff. vorgegangen.

Anlage

Hinweise zur Anwendung der Dienstvereinbarung über den Umgang mit alkoholkranken oder alkoholgefährdeten Mitarbeitern

vom 24. Juli 1984

I. Alkoholmißbrauch ist dabei, zur Volkskrankheit Nr. 1 zu werden. 7% der arbeitenden Bevölkerung sind alkoholgefährdet. Die Mitarbeiter der Stadtverwaltung Stuttgart sind davon nicht mehr, aber auch nicht weniger bedroht, als die übrige Bevölkerung. Deshalb haben der Oberbürgermeister und der Gesamtpersonalrat eine Dienstvereinbarung abgeschlossen, in der geregelt ist, wie man reagiert. Die nachfolgenden Hinweise sind als allgemeine Orientierung beim Anwenden der Dienstvereinbarung gedacht.

II. Alkoholismus ist eine Krankheit!

Alkoholismus ist nicht irgendein Fehlverhalten, Schwäche gegen sich selbst oder gar böser Wille, sondern eine Krankheit, die

- meist tödlich verläuft, wenn sie nicht behandelt wird,
- unheilbar ist, den Kranken also sein ganzes weiteres Leben begleiten wird,
- aber, wenn rechtzeitig das Richtige getan wird, gestoppt und in ihren Auswirkungen zeitweilig oder dauernd aufgehoben werden kann.

Alkoholkrank kann jeder werden!

Alkoholismus kommt in allen gesellschaftlichen Schichten, bei Beamten, Angestellten und Arbeitern, bei Männern und Frauen, bei Jugendlichen, Erwachsenen und Alten, kurz in jedem Milieu vor. Auch bei der Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart ist jede Personengruppe in jedem Amt den Gefahren des Alkoholismus ausgesetzt.

III. Die Dienstvereinbarung und diese Hinweise dienen dazu

- die Gesundheits- und Unfallgefahren infolge Alkoholmißbrauchs zu vermindern,
- alle Betroffenen gleich zu behandeln,
- allen Beteiligten eine Richtlinie zu geben, wie sie sich am zweckmäßigsten verhalten,
- vor allem dem Betroffenen, seiner Umgebung und seinen Vorgesetzten klarzumachen, daß er krank ist und Hilfe braucht.

Sie dienen nicht dazu, alle notwendigen Informationen über die verschiedenen Formen des Alkoholismus zu vermitteln. Hierfür steht das Informationsmaterial bei den Personalstellen der Ämter zur Verfügung.

IV. Hilfe ist

- den Kranken ernst nehmen,
- ein offenes und ehrliches Gespräch,
- die Wirklichkeit bewußt machen,
- ein konkretes Angebot,
- Folgen aufzeigen,
- konsequent vorgehen.

Hilfe ist aber nicht

- ein Alkoholproblem verharmlosen,
- ein Alkoholproblem verheimlichen,
- Gleichgültigkeit und sogenannte Toleranz,
- den Kranken lediglich seine Verachtung spüren lassen.

V. Erst informieren, dann handeln.

Hierzu der Arbeitskreis Alkohol, Bonn:

„Augen auf!

Sollten Sie den Eindruck haben, daß ein Kollege oder Mitarbeiter mit Alkohol nicht vernünftig umgeht, dann widmen Sie ihm mehr Aufmerksamkeit als bisher. Spielen Sie dabei nicht den Spion, sondern verlassen Sie sich auf Ihre täglichen Beobachtungen. Nur allzu leicht kann man sonst Gefahr laufen, jemandem ein Etikett zu verpassen, das er nie mehr los wird. Ihr Urteil wird dann sicherer, wenn Sie im Vergleich zu früher deutliche Veränderungen im Verhalten Ihrer Kollegin oder Ihres Kollegen feststellen. Lassen Sie sich daher genügend Zeit für Ihre Beobachtungen. Hüten Sie sich davor, einmalig auftretende Erscheinungen gleich in die Schublade der Vorurteile zu legen. Ein einmaliger Kater am Montagmorgen ist kein Beweis für eine akute Alkoholgefährdung.

