

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Johannes Singer, Gudrun Schaich-Walch, Dr. Ulrich Böhme (Unna), Rudolf Dreßler, Eike Ebert, Ludwig Eich, Günter Graf, Karl Hermann Haack (Extertal), Gerlinde Hämmerle, Horst Jaunich, Klaus Kirschner, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Dr. Jürgen Meyer (Ulm), Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Regina Schmidt-Zadel, Antje-Marie Steen, Verena Wohleben, Dr. Peter Struck, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD
— Drucksache 12/2803 —

Umsetzung des Rauschgiftbekämpfungsplanes

Die Entwicklung der vielschichtigen Drogenproblematik stellt sich in der Bundesrepublik Deutschland ungewöhnlich ernst dar. Die Zahl der Drogentoten hat im Jahr 1991 mit 2026 einen traurigen Höhepunkt erreicht. Die Zahl der Erstkonsumenten ist erneut um 16,7 Prozent gestiegen. Hinter diesen Daten verbirgt sich nur die Spitze des unbeschreiblichen Elends von Drogenabhängigen und ihren Angehörigen. Sie sind die Opfer krimineller Organisationen, denen das skrupellose Handwerk trotz Rauschgiftbekämpfungsplan nicht gelegt werden konnte.

In dieser Situation sind die Politiker gefordert, die bisherige Drogenpolitik zu überprüfen und Konsequenzen aus den Erfahrungen zu ziehen.

Die Beantwortung der Großen Anfrage der Fraktion der SPD vom 12. Juni 1992 (Drucksache 12/2803) erfolgt unter Berücksichtigung des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums des Innern (BMI) erstellten Berichtes über die Maßnahmen des Bundes seit Juni 1990 (sogenannte Bilanz von 1990 bis 1992) zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes, den das Kabinett am 27. August 1992 zustimmend zur Kenntnis

genommen hat und der veröffentlicht ist. Dieser Bericht beantwortet einige der in der Großen Anfrage gestellten Fragen sehr detailliert und enthält auch informative Anlagen zu einzelnen Fragen. Deshalb wird gelegentlich auf ihn verwiesen.

Vorbemerkung

Seit Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes im Juni 1990 auf der Nationalen Drogenkonferenz, an der unter Vorsitz des Bundeskanzlers alle Bundesländer, die Gemeinden, Verbände und alle wesentlichen gesellschaftlichen Gruppen teilgenommen haben, hat sich die Rauschgiftsituation weltweit erneut verschärft. Auch in Deutschland ist dies feststellbar, wie die gestiegene Zahl der Rauschmittelkonsumenten, der polizeilich festgestellten Erstkonsumenten, der Drogentoten und Sicherstellungsmengen belegen. Danach kann nicht davon ausgegangen werden, daß das Rauschgiftproblem in absehbarer Zeit lösbar ist und aus unserer Gesellschaft verschwindet. Realistischerweise ist dies bei einem derart komplexen Problem auch nicht zu erwarten. Die Verstär-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministers für Gesundheit vom 9. Dezember 1992 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

kung der präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, die neuen gesetzlichen Regelungen und verbesserte Maßnahmen von Polizei und Zoll bieten gute Chancen, das Problem weiterhin begrenzt zu halten.

Die Verringerung des Angebotes von Rauschgiften und die Reduzierung der Nachfrage durch Prävention und Therapie sind die tragenden Säulen der Drogenpolitik der Bundesregierung. Reduzierung von Angebot und Nachfrage stehen dabei in ihrer politischen Bedeutung gleichrangig und gleichgewichtig nebeneinander. Die nationalen Maßnahmen müssen jedoch eingebettet sein in eine intensive internationale Zusammenarbeit, die ebenfalls diese Doppelstrategie umfaßt.

Bereits 1991, ein Jahr nach Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes, hat die Bundesregierung Rechenschaft über die Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes auf ihrer Ebene abgelegt. Der Bericht zu Maßnahmen des Bundes zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes vom 30. Juni 1992 umfaßt alle Maßnahmen, die im Gesamtzeitraum seit Verabschiedung des Planes durchgeführt und eingeleitet wurden oder geplant sind.

In Anbetracht der nach wie vor ernsten Situation hat die Bundesregierung am 27. August 1992 auf ihrer Ebene weitere Maßnahmen beschlossen.

Sie hat

- einen Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim BMI und seinen Ständigen Vertreter beim BMG eingesetzt,
- ein Sekretariat zur Unterstützung des Drogenbeauftragten beim BMI eingerichtet,
- einen Nationalen Drogenrat berufen, der beim BMG angebunden ist,
- unter Vorsitz des Drogenbeauftragten eine Staatssekretärs-Runde der mit dem Drogenproblem befaßten Ressorts gebildet und
- eine interministerielle Arbeitsgruppe errichtet.

Die Bundesregierung erhofft sich von diesen zusätzlichen Aktivitäten eine verbesserte Koordinierung und eine schnellere Umsetzung ihrer Maßnahmen.

Die Bundesregierung war bei der Entwicklung und Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes nur einer von mehreren Partnern. Es ist deshalb wichtig, daß alle am Plan Beteiligten solche Bilanzen für ihre eigene Arbeit erstellen und zusätzliche Anstrengungen in ihren Zuständigkeitsbereichen unternehmen. Für die Antwort auf die Große Anfrage hat die Bundesregierung auch die Stellungnahmen der Länder, der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und der Leistungsträger zu den sie betreffenden Fragen eingeholt.

I. Drogentod

1. Hat die Bundesregierung ein Interventionskonzept, um die Zahl der Drogentoten zu verringern, oder beabsichtigt sie, ein solches Konzept zu erarbeiten?

Zum Drogentod wurde 1991 vom BMG eine Vorstudie vergeben. Sie wurde in Berlin, Bremen und Hamburg durchgeführt und diente der Vorbereitung einer Studie, die in diesen drei Städten innerhalb eines Jahres bei allen Drogentodesfällen neben den entsprechenden medizinischen Untersuchungen auch die Todesumstände und die Vorgeschichte erforschen soll.

Die Hauptstudie hat im Sommer 1991 begonnen und endete am 30. September 1992.

Neben den Untersuchungen der Drogentodesfälle wurden in Hamburg und Bremen auch erstmalig in Deutschland Drogennotfälle systematisch untersucht. Diese Studie wurde am 1. Oktober 1991 begonnen und endete am 30. September 1992. Ziel dieser beiden Studien ist es, präventive Konzepte zur Verhinderung des Drogennotfalles und des Drogentodes zu entwickeln. Unmittelbar nach den Zwischenauswertungen der Hauptstudien hat der BMG die Mitarbeiter der niedrigschwelligen Modellprogramme über die Ergebnisse informiert, damit sie in der Arbeitspraxis noch sensibler auf Krisensituationen eingehen. Des weiteren hat der BMG ein Faltblatt in Auftrag gegeben, das in niedrigschwelligen Einrichtungen und möglichst in der Drogenszene selbst gestreut werden soll. Es wird Hinweise enthalten, was in einem Drogennotfall zu tun ist und welche Hilfen unmittelbar auch von Laien ergriffen werden können. Zusätzlich bereitet der BMG, von den Ergebnissen der Studie ausgehend, in den beteiligten Städten Interventionsmodelle „Drogennotfallprophylaxe/nachgehende Betreuung“ vor, die die Forschungsergebnisse in die Praxis umsetzen. Derzeit wird das Konzept erarbeitet und mit den beteiligten Ländern abgestimmt.

2. Kann die Bundesregierung aufgrund der von ihr veranlaßten Studie über die Todesumstände von Drogenopfern (Innere Sicherheit Nr. 4/91) bereits Auskunft geben über die Vorgeschichten und Umstände der Todesfälle, über den Gesundheitszustand der Opfer, über den Anteil der HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten?

Bisher liegen erst vorläufige Ergebnisse vor, der Endbericht wird zum Jahresende erwartet; er wird über die Einzelfaktoren umfassend Auskunft geben. Der vorläufige Endbericht der Drogenmortalitätsstudie hat ergeben, daß bei den 544 untersuchten Drogentodesfällen sich eine Geschlechterverteilung von 19 % Frauen zu 81 % Männern ergibt. Mit 27,1 Jahren versterben die Frauen jedoch in signifikant jüngerem Alter als die Männer mit 29,6 Jahren. Insgesamt kommen die Drogentoten jedoch aus allen Altersgruppen (16 bis 50 Jahre). Es handelt sich bei den Betroffenen sowohl um „Anfänger“ mit kurzer „Drogenkarriere“ als auch um sogenannte „Altfixer“.

In 427 Fällen konnte eine todesursächliche Diagnose gestellt werden. Hierbei nehmen mit 72 % die unfallartigen, nicht beabsichtigten Überdosierungen den größten Anteil ein. Danach folgen Suizide in 11 % der Fälle. Krankheiten wie AIDS und andere Infektionen waren zu 5 % die Todesursache. 2 % der erfaßten Drogentoten starben an den Folgen eines Unfalls unter Dro-

geneinfluß. In 10 % blieb die Diagnose unklar, da z. B. der Verdacht auf Suizid oder Krankheit nicht klar bewiesen werden konnte. Über die Hälfte der Drogenabhängigen – nämlich 54 % – befanden sich zum Zeitpunkt ihres Todes in einer Wohnung. 24 % wurden in der Öffentlichkeit gefunden, der Rest in Hotels oder Institutionen.

Die Wohnsituation vor dem Tod war bei 51 % instabil, 46 % waren privat und 3 % institutionell untergebracht.

Insgesamt haben ca. 80 % eine abgeschlossene Schulausbildung. Etwa 60 % der untersuchten Drogentoten haben einen Hauptschulabschluß. Knapp die Hälfte der Drogentoten besitzt eine abgeschlossene Berufsausbildung. 23 % waren regelmäßig, 58 % unregelmäßig und 19 % gar nicht berufstätig.

In über 40 % der untersuchten Fälle bestand ein Alkoholmißbrauch des Vaters, in je ca. 10 % lag ein Alkoholmißbrauch von seiten der Mutter, der Geschwister, der Großeltern oder des Partners vor. Bei über 20 % der Drogentoten bestand auch bei ihren Geschwistern eine Drogenabhängigkeit bzw. Drogenkonsum. In ca. 5 % lag ein Medikamentenmißbrauch der Mütter vor.

Fast alle Drogenabhängigen sind polytoxikoman; sie konsumieren neben dem Heroin auch Alkohol, Barbiturate, Cannabis und/oder Kokain.

Bei 59,5 % der männlichen sowie 37,0 % der weiblichen Drogentoten lagen Haftverfahren vor.

Als psychosoziale Krise vor dem Drogentod spielt die Partnertrennung mit 40 % die größte Rolle. Bei 31 % ging dem Tod ein Therapie- oder Haftende voraus, in jeweils 6 % der Therapie- oder Haftantritt. In 21 % kam es vor dem Tod zu Obdachlosigkeit, in 5 % zum Verlust des Arbeitsplatzes.

Der überwiegende Teil der Drogentoten befand sich in einem guten gesundheitlichen Allgemeinzustand, so daß die Drogenabhängigkeit äußerlich nicht ohne weiteres erkennbar war und dies teilweise sogar den behandelnden Ärzten nicht bekannt war.

Von den 259 Drogentoten aus Berlin waren 12,26 % HIV-positiv. Aus den Daten der im Rahmen der Studie untersuchten Drogennotfallpatienten geht hervor, daß bei einer Stichprobe von 182 Fällen insgesamt 15 – das entspricht 8,2 % – HIV-positiv waren, wobei die Frauen prozentual mehr als doppelt so oft infiziert waren. Von den 49 weiblichen Patienten waren 7 – das entspricht 14,3 % – HIV-positiv, bei den männlichen Patienten waren 8 von 118, also 6,3 %, infiziert.

Bei der serologischen Untersuchung auf Hepatitiden zeigte sich in 48 % eine positive Hepatitis B-Serologie, auch hier sind Frauen prozentual stärker betroffen. Bei 51,6 % der untersuchten Drogenabhängigen gelang ein positiver Nachweis einer Hepatitis C, auch hier waren die Frauen signifikant häufiger betroffen als die Männer.

3. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem deutlichen Anstieg der Zahl von Drogentoten im Jahr 1991 auf über 2 026?

Aus dem deutlichen Anstieg der Zahl der Drogentoten im Jahr 1991 auf 2 125 sowie der Tatsache, daß sich auch im Jahr 1992 dieser Trend fortzusetzen scheint (1. Oktober 1992 bereits 1 501 Drogentote im Vergleich zu den ersten neun Monaten des Vorjahres mit 1 431), zieht die Bundesregierung folgende Konsequenzen:

Sowohl in dem komplexen Bereich der Rauschgiftangebotsreduzierung, der sich auf die Bekämpfung von illegalem Anbau, Schmuggel und Handel bis zum Angebot auf dem deutschen Drogenmarkt bezieht, als auch dem der Suchtmittelnachfragereduzierung, der die Arbeitsbereiche Prävention sowie die Hilfe und Therapie für die bereits Süchtigen und Resozialisierungsmaßnahmen für straffällig gewordene Rauschgiftabhängige umfaßt, wird die Bundesregierung die in der Bilanz vom Juni 1992 detailliert beschriebenen Maßnahmen konsequent weiter vorantreiben.

Die Bundesregierung sieht gute Chancen, das Drogenproblem durch zusätzliche präventive, therapeutische, gesetzliche und polizeiliche Maßnahmen begrenzt zu halten. Sie verfolgt dabei weiterhin ihre duale Strategie der Verringerung des Angebotes und der Nachfrage. Eine Legalisierung harter oder weicher Drogen lehnt sie ab. Ein „Leben ohne Drogen“ bleibt Zielvorgabe für die Arbeit der Bundesregierung.

Ist die Bundesregierung bereit, angesichts der Zunahme der Drogentoten ihre Haltung zur Novelisierung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zu überdenken?

Die Bundesregierung führt die seit Jahren ansteigende Zahl von Drogentoten nicht auf eine falsche betäubungsmittelrechtliche Gesetzgebung zurück, sondern sieht die Ursache in der allgemeinen weltweiten Verschärfung des Drogenproblems. Angesichts der Zunahme der Internationalisierung und Europäisierung der Organisierten Betäubungsmittelkriminalität ist vor allem eine verstärkte internationale Zusammenarbeit für eine effektive Rauschgiftbekämpfung unabdingbar. Die gegenwärtig im politischen Raum erhobenen Forderungen nach einer Freigabe, Legalisierung und Liberalisierung von harten wie von sog. weichen Drogen lehnt die Bundesregierung – wie bereits ausgeführt – entschieden ab. Dies sind keine geeigneten Maßnahmen, um die Zahl der Drogentoten zu senken. Solche Forderungen führen vielmehr dazu, die großen Gefahren des Drogenkonsums zu verharmlosen, die Hemmschwelle bei potentiellen Drogenkonsumenten herabzusetzen und die gesamte Prävention unglaubwürdig werden zu lassen. Das Betäubungsmittelrecht leistet demgegenüber nach wie vor unverzichtbare Beiträge zum Gesundheitsschutz, da es verhindert, daß Drogen überall und für jeden Menschen erhältlich sind. Ohne die Verbote des BtMG würden viel mehr Menschen Zugriff zu harten Drogen haben und hiervon in kritischen Situationen auch Gebrauch machen. Die strafrechtlichen Verbote schützen deshalb unzählige Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche, vor dem Drogenkonsum und damit vor dem Einstieg in Sucht und Abhängigkeit. Bei einer Freigabe von Betäubungsmitteln wäre daher mit einem erheblichen Anstieg der Betäubungsmittelabhängigen und damit der Rauschgifttoden zu rechnen.

Der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan weist demgegenüber den richtigen Weg für eine wirkungsvolle Rauschgiftbekämpfung. Geeignete Schritte zur Eindämmung des Drogenmißbrauchs und des Drogentodes sind die Reduzierung des Rauschgiftangebotes durch repressive Maßnahmen und der Rauschmittelnachfrage durch Prävention, Aufklärung, Hilfe, Therapie und Resozialisierungsmaßnahmen besonders auch für straffällig gewordene Rauschgiftabhängige. Der Organisierten Kriminalität muß mit besonderer Konsequenz und Härte begegnet werden. Diese Prämissen sind Grundlage bei der Ausgestaltung des BtMG.

Die Bundesregierung wird auch weiterhin alle notwendigen Rechtsänderungen einleiten und alle Hilfsprogramme unterstützen, solange diese nicht darauf hinauslaufen, die Abhängigen auf Dauer der Abhängigkeit preiszugeben und ihnen die Chance und Hoffnung eines Ausstiegs aus der Sucht zu verbauen, wie dies beispielsweise durch die regelmäßige Verteilung von Heroin an Abhängige oder gar durch Freigabe aller Betäubungsmittel der Fall sein würde.

II. Prävention und Aufklärung

1. Was hat die Bundesregierung unternommen, um ein umfassendes Präventionskonzept zu erarbeiten?

Mit dem Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan hat die Bundesregierung 1990 ein umfassendes Konzept der Suchtprävention verabschiedet, das vor allem auch in den Zielsetzungen von den Ländern, Kommunen, Verbänden und gesellschaftlichen Organisationen mitentwickelt und im Konsens verabschiedet wurde. Der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan geht von einem weiten Drogenbegriff aus, der nicht nur die illegalen Drogen berücksichtigt, sondern auch die legalen Mittel einbezieht, die suchtbildend wirken können. Gemeinsam verabschiedete Leitlinien der Suchtprävention sind

- totale Abstinenz von illegalen Drogen,
- selbstkontrollierter Umgang mit legalen Suchtmitteln mit dem Ziel weitgehender Abstinenz,
- bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten.

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich in der Suchtprävention die Methoden der Abschreckung ebensowenig bewährt wie die alleinigen Informationen über Drogen. Wirksame Prävention muß an den Entstehungsbedingungen für Rauschmittelkonsum – wie Neugierverhalten, Konflikte, Langeweile und Perspektivlosigkeit – ansetzen, Alternativen zum Suchtmittelkonsum aufzeigen und Lernprozesse fördern, die vor allem jungen Menschen helfen, die Verantwortung für ihren Körper und ihre geistig-seelische Entwicklung zu erkennen und selbst zu übernehmen. Eigene Erfahrungen, selbstgetroffene Entscheidungen und selbstgefundene Handlungsalternativen haben den größten Einfluß auf spätere Verhaltensweisen. Präventive Maßnahmen werden langfristig und kontinuierlich durchgeführt, nur dann haben sie Wirkung. Auf diesen

Erfahrungen wird auch die Prävention in den neuen Ländern aufgebaut.

Eine Bestätigung dieses Grundkonzeptes hat auch die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vergebene Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs erbracht. Diese Expertise zeigt deutlich:

- Die Wirksamkeit von Prävention ist empirisch belegbar. Prävention kann danach den Mißbrauch verhindern oder zumindest die negativen Auswirkungen abschwächen und so insgesamt zu einer deutlichen Reduzierung der Problematik beitragen.
- Prävention ist um so wirksamer, je früher sie angesetzt und je langfristiger sie durchgeführt wird. Möglichst im Kindesalter (fünf bis sieben Jahre) sollte angesetzt werden.
- Gerade die Familie, aber auch die altersgleiche Gruppe von Kindern und Jugendlichen beeinflußt das Verhalten gegenüber Suchtmitteln. Dieser Aspekt ist bisher zu wenig in der Prävention berücksichtigt worden.
- Die allgemeine Informationsvermittlung über Suchtmittel ist wirkungslos und kann sogar schädlich sein. Besonders wenn Abschreckung Bestandteil der Informationsvermittlung ist, werden die gewünschten Effekte nicht erreicht. Deutliche positive Erkenntnisse zeigen sich bei Maßnahmen und Methoden, die der Selbstwertstabilisierung dienen und Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten entwickeln. Dieser Ansatz kann wirkungsvoll ergänzt werden durch Aktionen und Kampagnen zur Herausbildung eines „Lebensstils“ ohne Drogen.

Die Bundesregierung wird diese Expertise fortschreiben, um so sicherzustellen, daß ihre präventiven Ansätze an den neuesten Forschungsansätzen orientiert bleiben. Für diese Maßnahmen ist auf Bundesebene insbesondere die BZgA tätig, die eine dem BMG nachgeordnete Fachbehörde ist, zu deren Aufgaben u. a. die konzeptionelle Weiterentwicklung der Suchtprävention gehört. Auf Initiative der Drogenbeauftragten der Länder im Februar 1992 ist bei der BZgA ein Bund-Länder-Koordinierungskreis zur Suchtprävention eingerichtet worden. Dieses Gremium auf Arbeitsebene hat die Aufgabe, gemeinsam die konzeptionellen Leitlinien für die praktische Präventionsarbeit zu formulieren und soweit als möglich ein koordiniertes, arbeitsteiliges Vorgehen zu sichern. Darüber hinaus versucht die Bundesregierung, die Verbände und andere mit der Prävention befaßten Gruppen und Organisationen in die konzeptionelle Arbeit einzubinden, damit nicht nur ein Präventionskonzept der Bundesregierung erstellt wird, sondern ein für die gesamte Bundesrepublik Deutschland tragfähiges Präventionskonzept entwickelt wird, wie es bereits im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan eingeleitet wurde.

Sind die beim Bundesministerium für Gesundheit zu Fragen der Prävention und Therapie eingerichteten Arbeitsgruppen zusammengetreten, und was haben sie bisher erarbeitet?