Denken Sie auch daran, daß manche Symptome, die zur Alkoholkrankheit passen können, ihre Ursachen selbstverständlich auch in anderen Leiden haben können.“

VI. Das Vorgehen im Einzelfall

Wichtiger Hinweis vorweg:

Maßnahmen, die der Arbeitssicherheit dienen, müssen unabhängig von den ab Schritt 2 vorgesehenen arbeits- und dienstrechtlichen Konsequenzen je nach Notwendigkeit des Einzelfalls unverzüglich ergriffen werden.

Hinweis zu § 1 (1):

Wichtig in diesem ersten Gespräch ist es, daß der unmittelbare Vorgesetzte den Mitarbeiter auf das hinweist, was er oder Kollegen im Arbeitsalltag konkret beobachtet haben (Arbeitsleistung und Auswirkung auf die nähere Arbeitsumgebung). Er legt dar, daß er einen Zusammenhang zwischen diesen Auffälligkeiten und dem Alkoholkonsum sieht, auch wenn der Mitarbeiter den Alkoholkonsum und dessen Auswirkungen bestreitet. Er erklärt ihm, daß die Schwierigkeit mit dem Alkohol zu einer Suchterkrankung führen kann. Schwerpunkt des Gesprächs soll die Information über Hilfsmöglichkeiten sein. Der Vorgesetzte weist auf den Sozialdienst für städtische Mitarbeiter hin und händigt die Informationsmappe aus.

Hinweis zu § 1 (2):

Dem Betroffenen muß eindringlich klargemacht werden, daß wahrscheinlich krankheitsbedingtes Trinken sein Verhalten bestimmt, da sonst eine Änderung eingetreten wäre. In der Abmahnung wird festgestellt, daß der Betroffene bisher nichts unternommen hat, seine alkoholbedingte Lage zu verbessern, und es werden ihm arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen angedroht. Die Einbeziehung von Personalrat, Personalstelle und Sozialdienst muß dem Betroffenen deutlich machen: „Jetzt wird es für mich ernst, aber es gibt eine Chance!“

Hinweis zu § 1 (3):

Jeder muß dem Betroffenen aus seiner Sicht offen und ehrlich, aber ohne ihn zu verurteilen, sagen, was er bei ihm an Arbeitsausfällen und persönlichem Fehlverhalten erlebt. Es geht darum, dem Betroffenen eindeutig und nachdrücklich seine Krankheit bewußt zu machen, damit er endlich Hilfe annimmt. Die Gesprächsteilnehmer müssen wissen:

Jedes Verschweigen oder Herunterspielen von alkoholbedingten Ausfällen und Fehlverhalten macht sie selbst zum „Komplizen“; und weil sie das Trinken decken, verlängern sie damit den Leidensweg des Alkoholikers. Am Schluß dieses Schritts wird dem Betroffenen ein Hilfsangebot gemacht: Fachklinik, Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, Sozialdienst für Mitarbeiter. Es wird ihm eine Woche Bedenkzeit zur Annahme des Hilfsangebots eingeräumt. Der Kranke wird hierauf möglicherweise mit exzessivem Trinken reagieren. In diesem Fall wird die Bedenkzeit auf zwei Wochen verlängert.

Hinweis zu § 1 (4):

In diesem letzten Gespräch muß dem Kranken unmißverständlich klargemacht werden, daß es für ihn nur noch zwei Möglichkeiten gibt: entweder mit dem Trinken aufzuhören oder die Entlassung! Dieses letzte Gespräch sollte ähnlich wie in § 1 (3) durchgeführt werden. Der Kranke will erfahrungsgemäß seinen Arbeitsplatz nicht verlieren, auch wenn er so tut, als ob es ihm nichts ausmache. Deshalb kann das entschlossene und konsequente Auftreten der Gesprächspartner sehr nützlich sein. Das Gespräch muß geführt werden nach dem Motto: „Es ist keine Schande krank zu sein, aber eine Schande, nichts dagegen zu tun!“ oder „Wenn Du nichts tust, können und wollen wir auch nichts für Dich tun!“ In der

Fachwelt bedeutet das, den Kranken fallen lassen (Hilfe durch Nichthilfe). Dem Kranken wird klargemacht, daß er für sein Handeln letztlich selbst die Verantwortung trägt.

Hinweis zu § 1 (5):

In das Kündigungsschreiben wird ein Vermerk darüber aufgenommen, daß der Mitarbeiter sich nach abgeschlossener Behandlung wieder bewerben kann.

Bewirbt sich ein entlassener Mitarbeiter, der über eine ambulante Behandlung, Kurzzeit- oder Langzeittherapie oder über den Besuch von Selbsthilfegruppen trocken geworden ist, um Wiedereinstellung, so wird seine Bewerbung bevorzugt berücksichtigt.

Hinweis zu § 2:

Ein Rückfall kann im Heilungsprozeß des Alkoholabhängigen eine wichtige therapeutische Funktion haben. Der Kranke kann nicht glauben, daß das, was er in der Heilbehandlung gelernt hat auch für ihn zutrifft. Dieser Rückfall kann schon während der Heilbehandlung, aber auch Monate oder Jahre danach eintreten.

VII. Weitere Hinweise

Heilverfahren; Krankenbezüge

Bei *Angestellten* und *Arbeitern* übernimmt entweder die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten einer Entziehungskur. Ist ein Mitarbeiter ausnahmsweise weder in der Rentenversicherung noch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, besteht tarifvertraglich Anspruch auf Beihilfe wie bei einem Beamten (siehe nachstehend).

Führt ein *Beamter* eine vom Amtsarzt oder vom Arbeitsmedizinischen Dienst für erforderlich gehaltene Entziehungskur durch, so sind die Aufwendungen beihilfefähig. Voraussetzung hierfür ist ein förmlicher Anerkennungsbescheid des Personalamts vor Beginn der Entziehungsmaßnahme.

Beamte haben während einer Entziehungskur Anspruch auf Fortzahlung der Dienstbezüge. *Angeestellte und Arbeiter* erhalten während einer Entziehungskur sechs Wochen bezahlten Sonderurlaub. Anschließend gewährt entweder der Rentenversicherungsträger Übergangsgeld oder die gesetzliche Krankenkasse Krankengeld, falls der Mitarbeiter entweder rentenversichert ist oder der gesetzlichen Krankenversicherung angehört.

„ARBEITSGRUPPE DER PERSONALREFERATSLEITER DER BUNDESMINISTERIEN“**Empfehlungen zur Einschränkung des Alkoholkonsums im Dienst**

(Stand: 8. August 1985)

1. Durch Alkoholmißbrauch drohen Gefahren für die Allgemeinheit, für die Verwaltung und für die Bediensteten selbst. Diesen Gefahren kann nur dann wirksam begegnet werden, wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, einen Alkoholmißbrauch von Bediensteten zu verhindern. Hierzu zählen generelle vorbeugende Maßnahmen, durch die eine Einschränkung des Alkoholkonsums insbesondere auch im Dienst erreicht werden kann. Daneben werden konkrete Verfahrensschritte bei alkoholbedingten Auffälligkeiten im Dienst festgelegt.
2. Folgende vorbeugende Maßnahmen zur Eingrenzung von Anlaß und Ausmaß des Alkoholkonsums können erwogen werden:
 - 2.1 Ein „absolutes Alkoholverbot“ muß für solche Bereiche gelten, wo Sicherheitsgesichtspunkte eine besondere Rolle spielen, z. B. bei Kraftfahrern, Waffenträgern, Sicherungsdiensten, Bediensteten in Werkstätten u. a. Alkoholgenuß während des Dienstes und in Dienstpausen ist so zu beschränken, daß die Dienstfähigkeit nicht beeinträchtigt wird. Nach der Rechtsprechung der Disziplinargerichte beginnt die Beeinträchtigung der Dienstfähigkeit bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 ‰.
 - 2.2 Feiern sind auf ein Minimum zu beschränken.