Unter Vorsitz des BMG ist der Arbeitskreis „Prävention“ zur Umsetzung und Weiterentwicklung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes mehrfach zusammengekommen. Dieser Arbeitskreis setzt sich zusammen aus Bundes-, Länder-, kommunalen Vertretern sowie verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen wie z. B. den Medien, den Verbänden, den Krankenkassen, Eltern- und Familienorganisationen. Ganz im Vordergrund steht der gegenseitige Informationsaustausch über laufende und geplante Präventionskampagnen. In Vorbereitung der „Europäischen Drogenwoche der EG“ ist es diesem Arbeitskreis gelungen, ein gemeinsames, koordiniertes Vorgehen zu erreichen und entsprechende Projekte der Suchtprävention der EG zur Förderung vorzuschlagen. Neben der gegenseitigen Information ist eine Lückenanalyse durchgeführt worden, um für die Zukunft Handlungsbedarf in der Prävention aufzuzeigen und dann entsprechend den unterschiedlichen Zuständigkeiten die Präventionsarbeit zu erweitern und zu verbessern. Weiterhin hat der Arbeitskreis beschlossen, gemeinsame Leitlinien und Konzepte für die Präventionsarbeit zu diskutieren und möglichst auch zu verabschieden.

Zur Umsetzung und Weiterentwicklung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes wurde unter Vorsitz des Bundesministers für Gesundheit auch der Arbeitskreis „Therapie und Rehabilitation“ gebildet. An diesem Arbeitskreis nehmen neben Vertretern des Bundes und der Länder Vertreter der Sozialversicherungsträger, der Verbände der Suchtkrankenhilfe und anderer gesellschaftlicher Gruppen, die mit der Behandlung und Rehabilitation Drogenabhängiger befaßt sind, teil. Der Arbeitskreis hat sich inzwischen mit mehreren Bereichen befaßt, die im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan angekündigt waren, so z. B. über die verschiedenen Instrumente des Arbeitsförderungsgesetzes (2.3.5.2 des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes). Derzeit setzt er sich intensiv mit einer Weiterentwicklung der neuen Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation auseinander, um sie eventuell den besonderen Bedürfnissen Drogenabhängiger anzupassen. Ein gemeinsames Papier zur Erweiterung der Leistungen „Ambulante Therapie für Drogenabhängige“ ist erarbeitet und den Kostenträgern mit der Bitte um Umsetzung zugeleitet worden. Der Arbeitskreis diskutiert auch eine Weiterentwicklung der „Empfehlungsvereinbarung stationäre Rehabilitation“, da die strikte Trennung zwischen der Akutbehandlung und der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen in zunehmend mehr Fällen durch eine qualifizierte Entzugsbehandlung ergänzt wird, die sowohl Elemente der traditionellen Entgiftung als auch Elemente der stationären Entwöhnungsbehandlung enthält. Dabei werden die Erkenntnisse aus dem Bundesmodellvorhaben „Kompakttherapie“ besondere Berücksichtigung finden.

Wo werden sonst noch Präventionskonzepte erarbeitet?

Die Bundesregierung verfügt nicht über einen Gesamtüberblick aller Präventionskonzepte in der Bundesrepublik Deutschland. Insbesondere auf kommunaler Ebene, auf der Ebene von Landesverbänden u. ä. be-

stehen auch Präventionskonzepte, die regional ebenfalls unbedingt erforderlich und notwendig sind. Die beiden großen Arbeitskreise zur Prävention beim BMG und bei der BZgA sollen den konzeptionellen Austausch verschiedener Beteiligter erleichtern.

Präventionskonzepte werden über das BMG und die BZgA hinaus auch beim Bundeskriminalamt bearbeitet. Nach Abstimmung mit der „Kommission vorbeugende Kriminalitätsbekämpfung“ wurden durch die „Kommission Rauschgift“ im Rahmen ihrer 29. Sitzung am 16./17. Juni 1992 „Leitlinien polizeilicher Drogenprävention“ beschlossen.

Die Leitlinien enthalten im wesentlichen eine Positionsbeschreibung der Polizei innerhalb der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Suchtprophylaxe, Ziele und Inhalte polizeilicher Drogenprävention sowie Verfahrensregelungen für die länderübergreifende Koordination polizeilicher Präventionsmaßnahmen/-konzepte und den Informationsaustausch mit sonstigen Trägern der Suchtprophylaxe. Die „Leitlinien polizeilicher Drogenprävention“ sind ein Rahmenkonzept, das durch die Bundesländer unter Berücksichtigung landesspezifischer Gegebenheiten und Belange auszugestaltet ist.

Weiterhin befaßt sich auch der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (BMBW) mit schulischen Präventionsmaßnahmen (siehe Frage II. 2).

Auch auf Länderebene sowie auf der Ebene der freien Verbände sind Präventionskonzepte teils umfangreicher Art entwickelt worden.

So führen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege Aktionen vor Ort durch und stellen hierfür eigene Materialien wie Plakatserien zur Verfügung. Die jeweiligen Landesstellen gegen die Suchtgefahren unterstützen und koordinieren hierbei die Aktivitäten der freien Verbände.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen auf der Grundlage des § 20 SGB V zahlreiche Initiativen und Aktivitäten, u. a. auf dem Gebiet der Prävention von Suchterkrankungen, entwickelt. Hier ist insbesondere auf die von den Krankenkassen herausgegebenen zahlreichen Medien, z. B. Broschüren, Faltblätter, Beiträge in Mitgliederzeitschriften, Poster, sowie die durchgeführten Ausstellungen und Veranstaltungen zum Thema hinzuweisen. Die Krankenkassen arbeiten auch mit den Organisationen und Stellen der Suchtkrankenhilfe auf dem Gebiet der Prävention eng zusammen. Sie unterstützen insbesondere die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren bzw. die Landesstellen gegen die Suchtgefahren auch finanziell für Aufgaben der Prävention und der Förderung der Selbsthilfe.

Auf welche Weise fließen die Erfahrungen des Modellprogramms „Mobile Drogenprävention“ in diese Konzepte ein?

Das Modellprogramm „Mobile Drogenprävention“, das 1990 in den alten Ländern angelaufen ist und 1991 auch auf alle neuen Bundesländer ausgeweitet worden

ist, hat eine vorläufige Laufzeit von 3 Jahren. Bisher liegen erst Zwischenergebnisse vor, aber schon jetzt kann eingeschätzt werden, daß das Projekt eine enorme Schubkraft auf lokale Präventionsaktivitäten ausgeübt hat.

Das Modellprogramm wird von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren begleitet und koordiniert. Dies ermöglicht einen regelmäßigen Austausch der regionalen Konzepte und Erfahrungen auch auf überregionaler Ebene. Zwischen der BZgA und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) einerseits sowie der DHS und ihren vielen Mitgliedsverbänden andererseits besteht seit jeher eine enge Zusammenarbeit, die garantiert, daß neue Erkenntnisse auch den jeweiligen Kooperationspartnern zugänglich gemacht werden. Im besonderen soll dieser Transfer aber auch über die bestehenden Arbeitskreise zur Prävention geleistet werden.

2. Welche Ergebnisse hat die „Internationale Fachtagung zur Suchtprävention“, die die Bundesregierung im Oktober 1991 durchgeführt hat, sowie die anschließende nationale Arbeitstagung vom Dezember 1991 gebracht?

Entscheidende Erkenntnis der Fachtagungen war, daß die „spezifische“ Suchtprävention nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung in Schulen integriert wird.

Wichtige Ergebnisse wurden in einer Resolution wie folgt zusammengefaßt:

- In die Anti-Drogen-Politik sollten erzieherische Ziele integriert werden.
- Suchtprävention muß alle psychoaktiven Substanzen (Tabak, Alkohol, Tabletten usw.) einbeziehen.
- Suchtpräventionsprogramme sollten möglichst früh einsetzen (Kindergarten, Grundschule).
- Lehreraus- und -fortbildung sollten intensiviert werden.
- Suchtprävention sollte in den Schulen in enger Kooperation mit einschlägigen Institutionen durchgeführt werden.
- Suchtprävention sollte sehr stark im Hinblick auf Zielgruppen angelegt sein.
- Ein internationaler Erfahrungsaustausch ist erforderlich.

Wie und wann beabsichtigt die Bundesregierung die Ergebnisse im nationalen Raum umzusetzen?

Die Bundesregierung beabsichtigt, die Ergebnisse der Fachtagung vor allem durch Modellversuche im Rahmen der Bund-Länder-Kommission für Forschungsförderung und Bildungsplanung umzusetzen. Grundsätze sind dabei:

- Maßnahmen der Gesundheits- und Sexualerziehung für die Prävention nutzen,
- Jugendliche selbst als Multiplikatoren gewinnen (partizipatorischer Ansatz),

- Jugendliche umfassend ansprechen, nicht nur in der Schule (gemeinwesenorientierter Ansatz),
- Moderatoren ausbilden, die die Projektergebnisse flächendeckend übertragen und in der Aus- und Fortbildung der Lehrer zur Befähigung für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen beitragen.

Welche Modellversuche sind geplant?

Ein Modellversuch mit wissenschaftlicher Begleitung zum Thema „Entwicklung von Maßnahmen zur Drogenprävention im Grundschulalter“ ist in Vorbereitung. Im weiteren ist ein länderübergreifender Modellversuch zum Thema „Gesundheitsfördernde Schule“ geplant. Entsprechend der Ergebnisse der genannten Tagungen wird hier auch der Aspekt Suchtprävention behandelt.

Wie wird sich der Bund daran beteiligen?

Der Bund beteiligt sich an diesen Modellversuchen im Rahmen des Verfahrens der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) mit 50 % der Kosten.

Welche Abstimmungen zwischen Bund und Ländern gibt es in bezug auf die präventiven Bemühungen?

Die Bundesregierung hat die Absicht, in Zusammenhang mit dem Bericht zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes das Thema der Drogenprävention in die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung einzubringen, und die vorhandenen, mehr massenkommunikativ angelegten Maßnahmen sollten ergänzt werden durch eine frühzeitig in der Schule einsetzende Stärkung der „Persönlichkeitsentwicklung“.

3. Was unternimmt die Bundesregierung zur Prävention bei gefährdeten jungen Menschen, was unternimmt sie zur Aufklärung und Beratung der Erstkonsumenten, und was unternimmt sie, um beide Gruppen tatsächlich zu erreichen?

Der Jugendarbeit – als Teil der Jugendhilfe, der sich an alle Jugendliche richtet – kommt im Sinne eines umfassenden Präventionsansatzes auch bei der Suchtprävention große Bedeutung zu. Für die Zwecke der Jugendförderung und der Jugendarbeit stellt der Bundesjugendplan 1992 203 Mio. DM (1991: 180 Mio. DM) zur Verfügung.

- Für die Durchführung von Fortbildungsseminaren für Fachkräfte der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern erhält die Bundesarbeitsgemeinschaft Aktion Jugendschutz eine Zuwendung.

- Der Bund fördert ein Modellprojekt „Schüler/innen unterrichteten Schüler/innen“ des Bundes für Drogenfreie Erziehung e. V. in Schwerin.
- Für die Durchführung eines modellhaften Aktionsprogramms „Drogenprävention in Einrichtungen offener Jugendfreizeitstätten“, das sich an über 2000 Einrichtungen in der offenen Jugendarbeit richtet, erhält die Katholische Sozialethische Arbeitsstelle e. V. i. V. m. der Katholischen Landesarbeitsgemeinschaft Heime der Offenen Tür NW e. V. eine Zuwendung.
- In Vorbereitung ist die Förderung eines Rechtsgutachtens zu rechtlichen Aspekten der Drogenproblematik in Einrichtungen der Jugendhilfe. Mit Hilfe dieses Rechtsgutachtens soll die gesamte Problematik der Arbeit mit drogenkonsumierenden und drogenabhängigen Jugendlichen für die Mitarbeiter/innen in der Jugendhilfe untersucht und dadurch größere Rechtssicherheit in diesem Bereich hergestellt werden.