Während der Dienststunden werden sie nur bei Ernennungen, Beförderungen, Dienstjubiläen, Geburtstagen, Einstand, Ausstand nach Abstimmung mit dem Vorgesetzten geduldet. Die Dauer der Feier ist auf maximal zwei Stunden zu begrenzen. Die Feiern dürfen nur in die Mittagszeit oder allenfalls in die Zeit kurz vor Dienstenende gelegt werden.
 - 2.3 Hochprozentige alkoholische Getränke dürfen anläßlich von Feiern nicht ausgeschenkt werden. Im übrigen ist der Alkoholkonsum so zu beschränken, daß die Dienstfähigkeit nicht beeinträchtigt wird.

Die Aufbewahrung von hochprozentigen alkoholischen Getränken in Diensträumen (und der Verkauf solcher Getränke in der Kantine) ist nicht erlaubt.
 - 2.4 Eine Vorratshaltung von Alkohol jedweder Art ist grundsätzlich untersagt.
 - 2.5 Es ist verstärkt daran zu denken, auch alkoholfreie Formen, Feste zu feiern, zu nutzen. Im Interesse der Einschränkung des Alkoholkonsums liegt es auch, wenn denjenigen Bediensteten, die Geburtstag haben, nachmittags dienstfrei gewährt wird.
 - 2.6 Die Information der Vorgesetzten über Möglichkeiten, Gefährdungen von Mitarbeitern zu erkennen, soll — z. B. im Rahmen der dienstlichen Fortbildung — verbessert werden.
3. Bei alkoholbedingten Auffälligkeiten im Dienst könnte wie folgt verfahren werden:
 - 3.1 Entsteht bei dem unmittelbaren Vorgesetzten der Eindruck, daß ein Mitarbeiter alkoholauffällig ist oder bei ihm schon eine Abhängigkeit besteht, so führt er mit ihm ein vertrauliches Gespräch. Er zeigt Wege zur Hilfe (z. B. auf den sozialen Dienst) auf. Gleichzeitig teilt er ihm mit, daß bei fortdauernder Alkoholauffälligkeit weitere Instanzen eingeschaltet werden. Über dieses Gespräch bewahrt der Gesprächspartner Stillschweigen. Er fertigt keine Personalaktennotiz, sondern notiert sich nur den Zeitpunkt des Gesprächs.
 - 3.2 Ist im Verhalten des Mitarbeiters keine positive Veränderung festzustellen, so folgt in der Regel spätestens nach zwei Monaten ein Gespräch, an dem der unmittelbare Vorgesetzte, das Personalreferat sowie der Ärztliche und Soziale Dienst beteiligt sind. Mit Einverständnis des Mitarbeiters ist auch der Vertreter des Personalrates an dem Gespräch zu beteiligen. In diesem Gespräch ist der Betroffene in deutlicher und entschiedener Form auf die weiteren Folgen hinzuweisen. Der Betroffene erhält eine schriftliche Abmahnung.
 - 3.3 Ist im Verhalten des Betroffenen nach weiteren zwei Monaten keine positive Veränderung festzustellen, so findet auf Veranlassung des Personalreferates ein neues Gespräch beim Leiter der Zentralabteilung statt. Der Mitarbeiter wird aufgefordert, ein konkretes Hilfsangebot wahrzunehmen, und erhält dazu eine angemessene Bedenkzeit. Im Gespräch wird dem Bediensteten angekündigt, daß bei Ablehnung des Hilfsangebots unmittelbar nach der Bedenkzeit konkrete arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen gezogen werden. Diese können sein: Entzug von Leistungszulagen oder dienstlichen Funktionen, Unterbrechung des Bewährungsaufstiegs, Änderungskündigung, Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Der Bedienstete erhält eine weitere Abmahnung.

- 3.4 Lehnt der Bedienstete nach längstens weiteren sechs Wochen weiterhin therapeutische Maßnahmen ab, führt das Personalreferat mit ihm ein letztes Gespräch unter Beteiligung des Personalrats und des Ärztlichen und Sozialen Dienstes. Bei Arbeitern und Angestellten wird die Kündigung mit Fristsetzung angedroht, bei Beamten die Einleitung oder Weiterführung des Disziplinarverfahrens, evtl. das Verfahren zur Feststellung der Dienstunfähigkeit.
- 3.5 Stellt die Dienststelle nach vorheriger Rücksprache mit dem Ärztlichen und Sozialen Dienst nach weiteren sechs Wochen fest, daß alle bisherigen Maßnahmen ohne Erfolg geblieben sind, so vollzieht sie die angedrohten Maßnahmen.
4. Fällt der Mitarbeiter am Arbeitsplatz nach erfolgter oder abgebrochener Heilbehandlung erneut wegen Alkoholmißbrauchs auf, so wird je nach den Umständen des Einzelfalls entsprechend (Nummer 3) vorgegangen.

Anlage 4

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Rauschgiftdelikte	62 395	61 802	63 002	63 742	60 588 ¹⁾	60 941
(Quelle: PKS)						
davon mit Heroin.....	— ²⁾	18 190	15 457	16 030	15 335 ¹⁾	14 462
mit Kokain	— ²⁾	1 224	1 049	1 443	1 973 ¹⁾	2 343
mit Cannabis	— ²⁾	36 889	40 792	41 698	39 515 ¹⁾	39 936
Sicherstellungen (Quelle: FDR)	— Angaben in Kilogramm, bei LSD in Trips —					
Heroin.....	267	94	202	260	264	208
Kokain.....	22	24	33	106	171	165
Amphetamin.....	4	6	16	24	15	28
Cannabis.....	3 200	6 696	3 190	4 606	5 646	11 503
LSD.....	28 881	31 167	42 170	41 848	40 951	30 536
Erstkonsumenten harter Drogen..	6 856	4 736	4 506	2 987	3 699	3 246
(Quelle: Personendatei)						
davon mit Heroin.....	6 091	3 961	3 702	2 357	2 770	2 254
mit Kokain	364	524	381	339	529	567
mit Amphetamin.....	— ²⁾	— ²⁾	168	145	147	194

Erläuterungen: ¹⁾ Angaben nur bedingt mit den Vorjahren vergleichbar (Mindererfassung aufgrund Umstellung der PKS)²⁾ Zahlen liegen nicht vor

Anlage 5

Neues Konzept zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität

Erklärung des Bundesministers des Innern

Der Bundesminister des Innern, Dr. Friedrich Zimmermann, gab am 19. Januar 1986 folgende Erklärung ab:

Die Situation im Rauschgiftbereich ist unverändert ernst. Auch im letzten Jahr strömten große Mengen von Heroin, Kokain und Cannabisprodukten auf den deutschen Markt. Besondere Sorge bereitet die Ausbreitung des Kokains, eine Droge, die noch vor wenigen Jahren kaum eine Rolle in Deutschland spielte. Hohe Produktionssteigerungen in Südamerika lassen eine kräftige Zunahme der Zufuhr dieser Droge nach Westeuropa und damit auch in die Bundesrepublik Deutschland befürchten.

Polizei und Zoll sind auch 1985 mit Erfolg gegen das Rauschgift vorgegangen. Sie haben rund 200 kg Heroin, 165 kg Kokain, 10 900 kg Haschisch und 2 335 kg Marihuana beschlagnahmt. Danach ist zwar beim Heroin ein leichter Rückgang zu verzeichnen (1984: 253 kg). Ihm steht aber eine kräftige Zunahme um das vierfache beim Haschisch gegenüber (1984: 2 600 kg). Allen in diesem Bereich tätigen Polizei- und Zollbeamten gebührt unser Dank.