Die BZgA führt im Auftrag des BMG eine Reihe von Präventionsmaßnahmen durch, die sich sowohl an alle als auch an gefährdete Jugendliche wendet. Eine genaue Grenze zwischen diesen Gruppen läßt sich nicht immer ziehen.

- Seit einigen Jahren läuft die Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen. In Kooperation mit Sportverbänden und Gemeinden werden Workshops, Aktionstage und Rahmenprogramme zu großen Sportveranstaltungen realisiert.
- Auch die mit intensiver Unterstützung des Deutschen Fußballbundes, des Deutschen Sportbundes und seiner zahlreichen Mitgliedsorganisationen durchgeführte Kampagne „Keine Macht den Drogen“ richtet sich nicht speziell an Gefährdete, sondern hat einen breiten massenmedialen Ansatz mit dem Ziel, für ein Leben ohne Drogen zu werben. Damit trägt sie dazu bei, ein gesellschaftliches Problembewußtsein im Hinblick auf Drogenkonsum zu schaffen. Sie hat 1990 begonnen und wird auch 1993 weitergeführt werden.
- Die Standardmedien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Suchtprävention für die Zielgruppe Jugendliche (wie z. B. „Alltag“, der Comic „Leo“, der Film „Immer unter Dampf“) werden nach wie vor sehr intensiv angefordert.
- Die Jugendsendung Formel Eins „Lieber frei als high“ wurde im WDR 1990 ausgestrahlt. Videokopien für Massenstreuung liegen vor und können in der Jugendarbeit genutzt werden.
- Die Musicalverfilmung „Mambo mortale“ mit Diskussion wurde im Mai 1991 ausgestrahlt. Es handelte sich um eine Koproduktion mit dem NDR.
- Die Jugendsendung „Special Handclaps“, die mit dem Sender Radio Bremen in Koproduktion erstellt und die von Jugendlichen für Jugendliche konzipiert wurde, wird Ende 1992 fertiggestellt sein und voraussichtlich Anfang 1993 ausgestrahlt. Sie zeigt

die Gefahren des Suchtmittelmißbrauchs und wirbt um Verständnis für Süchtige.

- Die Jugendsendung „Typen wie Du und Ich“, eine Koproduktion mit NDR und WDR, wurde bereits im Januar/Februar 1992 ausgestrahlt.
- Für die Durchführung der Tagung „Jugendschutz und Theater“ (Schwerpunktthema Suchtprävention) hat das Kinder- und Jugendtheaterzentrum eine Zuwendung erhalten. Die Tagung hat im Sommer 1992 stattgefunden.
- In Vorbereitung befindet sich eine Broschürenreihe zur Suchtprävention für Jugendliche, die in jugendgerechter Aufmachung bestimmte, jugendspezifische Themen aufgreift und bearbeitet. Die Produktion ist für Anfang 1993 vorgesehen.
- In Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Rundfunk entwickelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Zeit stoffspezifische Fernsehspots (Alkohol, Zigaretten, illegale Drogen) für die Zielgruppe junge Erwachsene. Nach Ausstrahlung durch den Bayerischen Rundfunk sollen sie gezielt gestreut werden. Sie werden auch für den Einsatz in der Bundeswehr und im Zivildienst geeignet sein.
- Ebenfalls in Koproduktion mit dem Bayerischen Rundfunk wird eine Fernsehserie zum Thema Drogen/Sucht für junge Erwachsene entwickelt.
- Für Mitarbeiter in der offenen Jugendarbeit hat die BZgA ein Fortbildungscurriculum zu kulturpädagogischen Methoden der Suchtprävention entwickelt und auf dieser Basis Seminare vor allem in den neuen Bundesländern durchgeführt. Das Curriculum soll 1993 publiziert und bundesweit implementiert werden.
- Für suchtpreventive Aktivitäten im Breitensport entwickelt die BZgA in Kooperation mit der Deutschen Sportjugend eine Ausbildungseinheit „Suchtprävention“, die mittelfristig in die Ausbildung von Jugend- und Übungsleitern integriert werden soll. Erste Modellseminare werden 1993 realisiert.

Von entscheidender Bedeutung für die Verhinderung eines Einstiegs von Jugendlichen in den Suchtmittelmißbrauch ist das Verhalten der Erwachsenen, z. B. Eltern, Lehrer. Deshalb hat die BZgA – zusätzlich zu den Medien, die sich direkt an Jugendliche wenden – die Kampagne „Kinder stark machen“ entwickelt, die sich an die Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen, wendet. Auftakt war die im Herbst 1991 begonnene Anzeigenserie.

Sie wird zur Zeit erweitert um die Fernsehspots und TV-Kurzfilme (Ausstrahlung ab November 1992), das BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung und eine dreiteilige Elternbroschüre (Produktion voraussichtlich Anfang 1993).

Das Modellprogramm „Mobile Drogenprävention“ soll regional Suchtprävention intensivieren und koordinieren. Insbesondere in den neuen Bundesländern steht der Aufbau einer wirksamen Prävention aus drogenpolitischer Sicht an erster Stelle. Insgesamt arbeiten 61 (in den alten Bundesländern 37, in den neuen Bundes-

ländern 24) Präventionsfachkräfte im gesamten Bundesgebiet, die mit Bundesmitteln gefördert werden.

Durch dieses Modellprogramm werden ebenfalls Jugendliche aller Gruppen und gefährdete Gruppen erreicht. In unterschiedlichen Arbeitsfeldern werden in Zusammenarbeit mit verschiedenen Zielgruppen und Kooperationspartnern Präventionsangebote angeregt, entwickelt und umgesetzt.

Der Begriff „Erstkonsument“ bedeutet, daß ein Bundesbürger zum erstenmal als Konsument von Drogen polizeilich aufgefallen ist und identifiziert wurde. Nach aller Erfahrung liegt dann schon Mißbrauch von Drogen über einen längeren Zeitraum vor, so daß für diese „Erstkonsumenten“ bereits sekundärpräventive Maßnahmen wie Betreuung und Beratung notwendig werden. Diese bieten vor allem die etwa 1 000 Beratungsstellen in Deutschland an, die entsprechend der veränderten Drogensituation auch ihre Konzepte verändert haben, um Gefährdete zu erreichen. So sind heute aufsuchende Arbeit, Streetwork u. ä. erfolgreiche Konzepte, um insbesondere Gefährdete zu erreichen. Die Bundesregierung hat diese neuen Ansätze von Beratung und zur Erreichbarkeit mehrfach durch Modellprogramme gefördert und unterstützt.

Ein besonderes Problem stellt die Gefährdung Drogenabhängiger durch das AIDS-Virus dar.

Für die Gruppe der HIV-gefährdeten bzw. -infizierten Drogenabhängigen wurden im Rahmen des Modellprogramms „Drogen und AIDS“ Hilfen geschaffen, um ihnen den Zugang zu Beratungsangeboten zu erleichtern und sie für eine gesündere Lebensführung zu gewinnen. Auch die anderen Modellmaßnahmen im Drogenbereich haben direkt oder indirekt auch immer einen HIV-/AIDS-präventiven Effekt. Im Rahmen des „Streetworker-Modells“ wurden Wege der aufsuchenden Sozialarbeit erprobt. Gesundheitsämtern, AIDS-Hilfen und anderen Freien Trägern wurde die Anstellung von sog. Streetworkern ermöglicht. Diese berieten „vor Ort“, d. h. in Szene-Treffpunkten, insbesondere Homosexuelle, i. v.-Drogenabhängige sowie männliche und weibliche Prostituierte. Zugeordnet zur Deutschen AIDS-Hilfe werden seit Mitte 1991 fünf Streetworker für aufsuchende Sozialarbeit in den neuen Bundesländern gefördert.

Eine im Auftrag der Bundesregierung von der BZgA herausgegebene, HIV/AIDS betreffende Aufklärungsbroschüre befaßt sich mit der Gefahr bei der gemeinsamen Benutzung von Spritzbestecken durch infizierte und nichtinfizierte Drogenkonsumenten.

4. Wurde bei der Erstellung von Informationsmaterialien und Spielfilmen die Frage nach der Wirkung dieser Materialien auf den gefährdeten Personenkreis vorher geklärt, und wenn ja, wie wurde sichergestellt, daß diese Materialien nicht entgegen ihrer Absicht verführend statt präventiv wirken?

Aus zahlreichen Evaluationsstudien ist bekannt, daß Drogenaufklärung zu einer Förderung des Probiervhaltens führen kann, wenn sie als isolierte Sachinfor-

mation in abschreckender Weise dargeboten wird (siehe dazu Institut für Therapieforschung, 1991). Eine ausführliche Schilderung der drogeninduzierten Wirkungen, Applikationsformen und damit einhergehenden subkulturellen Lebensstile ist deshalb grundsätzlich zu vermeiden, da eine Bewertung des Gezeigten durch den Betrachter letztlich subjektiv ist und im Einzelfall die Konsumbereitschaft fördern kann.

Die BZgA hat bei ihren stoffspezifischen Aufklärungsbroschüren und -filmen dieser Erfahrung Rechnung getragen. Die Darstellung von Rauschmittelgebrauch wird nicht gezeigt; das Bedürfnis nach Information wird durch alters- und zielgruppengerechte Sachinformation in nicht abschreckender Weise befriedigt. Die stoffspezifischen Aufklärungsmaterialien sind darüber hinaus in eine suchtpreventive Gesamtstrategie eingebettet, die sich auf die Förderung protektiver Faktoren in den Lebenswelten der jeweiligen Zielgruppe richtet. Diese stoffunspecifische Präventionsstrategie „Lebenskompetenzförderung“ – z. B. die Kampagne „Kinder stark machen“ – thematisiert z. B. Alltag, Konflikte, Sinnsuche, Selbstwert u. a., ohne dabei explizit auf Drogen einzugehen. Der Schwerpunkt liegt hierbei eher auf der Funktion von Stimmungs- und Gefühlszuständen und im Aufzeigen von Alternativen zum Drogengebrauch.

5. Wie ist der Stand der Vorbereitungen für die Film- und Fernsehreihen „Joker“, „Ent-Zug“, „Lisa“, „Dieser Sommer“?

Der Spielfilm zur Drogengefährdung Jugendlicher mit dem Titel „Lisa“ und das dazugehörige Begleitmaterial stehen vor dem Abschluß der Produktion. Die Ausstrahlung ist im Rahmen der ZDF-Suchtwoche im Frühjahr 1993 geplant.

Der Film „Dieser Sommer“ wurde unter dem Sendetitel „Gefährliche Sehnsucht“ im Dezember 1991 im 1. Programm ARD (NDR) ausgestrahlt. „Dieser Sommer“ war ein Arbeitstitel.

Bei dem Film „Der Joker“ steht die inhaltliche Entwicklung vor dem Abschluß. Mit der Produktionsumsetzung ist 1993 zu rechnen.

„Ent-Zug“ war ein Arbeitstitel. Der tatsächliche Titel lautet „Special Handclaps“ (siehe hierzu Antwort auf Frage II.3).

Für alle aufgeführten Filme standen bzw. stehen kostenlose Sendeplätze in den öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten zur Verfügung.

6. Was ist unter dem Konzept „polizeilicher Drogenprävention“ zu verstehen?

„Polizeiliche Drogenprävention“ dient der Kriminalitätsvorbeugung und verhindert Straftaten, ist also ein Teilaspekt der Rauschgiftbekämpfung durch die Polizei mit dem Ziel, die Nachfrage nach Drogen einzudämmen. Ein ausführliches Konzept „Leitlinien poli-

zeilicher Drogenprävention“ ist von der Arbeitsgemeinschaft Kriminalpolizei erarbeitet worden und liegt vor.

7. Welche Mittel für Prävention und Aufklärung stehen seitens des Bundes zur Verfügung?

Für die Prävention und Aufklärung im Bereich von Mißbrauchsverhalten und Sucht stehen der BZgA für das Haushaltsjahr 1992 Mittel in Höhe von 18,5 Mio. DM zur Verfügung. Für das Haushaltsjahr 1993 sind rund 22,3 Mio. DM vorgesehen.

Darüber hinaus werden aus dem Modelltitel des BMG für das Modellprogramm „Mobile Drogenprävention“ 4,55 Mio. DM für das Haushaltsjahr 1992 bereitgestellt.

Für Modellprojekte im Rahmen der Jugendhilfe stehen dem Bundesminister für Frauen und Jugend 1992 500 000 DM zur Verfügung.

Welche Mittel stehen davon der Aktion des Bundeskanzlers „Keine Macht den Drogen“ zur Verfügung?

1992 wurden für die Kampagne „Keine Macht den Drogen“ 6 Mio. DM zur Verfügung gestellt.

Die Kampagne soll auch 1993 weitergeführt und im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel gefördert werden.

Welche Spendenmittel werden über diese Aktion eingenommen, und wie werden sie genutzt?

Eine finanzielle Unterstützung von privaten Sponsoren erhält die Kampagne nicht. In großem Umfang werden aber kostenlose Werbemöglichkeiten zur Verfügung gestellt. So konnte die große Plakataktion, die die Bundesregierung und der Deutsche Sportbund gemeinsam durchgeführt haben, nur durch die Unterstützung des Fachverbandes für Außenwerbung realisiert werden, der alle Werbeflächen kostenlos zur Verfügung stellte. Auch die ARD sowie ein privater Fernsehkanal und private Rundfunksender haben sich auf diese Weise an der Kampagne beteiligt, indem sie z. B. während der Olympischen Spiele für die TV-Spots und die Hörfunkspots der Kampagne kostenlos Sendezeiten zur Verfügung gestellt haben.

III. Therapie und Sozialarbeit

1. Wie viele Therapie- und Entgiftungsplätze stehen in den einzelnen Bundesländern zur Verfügung, und wie lange sind die Wartezeiten?

Wie lange sind die Wartezeiten vor körperlichem Entzug?

Wie lange vor Therapie?

Wie lange müssen Frauen und vor allem Mütter mit Kindern auf spezielle Therapieplätze warten?

Die Bundesregierung hat zur Beantwortung dieses Fragenkomplexes eine Umfrage bei den Ländern durchgeführt. Die Angaben der Länder werden in alphabetischer Reihenfolge im folgenden wiedergegeben.

Baden-Württemberg

a) Anzahl der Plätze

In Baden-Württemberg gibt es rd. 500 Entgiftungsplätze für alle Suchtformen (legale und illegale Drogen) in psychiatrischen Krankenhäusern. Daneben gibt es zur Entgiftung genutzte Betten in psychiatrischen und internistischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, deren Zahl nicht beziffert werden kann. Ambulante Therapieangebote für Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie Abhängige von illegalen Drogen bieten z. Z. 79 vom Sozialministerium geförderte psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke mit rd. 270 geförderten Fachkräften.

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige stehen rd. 1 500 stationäre Langzeittherapieplätze, für Abhängige von illegalen Drogen rd. 630 stationäre Plätze (ohne Kompakttherapien) zur Verfügung.

b) Wartezeiten

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige, die einen Entzug durchführen wollen, bestehen keine Wartezeiten; für Abhängige von illegalen Drogen gibt es dagegen, insbesondere im Raum Stuttgart, deutliche Engpässe.

Abhängige Frauen können in der Regel schneller als Männer in die Therapie vermittelt werden. Wartezeiten gibt es vor allem, wenn Paartherapien bzw. Therapien für alleinerziehende Frauen/Männer mit Kindern durchgeführt werden sollen. Bei Versicherten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) kann es im Einzelfall im Hinblick darauf, daß die BfA einige der stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige nicht oder nur in Ausnahmefällen belegt, ebenfalls zu Verzögerungen bei der Therapievermittlung kommen. Allerdings bemüht sich die BfA seit einiger Zeit um eine verstärkte Berücksichtigung landesspezifischer Gesichtspunkte.

c) Planungen

Im Rahmen der im März 1992 beschlossenen Drogenbekämpfungs- und Hilfeoffensive, die in der Koalitionsvereinbarung bekräftigt wurde, ist die kurzfristige Schaffung von vier Einrichtungen zur qualifizierten Entzugsbehandlung Abhängiger von illegalen Drogen (80 neue Plätze) vorgesehen.

Bei den stationären Therapieplätzen für Abhängige von illegalen Drogen ist im Rahmen der Drogenbekämpfungs- und Hilfeoffensive ein Ausbau um bis zu 120 Plätze auf 750 Plätze bis Ende 1994 geplant.

Bayern

a) Anzahl der Plätze

Suchtmittelabhängige werden in internistischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern oder in Bezirks-

krankenhäusern entgiftet. Speziell für die Abhängigen illegaler Drogen wurden darüber hinaus fünf Fachabteilungen mit insgesamt 70 Plätzen zur qualifizierten Entgiftung mit psychosozialer Betreuung geschaffen.

Für die Abhängigen von illegalen Drogen bestehen in Bayern 440 Langzeittherapieplätze, außerdem zwei Übergangswohngemeinschaften mit 11 Plätzen zur Überbrückung von Wartezeiten, 15 Plätze stationäre Kurzzeittherapie, 16 Plätze im Modellprojekt „Therapie auf dem Bauernhof“ und zwei Wohngemeinschaften mit je 6 Plätzen für Frauen.

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige gibt es rund 1 800 stationäre Therapieplätze.

b) Wartezeiten

Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen gibt es in der Regel keine Wartezeiten auf einen Entgiftungsplatz. Drogenabhängige, die sich spontan zu einer Entgiftung – eventuell auch ohne momentane Absicht zur Langzeitentwöhnung – entschließen, finden nicht immer sofort einen qualifizierten Entzugsplatz.

Abhängige von illegalen Drogen müssen bis zu vier Monaten auf einen Langzeittherapieplatz warten, in Ausnahmefällen, wie bei Frauen mit Kindern oder Paaren, bestehen Wartezeiten bis zu sechs Monaten.

c) Planungen

Es werden nach und nach weitere qualifizierte Entgiftungsplätze für Abhängige von illegalen Drogen geschaffen werden, einige Einrichtungen sind bereits konkret in Planung.

Zur weiteren Verkürzung von Wartezeiten zwischen Entgiftung und Entwöhnung müssen bundesweit die Therapieplätze erweitert werden. Aus bayerischer Sicht sollten dabei kleine, überschaubare Einrichtungen mit vielfältigen, verschiedenartigen Behandlungsansätzen und für spezielle Personengruppen gegenüber dem Ausbau der bestehenden traditionellen Langzeiteinrichtungen bevorzugt werden. 1993 sind konkret folgende Einrichtungen geplant:

- eine Einrichtung mit ca. 10 Plätzen für Frauen mit und ohne Kinder,
- eine größere Einrichtung für Paare und Eltern mit Kindern,
- eine Jugendwohngemeinschaft mit 10 Plätzen,
- eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft mit 6 Plätzen für Drogenabhängige nach der qualifizierten Entgiftung.

Berlin

a) Anzahl der Plätze

Im Land Berlin stehen insgesamt 640 Therapieplätze für Drogenabhängige zur Verfügung. Zusätzlich verfügt Berlin über 35 Plätze in Übergangseinrichtungen sowie über 30 Plätze im Rahmen des Modellprogramms „Kompakttherapie“. Im Rahmen dieser Kompakttherapie sind 14 Plätze für den qualifizierten körperlichen Entzug bestimmt. Ansonsten erfolgt der kör-

perliche Entzug in den internistischen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser bzw. in den psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser, denen die regionale Versorgungspflicht obliegt.

Die stationäre Entgiftung und Entwöhnung Alkohol- und Medikamentenabhängiger findet regulär in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser statt. Eine bestimmte Anzahl von Therapieplätzen ist hier nicht zu quantifizieren.

b) Wartezeiten

Der derzeitige Mangel an Therapieplätzen für Drogenabhängige führt zu Wartezeiten bis zu 3 Monaten. In Einzelfällen kommt es auch zu Wartezeiten bis zu 6 Monaten.

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige entstehen weder bei der körperlichen Entgiftung noch bei der stationären Entwöhnung Wartezeiten.

Bei der Entzugsbehandlung Drogenabhängiger liegen die akuten Probleme weniger im mangelnden Vorhandensein von Möglichkeiten zum Drogenentzug als vielmehr in dessen qualitativer Ausgestaltung und dem nahtlosen Anschluß für eine Entwöhnungsbehandlung. Die neu eingerichtete Entzugsstation „Count Down“ im Rahmen der Kompakttherapie wird von ihren Voraussetzungen her erfolgreichere Entzüge leisten, als dies bisher im Rahmen der üblichen Krankenhausbehandlung möglich ist.

Für Frauen, die sich für eine geschlechtsspezifische Therapie entscheiden, entstehen ähnlich lange Wartezeiten wie für Therapieplätze in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen. Frauen und Kinder können relativ rasch in einer speziellen Einrichtung Aufnahme finden, die 10 Plätze für Mütter und 10 Plätze für Kinder vorhält.

c) Planungen

Bereits 1992 wird das Angebot an stationärer Therapie für Drogenabhängige um 45 Plätze erweitert, wobei 25 Plätze in einer Einrichtung entstehen, die von den Ländern Berlin und Brandenburg gemeinsam gefördert wird.

1993 werden 15 weitere Plätze in einer Übergangseinrichtung entstehen, um die Wartezeiten auf Therapieplätze besser überbrücken zu können.

Die Selbsthilfeeinrichtung Synanon International wird nach dem Ausbau ihrer Einrichtung zusätzlich 200 Plätze für Suchtmittelabhängige anbieten.