Das unverändert große Rauschgiftangebot, die Sorge vor einer Zunahme des Kokainmißbrauchs und das verstärkte Auftreten potenter Rauschgift Händlerorganisationen erfordern eine neue Initiative zur Drogenbekämpfung.

Das zu diesem Zweck von meinem Hause entwickelte Konzept zur Intensivierung des Kampfes gegen die Rauschgiftkriminalität sieht folgendes vor:

1.

Das Bundeskriminalamt muß in der Rauschgiftbekämpfung einen neuen Schwerpunkt setzen. Ich habe angeordnet, daß im Bundeskriminalamt eine neue eigenständige Abteilung „Rauschgift“ eingerichtet wird. Der Bundestag hat hierfür in einem ersten Schritt 35 neue Stellen bewilligt. Mein Ziel ist eine Verdoppelung der Ermittlungskapazität im Bereich der besonders schwierigen Auslandsermittlungen.

2.

Durch Verhandlungen mit den Regierungen einzelner Rauschgiftanbau- und -transitländer habe ich erreicht, daß das Bundeskriminalamt Verbindungsbeamte in diese Länder entsenden kann. Zur Zeit sind 8 Beamte in Südostasien, im Mittleren Osten, im Mittelmeerraum und in Südamerika eingesetzt. Sie tragen dazu bei, Rauschgifttransporte nach Westeuropa frühzeitig zu erkennen und abzufangen. Sie fördern deutsche Ermittlungsverfahren in den Gastländern und unterstützen dortige Ermittlungen. Zugleich beraten sie die Gastländer in Fragen der Rauschgiftbekämpfung und sichern die bestimmungsge-

mäße Verwendung unserer Ausrüstungshilfe. In der Endstufe sollen 30 Beamte im Ausland tätig sein.

3.

Die Ausbildungs- und Ausrüstungshilfe für ausländische Rauschgiftbekämpfungsbehörden, die mit uns zusammenarbeiten wollen, wird verstärkt. Hierfür stehen 1986 3 Mill. DM statt bisher 2 Mill. DM zur Verfügung. Das Bundeskriminalamt hat bereits in den vergangenen 4 Jahren für diesen Zweck 10 Mill. DM ausgegeben. Mit diesem Geld wurden ausländische Beamte in die modernen Methoden der Rauschgiftbekämpfung eingewiesen.

Außerdem erhielten rund ein Dutzend Länder Ausrüstungshilfe wie zum Beispiel Funkgeräte, Kraftfahrzeuge, optisches und fotografisches Gerät sowie Apparate zur Rauschgiftdetektierung.

4.

Es ist notwendig, verstärkt die aus dem illegalen Drogengeschäft stammenden Gewinne der Drogenhändler und -schmuggler aufzuspüren und zu beschlagnahmen (sogenannte Dritte Dimension der Rauschgiftbekämpfung). Sichergestelltes Rauschgift und festgenommene Kuriers können rasch ersetzt werden, nur die Wegnahme der Gewinne schreckt die Organisatoren, Finanziere und Großverteiler des illegalen Rauschgifts ab. Ihre jährlichen Gewinne allein in der Bundesrepublik Deutschland werden auf mehrere hundert Millionen DM geschätzt.

Zu diesem Zweck habe ich den für das Betäubungsmittelrecht federführenden Ressorts die Einführung eines neuen Straftatbestandes vorgeschlagen, der den Erwerb, Besitz und Gebrauch („Geldwäsche“) von Vermögenswerten aus dem illegalen Drogengeschäft unter Strafe stellt. Italien, die USA und Kanada haben mit diesem Instrument gute Erfolge erzielt. Ich hoffe, daß wir hier bald zu einer Einigung kommen und dem Parlament einen entsprechenden Gesetzesvorschlag vorlegen können.

5.

Bei der Rauschgiftbekämpfung ist der Einsatz von Verdeckten Ermittlern und V-Leuten unerläßlich. Ohne sie wären Aufgriffe vor allem großer Rauschgiftmengen gar nicht möglich. Über die Zulässigkeit ihres Einsatzes besteht inzwischen Einigkeit zwischen allen Justiz- und Innenministern. Soweit für einzelne operative Maßnahmen ausdrückliche Normen für nützlich gehalten werden, wird hieran gearbeitet.