Ferner ist ein Auffang- und Kriseninterventionsprojekt für minderjährige Drogenabhängige mit 8 bis 10 Plätzen in Planung.

Brandenburg

a) Anzahl der Plätze

Im Land Brandenburg stehen z. Z. 127 Entwöhnungsplätze für Alkoholabhängige zur Verfügung.

Es stehen 145 Entgiftungsplätze für eine spezialisierte Entgiftung in den 5 Suchtkliniken der 5 Landeskliniken zur Verfügung.

Darüber hinaus können weitere 30 allgemeine Krankenhäuser Entgiftungen durchführen.

b) Wartezeiten

Es entstehen z. Z. keine Wartezeiten.

Es besteht gegenwärtig ein eindeutiger Trend, daß sicher aufgrund der gesamten sozialen Situation im Land Entwöhnungsbehandlungen kaum gefragt sind und Entgiftungsbehandlungen in überhöhtem Maße zugenommen haben. Das läßt den Schluß zu, daß die Abhängigen z. Z. eine unzureichende Motivation zur Veränderung ihres Lebens haben.

Auch für abhängige Frauen gibt es z. Z. keine Wartezeiten.

Bei Müttern mit Kindern allerdings ist von Wartezeiten auszugehen, da nur eine begrenzte Anzahl von Plätzen vorhanden ist.

Bremen

a) Anzahl der Plätze

Für den Bereich illegaler Drogen stehen drei Einrichtungen mit insgesamt 90 Therapieplätzen und 16 Plätze im Rahmen des Modellprojekts „Kompakttherapie“ zur Verfügung.

Außerdem stehen 30 Plätze für ehemals Drogenabhängige, 30 Plätze im Rahmen des „Betreuten Wohnens“ zur Verfügung. Darüber hinaus verfügt Bremen über 5 Betten im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel.

In der III. Psychiatrischen Klinik Zentralkrankenhaus Bremen-Ost sind 14 Betten zur Entgiftungsbehandlung und außerdem 6 Betten zur Akut-Entgiftungsbehandlung vorhanden.

Am 1. Oktober 1992 ist die Kapazität der Entgiftungsplätze um zehn Betten erweitert worden.

b) Wartezeiten

Zur Zeit muß noch von einer durchschnittlichen Wartezeit von ca. drei Monaten auf einen Entgiftungsplatz ausgegangen werden, eine Verbesserung der Situation wird nach der vorgenannten Erweiterung um zehn Betten erwartet.

In den Fällen, wo eine Therapieplatzzusage vorliegt, werden zumeist Sonderlösungen mit kürzerer Wartezeit gefunden.

Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind von verschiedensten Faktoren abhängig, es ist aber im Durchschnitt von einer Wartezeit von bis zu drei Monaten auszugehen.

Hamburg

a) Anzahl der Plätze

Die Anzahl der stationären Therapieplätze im Bereich illegaler Drogen beträgt 232 Plätze (davon 40 Kurzzeittherapie- und 48 spezialisierte Entgiftungsplätze).

Spezielle Einrichtungen:

Psychose und Sucht (20 Plätze),
Einrichtung für minderjährige Drogenabhängige (28 Plätze),
spezielle stationäre Therapieeinrichtung für weibliche Drogenabhängige (11 Plätze).

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige stehen 274 Plätze zur Verfügung.

Im Bereich illegaler Drogen stehen rd. 550 ambulante Plätze zur Verfügung. Diese teilen sich in „Clean“-Therapie in speziellen Einrichtungen mit ca. 150 Plätzen (incl. ambulante Ganztagsbetreuung) und in Substitutionsbehandlung mit rd. 400 Plätzen für psychosoziale Begleitung/Begleittherapie auf. In 12 Beratungsstellen bestehen zusätzlich weitere Angebote.

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige stehen neben 17 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen 18 Selbsthilfeorganisationen zur Verfügung.

Übergangseinrichtungen/Krisenwohnungen für den Bereich illegale Drogen stellen 7 Einrichtungen mit insg. 62 Plätzen (plus rd. 70 Plätze ambulante Nachsorge) zur Verfügung; im Bereich legaler Drogen sind dies 3 Einrichtungen.

b) Wartezeiten

Der Umgang mit Wartelisten differiert von Einrichtung zu Einrichtung zum Teil ganz erheblich; im Mittel dauert die Wartezeit von der ersten Kontaktaufnahme bis zum Behandlungsantritt 2 bis 4 Monate.

Besondere Probleme in Hinblick auf eine zügige Vermittlung in eine Therapie entstehen insbesondere dann, wenn die Zuständigkeit hinsichtlich der Kostenübernahme nicht in angemessenem Zeitraum geklärt werden kann oder/und wenn Drogenabhängige exklusiv auf eine bestimmte Einrichtung fixiert sind.

c) Planungen

In Vorbereitung befinden sich ein Krankenzimmer für 12 Drogenabhängige, zwei Ambulanzen für Substitution, eine Entgiftungsstation und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug.

Im Aufbau befindet sich ein Projekt „Ambulante Entgiftung“ mit 50 bis 60 Plätzen.

Hessen

a) Anzahl der Plätze

Es stehen 543 Therapieplätze plus 12 Kinderplätze zur Verfügung. In zwei Drogenhilfeeinrichtungen sind

16 Entgiftungsplätze geschaffen worden, weitere 64 Plätze werden in psychiatrischen Krankenhäusern vorgehalten. Darüber hinaus gibt es noch einzelne Betten in Akutkrankenhäusern.

b) Wartezeiten

Die durchschnittliche Wartezeit für einen Therapieplatz beträgt 3 bis 4 Monate. Spezielle Daten, wie lange Frauen und Mütter mit Kindern auf einen Therapieplatz warten müssen, liegen nicht vor. Für einen Entgiftungsplatz beträgt die durchschnittliche Wartezeit 14 Tage.

c) Planungen

Weitere 50 Therapieplätze befinden sich in der Planung.

Mecklenburg-Vorpommern

a) Anzahl der Plätze

Zur Alkoholentwöhnung stehen derzeit 156 Betten zur Verfügung, darüber hinaus wird ambulante Therapie in 3 Beratungs- und Behandlungsstellen durchgeführt. Zum Entzug stehen 94 akutpsychiatrische Betten zur Verfügung, ansonsten gehört die Entgiftung zum regionalen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser.

Zur Therapie von Abhängigen illegaler Drogen besteht z. Z. in Mecklenburg-Vorpommern kein Bedarf. Eine Entgiftung wird in den Suchtabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser bzw. Schwerpunktkrankenhäusern durchgeführt.

b) Wartezeiten

Wartezeiten für die Entgiftung bei Alkoholkranken bestehen nicht.

Wartezeiten bei Therapieplätzen für Alkoholabhängige liegen jedoch zwischen 4 bis 12 Wochen. Sie werden auf das Antragsverfahren zurückgeführt, da es derzeit bei einem Großteil der Therapiewilligen Schwierigkeiten gibt, die erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen. Die Bearbeitungsfristen bei den zuständigen Kostenträgern betragen ca. 4 Wochen.

Wartezeiten für eine Therapie bei Abhängigen von illegalen Drogen bestehen nicht.

Für Frauen und Mütter mit Kindern gibt es bisher keine gesonderten Therapieplätze. Bei besonderer Dringlichkeit werden Anträge bevorzugt bearbeitet.

Niedersachsen

a) Anzahl der Plätze

Bei den Therapieplätzen wird zwischen Entzugs-(Entgiftungs-)plätzen einerseits und Entwöhnungsplätzen bzw. -angeboten für konzeptionell begründete, abstinenzorientierte Psycho- und Sozialtherapie andererseits unterschieden. In Niedersachsen bestehen bezogen auf Abhängige von

- illegalen Drogen
- 73 Entzugsplätze und
- 350 Entwöhnungsplätze

- Alkohol und Medikamenten mit Suchtpotential
- 345 Entzugsplätze,
- 1 030 Entwöhnungsplätze.

Daneben besteht eine nicht quantifizierbare Anzahl von Entzugsmöglichkeiten, insbesondere in interistischen Abteilungen, aufgrund regionaler und kollegialer Absprachen.

b) Wartezeiten

Die Wartezeit zwischen dem Eingang des Rehabilitationsantrages beim Kostenträger und dem Therapieantritt beträgt z. Z. durchschnittlich drei Monate.

Zahlenmaterial darüber, wie lange Frauen, insbesondere Mütter mit Kindern, auf spezielle Therapieplätze warten müssen, steht nicht zur Verfügung.

c) Planungen

Daytop beabsichtigt, eine neue frauenspezifische Einrichtung mit rund 30 Plätzen einzurichten. Zirka weitere 70 Plätze sind in der Planung, 50 Plätze davon sollen kurzfristig eingerichtet werden.

Nordrhein-Westfalen

a) Anzahl der Plätze

Im Land Nordrhein-Westfalen stehen im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung 3 000 Plätze für Alkohol- und Medikamentenabhängige und 780 Plätze für Drogenabhängige zur Verfügung. Zur Entgiftungsbehandlung ist jedes Allgemeinkrankenhaus und psychiatrische Sonderkrankenhaus in der Lage. Für Drogenabhängige stehen 152 Plätze zur Akutversorgung zur Verfügung. Im Rahmen des Modells „Therapie sofort“ in Dortmund ist die sofortige Aufnahme für eine Behandlung möglich.

10 Therapieplätze wurden für Mütter mit Kindern, 28 Plätze ausschließlich für Frauen eingerichtet.

b) Wartezeiten

Für die beiden Landesbereiche Rheinland und Westfalen können nach hier vorliegenden Angaben der Leistungsträger durchschnittlich etwa 30 Tage von der Antragstellung bis zum Antritt einer Langzeitentwöhnungsmaßnahme zugrunde gelegt werden. Für diese Frist ist Voraussetzung, daß

- die gesamten Antragsunterlagen vorliegen,
- der Antragsteller nicht darauf besteht, in einer bestimmten Einrichtung behandelt zu werden.

In einzelnen Einrichtungen bestehen Wartezeiten bis zu fünf Monaten. Für eine Entgiftungsbehandlung bestehen in aller Regel keine Wartezeiten. Bei den Akuteinrichtungen für Drogenabhängige treten Engpässe ein, da Allgemeinkrankenhäuser bei der Aufnahme Drogenabhängiger in der Regel zurückhaltend sind.

c) Planungen

Beide Behandlungsbereiche werden in den Jahren 1993 und 1994 mit jährlich 100 Plätzen weiter ausgebaut.

Derzeit laufen die organisatorischen Maßnahmen, auch für die Stadt Köln die Versorgungsstrukturen für das Modell „Therapie sofort“ zu schaffen. Das Land ist auch hier finanziell beteiligt.

10 weitere Therapieplätze für Mütter mit Kindern sollen geschaffen werden. – Der Sonderbedarf für Mütter und Frauen ist entsprechend der derzeitigen Nachfrage damit abgedeckt.

Rheinland-Pfalz

a) Anzahl der Plätze

In Rheinland-Pfalz führen zur Zeit 7 Therapieeinrichtungen mit insgesamt 226 Plätzen stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige durch. Weitere 27 Plätze sind in Planung. Sechs Einrichtungen sind nach den §§ 35, 36 BtMG staatlich anerkannt. In Rheinland-Pfalz befinden sich insgesamt ca. 1.500 Plätze zur stationären Entwöhnungsbehandlung Suchtkranker. Nach einer Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit stehen in Rheinland-Pfalz insgesamt 162 Plätze für eine Entgiftungsbehandlung für Suchtkranke in 3 psychiatrischen Kliniken und den psychiatrischen Fachabteilungen zweier Allgemeinkrankenhäuser zur Verfügung. Entgiftungsbehandlungen finden darüber hinaus in 31 Allgemeinkrankenhäusern statt. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe“ wurden außerdem 20 Plätze für eine Entzugsbehandlung Drogenabhängiger mit anschließender Orientierungsphase geschaffen. In Rheinland-Pfalz wird derzeit in zwei Therapieeinrichtungen ein stationäres Hilfeangebot für suchtkranke Frauen bzw. Mütter mit Kindern vorgehalten. Eine dritte stationäre Einrichtung für drogenabhängige Frauen/Männer mit Kindern mit insgesamt 35 Plätzen wird derzeit realisiert.

b) Wartezeiten

Die durchschnittliche Wartezeit auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung beträgt bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen sieben bis acht Wochen und bei Drogenabhängigen acht bis zehn Wochen.

Eine Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit im Juli 1992 bei den nach §§ 35, 36 BtMG staatlich anerkannten Einrichtungen in Rheinland-Pfalz hat ergeben, daß bei diesen folgende Wartezeiten bestehen:

eine Einrichtung:	keine Wartezeit,
zwei Einrichtungen:	bis zu zwei Monaten,
zwei Einrichtungen:	bis zu sechs Monaten,
eine Einrichtung:	bis zu zehn Monaten.

In Einzelfällen sind diese Einrichtungen bereit, Patientinnen und Patienten auch kurzfristig aufzunehmen. Die Wartezeiten für Frauen bzw. Mütter mit Kindern betragen 5 bis 6 Monate.

Saarland

a) Anzahl der Plätze und b) Wartezeiten

Illegale Drogen:

Langzeittherapieplätze (Wartezeit: 6 Monate)	24 Plätze
Teilstationäre Therapie (Wartezeit: 8 Wochen)	10 Plätze
Ambulante Therapie (keine Wartezeit)	20 bis 25 Plätze
Kurztherapie (Bundesmodell Kompakttherapie)	10 Plätze
Spezialisierte Entgiftung (keine Wartezeit) (Bundesmodell „Kompakttherapie“)	12 Plätze
Methadon-Erprobungsvorhaben (Wartezeit 3 bis 6 Monate)	20 Plätze

Frauen, vor allem Mütter mit Kindern, werden bevorzugt aufgenommen; d. h. die Wartezeiten sind kürzer. Der Grund liegt in der Quotierung der Plätze, durch die stets ein Drittel der Plätze für Frauen vorgesehen sind. Schwangere werden sofort aufgenommen.

Alkohol- und Medikamentenabhängige:

Langzeit-Entwöhnung:	238 Plätze
Tagesklinik (teilstationäres Angebot):	10 Plätze
Ambulante Therapie: (ohne Beratungsstellen)	ca. 160 Plätze
Spezialisierte Entgiftung: (mit Motivations- und Stabilisierungsphase)	45 Plätze
Sozio-Therapie Langzeitbehandlung:	30 Plätze
Übergangseinrichtung für chronische Alkoholiker:	30 Plätze

Sachsen

b) Anzahl der Plätze

Gegenwärtig werden in Sachsen für Drogenkranke nur vereinzelte Therapieplätze benötigt.

Diese konnten bisher trotz der problematischen Aufnahmesituation unbürokratisch in den alten Bundesländern bereitgestellt werden.

b) Wartezeiten

Wartezeiten vor körperlichem Entzug sind gegenwärtig nicht feststellbar, weil die Entgiftungsbehandlung zum regionalen Versorgungsauftrag der einzelnen Einrichtungen gehört.

Die Wartezeiten vor Beginn der Therapie sind unterschiedlich. Sie reichen von 3 Tagen bis zu 8 Wochen. Mütter mit Kindern haben bisher keinen Therapieantrag gestellt.

c) Planungen

Spätestens im Jahr 1995 ist damit zu rechnen, daß Therapieplätze für Drogenkranke in einer Anzahl benötigt werden, die den Aufbau von derartigen Einrichtungen in Sachsen erforderlich macht.

An entsprechenden Planungen wird gearbeitet. Die Landesregierung steht mit den Trägern der Sozialversicherung und dem Landesamt für Sozialhilfe sowie der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in einem permanenten Meinungs- und Erfahrungsaustausch, wobei insbesondere die Bedarfsfragen in dem regelmäßig tagenden gemeinsamen Arbeitskreis „Rehabilitation“ der Träger der Kranken- und Rentenversicherung erörtert werden. Das Sozialministerium ist in diesem Arbeitskreis mit Sitz und Stimme vertreten.

Sachsen-Anhalt

a) Anzahl der Plätze

Nach wie vor besteht die Problematik der Sucht im Bereich des Alkohols und im geringen Umfang in der Medikamentenabhängigkeit. In diesem Sinne sind die Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen hauptsächlich auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ausgerichtet.

Die Entgiftungsbehandlung von Suchtpatienten wird im Land Sachsen-Anhalt in psychiatrischen Einrichtungen (3 Landeskrankenhäusern, 2 Fachkrankenhäusern, 2 Hochschulkliniken, 11 anderen psychiatrischen Einrichtungen an Allgemeinkrankenhäusern) und in 56 internistischen bzw. intensivmedizinischen Bereichen von Allgemeinkrankenhäusern und der 2 Hochschulkliniken durchgeführt. Es existieren 188 Entwöhnungsplätze im rehabilitativen Bereich. Spezifische Drogenentwöhnungsplätze sind derzeit noch nicht vorhanden.

b) Wartezeiten

Bei der Entgiftungsbehandlung sind bisher keine Wartezeiten bekannt.

Wartezeiten auf spezifische Therapieplätze für Frauen und Mütter mit Kindern sind nicht bekannt. Eine frauenspezifische stationäre Einrichtung zur Behandlung der Abhängigkeit gibt es im Land Sachsen-Anhalt nicht. Im ersten Halbjahr 1992 ist festzustellen, daß die Auslastung der Entwöhnungseinrichtungen sehr gering ist.

Schleswig-Holstein

a) Anzahl der Plätze

In Schleswig-Holstein stehen für den Bereich illegaler Drogen bereit:

- 117 Therapieplätze (zuzüglich 4 Therapieplätze im Rahmen des Modellprojekts „Kompakttherapie“).
Von den 117 Therapieplätzen sind 42 in Hamburger Trägerschaft.
- 10 Facheinrichtungen (Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, Suchtkrankenhäuser und psychiatrische Fachabteilungen), die im Rahmen ihres Versorgungsauftrages Patientinnen und Patienten entgiften.
- 39 Intensivstationen in Krankenhäusern, die bei lebensbedrohlichen Zuständen akute Entgiftungen durchführen.

Über die vorstehend genannten Einrichtungen hinaus betreiben die Länder Hamburg und Schleswig-Holstein im Rahmen des o. g. Modells „Kompakttherapie“ (Entgiftung und Kurztherapie – höchstens 90 Tage) gemeinsam eine Einrichtung mit 28 Plätzen (davon 5/6 Plätze in schleswig-holsteinischer Trägerschaft).

b) Wartezeiten

Es kann davon ausgegangen werden, daß es in Schleswig-Holstein

- keine Wartezeiten auf einen Entgiftungsplatz gibt, weil die Entgiftung zum regionalen Versorgungsauftrag der einzelnen Einrichtungen gehört,
- bei den Therapieplätzen aus unterschiedlichen Gründen (insbesondere wegen der langen Bearbeitungszeit der Rentenversicherungsträger) Wartezeiten bis zu drei Monaten, in Einzelfällen auch länger, gibt.

c) Planungen

Bis spätestens Ende 1993 soll eine Entgiftungsstation mit 14 Plätzen geschaffen werden.

Ein frauenspezifisches stationäres Therapieangebot für Abhängige illegaler Drogen fehlt derzeit in Schleswig-Holstein. Außerdem gibt es noch keine Einrichtung, in der ausschließlich suchtmittelabhängige Mütter während der Therapie gemeinsam mit ihren Kindern untergebracht werden können. Der Bedarf wird geprüft.

Thüringen

a) Anzahl der Plätze

In Thüringen stehen für den Bereich der Suchtkrankenhilfe (vorrangig Alkohol- und Medikamentenabhängige) 76 Therapieplätze zur Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung.

Entgiftungsbetten (rein somatische Behandlung) stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung.

b) Wartezeiten

Auf Entgiftungsplätze gibt es keine Wartezeiten. Die Wartezeiten für eine Entwöhnungsbehandlung bewegen sich zwischen 2 und 4 Wochen, wobei die kürzeren Wartezeiten bei der LVA angegeben wurden.

c) Planungen

Benötigt werden dringend Entgiftungsplätze mit psychosozialer Behandlung (Entzugsbehandlung). Modellhaft werden in Großbreitenbach hierzu 20 Betten geschaffen. Geplant sind in Rüsteberg (Kreis Heiligenstadt) 40 Betten.

Die Nachfrage auf Therapieplätze für Frauen und Mütter mit Kindern ist verschwindend gering; derartige Therapieplatzangebote werden aber in die Planung z. B. im „Haus Klosterwald“ in Bad Klosterlausnitz mit aufgenommen.

Nach Ermittlungen der Krankenkassen stehen rund 100 stationäre Einrichtungen zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige mit

rund 3 000 Plätzen in Deutschland zur Verfügung. Die Anzahl der Betten für Entzugsbehandlungen ist nicht bekannt, da der Entzug grundsätzlich in jedem geeigneten Krankenhaus, insbesondere psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, durchgeführt werden kann.

Die Wartezeiten bis zur Einleitung der Entzugsbehandlung belaufen sich auf rund 4 bis 8 Wochen. Bei Notfällen ist eine kurzfristige Aufnahme möglich. Bei der Einleitung von Entwöhnungsbehandlungen ist von Wartezeiten von 3 bis max. 8 Monaten auszugehen.

Die relativ langen Wartezeiten vor Einleitung der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sind auf den Mangel an Behandlungsplätzen zurückzuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen alle Bemühungen, entsprechend dem Bedarf zusätzliche Therapieplätze zu schaffen.

Im Gegensatz zu diesen Feststellungen ist bei Frauen und auch bei Müttern mit Kindern eine relativ kurzfristige Aufnahme in gemischt belegten Einrichtungen möglich. Bei Inanspruchnahme der nur mit Frauen belegten Einrichtungen sind relativ lange Wartezeiten festzustellen, da nur relativ wenige Einrichtungen vorhanden sind.