6.

Es muß verhindert werden, daß aus westlichen Ländern stammende Chemikalien zur Heroin- und Kokainherstellung mißbraucht werden. Auf meine Anregung hin haben sich die beteiligten Ressorts jetzt auch hinsichtlich der Kokainherstellung auf die Anwendung eines Systems von Kontrollmaßnahmen der Industrie und des Handels geeinigt.

Das Bundeskriminalamt wird im Frühsommer 1986 eine große internationale Konferenz, zu der auch osteuropäi-

sche Nachbarländer eingeladen werden, veranstalten, um konkrete Verbesserungen in der Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zu vereinbaren.

7.

Auch in anderen Bereichen arbeitet mein Haus aktiv an einer Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit und des internationalen Rechtsinstrumentariums. Aus aktuellem Anlaß ist hier einmal die Pompidou-Gruppe zu nennen, die sich zur Zeit mit einer Verbesserung der Rauschgiftkontrollen auf europäischen Großflughäfen sowie mit der Abwehr des Rauschgiftschmuggels auf hoher See befaßt. Zum anderen ist auf die UN-Suchtstoffkommission hinzuweisen, die im Februar 1985 in

Wien zusammentrifft, um eine neue Drogenkonvention vorzubereiten.

Themen dieser Konvention werden sein

- die Abschöpfung von Gewinnen aus illegalen Drogengeschäften,
- die gegenseitige Auslieferung von Drogenstraftätern,
- die Kontrolle chemischer Grundstoffe zur illegalen Rauschgiftherstellung,
- der Drogenschmuggel im gewerblichen Frachtverkehr,
- die von Polizei bzw. Zoll verdeckt kontrollierte Durchlieferung von Rauschgift,
- die Angemessenheit der Strafe.

Anlage 6

Pressedienst des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit

21. Juni 1985
Nr. 75

Drogenbeauftragte warnen vor der Methadon-Abgabe an Süchtige

Die Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder haben sich auf ihrer 70. Sitzung erneut mit der Abgabe des suchtbildenden Betäubungsmittels Methadon an Abhängige befaßt. Methadon wird offenbar immer häufiger von niedergelassenen Ärzten abgegeben, obwohl dies nur in ganz extremen Notfällen angezeigt wäre. Vor der Abgabe von Methadon hat auch der Deutsche Ärztetag schon wiederholt gewarnt. Denn selbst unter ärztlicher Aufsicht ist die Einnahme von Methadon mit einem großen Risiko für den Patienten verbunden, wenn dieser zusätzlich andere Medikamente — vor allem Schmerz- und Schlafmittel — oder illegale Drogen konsumiert. Hierbei kann es zu Notfallsituationen, auch zu Todesfällen kommen. Bereits vor Jahren wurde die Abgabe von Methadon an Süchtige als Kunstfehler angesehen.

Die Drogenbeauftragten appellieren an die zuständigen Landes- und Bundesbehörden, an die Aufsichtsorgane der ärztlichen Standesvereinigung, die Ärztekammern und an die Ärzte selbst, darauf zu achten, daß an Abhängige kein Methadon abgegeben wird. Sie werden darauf drängen, daß alle Drogentodesfälle von den Landeskriminalämtern daraufhin untersucht werden, ob die Abhängigen Methadon eingenommen hatten.

Ärzte, die Süchtigen Methadon geben, müssen die Verantwortung für dadurch möglicherweise entstehende Notfallsituationen übernehmen. Sie sind haftbar für Schäden, die ursächlich mit der Methadonabgabe in Verbindung gebracht werden können.

Besonders langjährige Süchtige handeln unkontrollierbar und werden häufig versuchen, zusätzliche Mittel zu konsumieren, um einen Rauschzustand zu erleben. Dies ist die Gefahr. Süchtige müssen auf jeden Fall zur Entgiftung in ein Krankenhaus, auch dann, wenn es sich um einen akuten Notfall handelt oder eine Wartezeit bis zum Beginn der beabsichtigten Therapie überbrückt werden soll.

Da Methadon in der Regel nicht auf Krankenschein verschrieben wird, bekommen vor allem nur solche Süchtige Methadon, die es selbst — oder für die es ihre Angehörigen — bezahlen können. Besonders bedenklich machen Informationen, daß bis zu 50 Patienten von einzelnen Ärzten täglich mit Methadon versorgt werden. Diese Ärzte müssen mit dem Vorwurf rechnen, die Not Abhängiger auszunutzen.

Pressereferat, Kennedyallee 105—107, 5300 Bonn 2
Telefon: (02 28) 33 88 88-7 65, Telex: 8 85 517, Telefax: 3 38-2 21
Verantwortlich: Hartwig Möbes, Dr. Karin Welkert-Schmitt, Ulrike Fremerey

Modellprogramm des Bundes
„Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter“ (ASS)

LISTE

der 66 **ASS-Projekte in den Bundesländern mit Ort bzw. Namen nach den Zielgruppen 1 und 2 geordnet**

davon: 53 Projekte in Zielgruppe 1 (Wissenschaftliche Begleitung Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung, Hannover)
 13 Projekte in Zielgruppe 2 (Wissenschaftliche Begleitung Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt a. M.)

Land und Projekt (Ort bzw. Name)		Zielgruppe		Projekt (Ort bzw. Name)	Zielgruppe	
		1	2		1	2
Baden-Württemberg	zusammen	9	2			
— Bruchsal		×		— Mosbach	×	
— Freiburg		×		— Pforzheim		×
— Herrenberg				— Ravensburg	×	
— Konstanz		×		— Rottweil	×	
— Ludwigsburg		×		— Schwäbisch-Gmünd	×	
				— Singen	×	
Bayern	zusammen	5	0			
— Aschaffenburg		×		— Mühldorf	×	
— Bayreuth		×		— Passau	×	
				— Straubing	×	
Berlin	zusammen	5	0			
— Confamilia		×		— Drogennotdienst	×	
— Der Therapieladen		×		— Sozialpädagogisches Institut	×	
				— WG Clean e.V.	×	
Bremen	zusammen	0	1			
— Jugend- und Drogen- beratungsstelle			×			
Hamburg	zusammen	0	1			
— Therapiehilfe			×			
Hessen	zusammen	1	8			
— Frftm, Marbachweg 362		×		— Heusenstamm		×
— Frftm, Münchener Straße 41			×	— Kassel		×
— Frankfurt-Hoechst			×	— Pfungstadt		×
— Fulda			×	— Weilburg		×
				— Wetzlar		×
Niedersachsen	zusammen	12	0			
— Braunschweig		×		— Osnabrück	×	
— Celle		×		— Lingen	×	
— Göttingen		×		— Meppen	×	
— Hameln-Pyrmont		×		— Oldenburg	×	
— Hannover		×		— Stade	×	
				— Vechta	×	
				— Wilhelmshaven	×	

noch Anlage 7

Land und Projekt (Ort bzw. Name)		Zielgruppe		Projekt (Ort bzw. Name)	Zielgruppe	
		1	2		1	2
Nordrhein-Westfalen	zusammen	11	1			
— Aachen		×		— Herne	×	
— Bielefeld		×		— Kleve	×	
— Bochum		×		— Köln	×	
— Bonn		×		— Krefeld	×	
— Dortmund		×		— Olpe	×	
				— Solingen		×
				— Wesel	×	
Rheinland-Pfalz	zusammen	5	0			
— Idar-Oberstein		×		— Landau	×	
— Kaiserslautern		×		— Worms	×	
				— Zweibrücken	×	
Saarland	zusammen	2	0			
— Neunkirchen		×				
— Saarbrücken		×				
Schleswig-Holstein	zusammen	3	0			
— Kiel		×		— Lübeck	×	
				— Neumünster	×	