Nach der zwischen den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungsträger am 20. November 1978 geschlossenen Suchtvereinbarung wird zwischen Entzugsbehandlung (Entgiftung) und Entwöhnungsbehandlung unterschieden. Bei der Entzugsbehandlung handelt es sich um eine Akutbehandlung im Krankenhaus zur körperlichen Entgiftung. Die Entwöhnungsbehandlung dient der Erreichung der Abstinenz. Sie umfaßt insbesondere psychotherapeutische Maßnahmen zur Verhaltensänderung.

Aufgrund der am 1. April 1991 in Kraft getretenen Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“ besteht die Möglichkeit, bei Erfüllung der Voraussetzungen die Entwöhnung zu Lasten der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger auch ambulant durchzuführen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden über 200 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen zur Durchführung der ambulanten Rehabilitation anerkannt. Bisher wurden nur in geringer Zahl ambulante Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige durchgeführt. Es bleibt abzuwarten, ob diese Form der Rehabilitation auch von Drogenabhängigen stärker genutzt werden kann.

2. Wie viele der Drogentoten des vergangenen Jahres standen auf der Warteliste einer Therapie- oder Entgiftungseinrichtung, und gegebenenfalls wie lange?

Im Saarland waren 2 Drogentote Antragsteller für das Methadon-Erprobungsvorhaben.

Weitere Angaben liegen dem BMG nicht vor.

3. Welchen Einfluß hat die Regelung der Kostenübernahme auf die Wartezeiten?

Baden-Württemberg

Die Frage der Kostenträgerschaft kann in Baden-Württemberg vor allem in kostenrechtlich schwierigen Einzelfällen zu Verzögerungen führen. Im allgemeinen erfolgt eine rasche Kostenzusage.

Bayern

In Bayern kommt es trotz der Vereinbarung Vorleistung/Drogen vom 22. Oktober 1981 laut Auskunft der Suchtkrankenhilfeeinrichtungen, insbesondere im Bereich der BfA, zu Verzögerungen bei den Kostenzusagen.

Das Bayerische Sozialministerium hat daraufhin kürzlich das Bundesversicherungsamt als Rechtsaufsichtsbehörde gebeten, tätig zu werden. Von dort wurde Unterstützung in jedem Einzelfall verzögerter Kostenzusagen zugesagt. Diese Information wurde an die Suchtkrankenhilfeeinrichtungen weitergegeben, über die Ergebnisse soll berichtet werden.

Berlin

Die Bearbeitungszeiten für das Kostenübernahmeverfahren bei Drogentherapien sind entschieden zu lang. Besonders in den Fällen einer sehr kurzfristigen Therapieplatzvermittlung in Akutfällen wären schnelle und unbürokratische Kostenzusagen eine Voraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen.

Ab Oktober 1992 wird deshalb in Berlin das Modell „Therapie sofort“ erprobt, das anstrebt, für akute Fälle (Drogennotfälle, Abhängige ohne Kontakt zum Hilfesystem) sofortige Kostenzusagen für einzuleitende Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen zu erhalten. Eine entsprechende Vereinbarung wurde zwischen dem Land Berlin, den Kostenträgern sowie den beteiligten Drogenhilfeeinrichtungen abgeschlossen.

Brandenburg

In Brandenburg gibt es gegenwärtig große Konflikte mit den Rentenversicherungsträgern wegen der Kostenübernahme bei Entwöhnungsbehandlungen. Die Kostenträger BfA/LVA setzen für die Kostenübernahme den Standard westlicher Suchtkliniken voraus. Aus diesen Gründen sind die Entwöhnungsbehandlungen in den äußerst traditionsreichen Suchtkliniken der Stadt Brandenburg und der Suchtklinik in Neuruppin gestoppt worden. Wenn sich die Kostenträger BfA und LVA mit dieser Strategie durchsetzen, müssen die Suchtkliniken Brandenburg und Neuruppin im Entwöhnungsbereich schließen.

Bremen

Die Bearbeitung der Anträge zur Finanzierung von Entwöhnungstherapien nimmt bei den Rentenversicherungsträgern viel Zeit in Anspruch. Besonders auch in Fällen einer möglichen und notwendigen kurzfristigen Therapieplatzvermittlung ist dieser Umstand gravierend, weil häufig alle Bemühungen der Berater daran scheitern.

Dagegen sind bei der Kostenübernahme für Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlungen keine wesentlichen Probleme bekannt.

Hamburg

Zum Einfluß des Kostenübernahme-Abklärungsverfahrens auf die Wartezeiten ist festzustellen, daß in der Regel – außer in komplizierten Einzelfällen – keine Probleme bestehen.

Hessen

Die Regelung der Kostenübernahme hat keinen direkten Einfluß auf die Wartezeit für einen Therapieplatz. Die Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker (AGSU) tritt bei noch nicht geklärter Kostenträgerschaft in Vorlage.

Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern hat die Regelung der Kostenübernahme noch keinen Einfluß auf die Wartezeiten.

Gegenüber einem einheitlichen Sozialversicherungssystem wird das jetzt bestehende gegliederte System besonders in der Suchttherapie als nachteilig empfunden.

Niedersachsen

Es kommt in einigen Einzelfällen wegen ungeklärter Versicherungsverhältnisse zu Verzögerungen im Bewilligungsverfahren.

Andererseits wird die Entscheidung über den Antrag innerhalb weniger Tage getroffen, sofern die maßgeblichen Unterlagen vollständig vorliegen. Probleme mit der Kostenübernahme für die Entzugsbehandlung sind nicht bekannt.

Nordrhein-Westfalen

Für die beiden Landesbereiche Rheinland und Westfalen können nach Angaben der Leistungsträger durchschnittlich etwa 30 Tage von der Antragstellung bis zum Antritt einer Langzeitentwöhnungsmaßnahme zugrunde gelegt werden.

Rheinland-Pfalz

Die bestehenden Wartezeiten auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfordern eine Beschleunigung des Verfahrens der Kostenzusage und den Ausbau stationärer Hilfeangebote.

Im Sinne einer schnellen Kostenzusage hat die Landesregierung Rheinland-Pfalz mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe ein Verfahren vereinbart, das die Bewilligungszeit erheblich verkürzt (3 Arbeitstage nach Eingang der notwendigen Unterlagen). Um eine weitere Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens zu erreichen, werden derzeit in Zusammenarbeit zwischen dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit weitere Möglichkeiten geprüft, wie die Ko-

stenübernahme für eine stationäre Entwöhnungseinrichtung zeitlich verkürzt werden kann.

Saarland

Die Wartezeit beginnt erst nach der Vorlage der Kostenzusage. Zwischen Antragstellung und Erteilung einer Kostenzusage vergehen durchschnittlich drei Monate, in komplizierten Einzelfällen verlängert sich die Bearbeitungszeit. Bei Entgiftungsbehandlungen im Klinikbereich verringert sich die Bearbeitungszeit bzw. erfolgt die Klärung der Kostenübernahme nach der Aufnahme.

Sachsen

Die Regelung bei der Kostenübernahme erfolgt unbürokratisch, gegebenenfalls im telefonischen Meinungsaustausch zwischen den Beteiligten.

Probleme mit der Kostenübernahme beim stationären körperlichen Entzug (Entgiftungsbehandlung) sind nicht bekanntgeworden.

Sachsen-Anhalt

Soweit die stationäre Behandlung betroffen ist, ist die Kostenübernahme der Entgiftungsbehandlung problemlos.

Bedauerlicherweise kann aber ein nahtloser Übergang von der Entgiftungsbehandlung zur Entwöhnungsbehandlung nicht sofort erfolgen, da die Bearbeitung von Anträgen auf Finanzierung der Entwöhnungstherapie bei den Rentenversicherungsträgern eine Bearbeitungszeit beansprucht.

Schleswig-Holstein

Nach Auffassung der im Drogenbereich Tätigen nimmt die Bearbeitung von Anträgen auf Finanzierung der Entwöhnungstherapie bei den Rentenversicherungsträgern unvertretbar viel Zeit in Anspruch.

Probleme mit der Kostenübernahme für die Entzugs-(Entgiftungs-)behandlung sind nicht bekanntgeworden.

Thüringen

Zum Land Thüringen liegen dem Bund keine Daten über den Einfluß der Regelung der Kostenübernahme auf die Wartezeiten vor.

Was unternimmt die Bundesregierung, um die Kostenübernahme vor allem beim stationären körperlichen Entzug zu beschleunigen?

Festgestellte Wartezeiten sind nicht auf die Regelung der Kostenübernahme im Bereich der Krankenkassen zurückzuführen. Die Kostenübernahme einer Entzugsbehandlung erfolgt durch die Krankenkasse in der Regel innerhalb weniger Tage, wenn eine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Da in zahlreichen Fällen wegen des hochakuten Zustandes eine Notaufnahme des Drogenabhängigen erforderlich ist, kommt die

Kostenübernahme in diesen Fällen ohnehin erst nachträglich in Betracht.

Auch bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Entwöhnung ist eine kurzfristige Entscheidung durch die Krankenkassen möglich. Daran ändert auch nichts, daß ggf. eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt.

Aus Sicht der Krankenkassen stellt nicht das Bewilligungsverfahren, sondern die zu geringe Zahl der Behandlungsplätze das eigentliche Problem dar.

Wie anhand der Ausführungen der Länder ersichtlich, bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Regelungen zur Kostenübernahme in den einzelnen Ländern. Die Bundesregierung bemüht sich z. B. im „Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder“, den Austausch zwischen allen Beteiligten zu fördern, um somit schnellere und praktikablere Verfahren deutlich zu machen, wie es z. B. spezielle Arbeitsgemeinschaften oder Koordinierungsstellen in einzelnen Ländern handhaben.

4. Mit welchen Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung die Bundesländer, um die nötige Zahl an Therapieplätzen zur Verfügung zu stellen und eine differenzierte Weiterentwicklung des Therapieangebotes zu ermöglichen?

Das wesentliche Instrument auf Bundesebene zum Aufbau und zur Differenzierung eines Drogenhilfesystems ist die Modellförderung. Der Bund hat in den letzten 20 Jahren dieses Instrument intensiv genutzt und dadurch ganz wesentlich zum Aufbau eines Hilfesystems beigetragen. Die Modellvorhaben haben dabei innovativen Charakter gehabt, und nahezu alle wichtigen Therapieansätze im Drogenhilfesystem sind durch Bundesmodelle gefördert und erprobt worden.

Derzeit laufen 5 große Modellvorhaben (stationäre Krisenintervention, betreutes Wohnen, Booster-Programm, Kompakttherapie und integrierte Suchtberatungsstellen), die – obwohl es nicht die eigentliche Zielsetzung dieser Modelle ist – auch dazu beitragen, die Zahl der ambulanten und stationären Therapieplätze zu erhöhen. Darüber hinaus wurden und werden auch Einzelmodellvorhaben gefördert (z. B. Renovierung und Ausbau der Einrichtungen der Selbsthilfeorganisation Synanon in West- und Ostdeutschland). Hinsichtlich der Zielsetzungen und Laufzeit der einzelnen Modellvorhaben wird auf die ausführliche Darstellung in der Bilanz zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans 1990 bis 1992 verwiesen.

Mit welchen Maßnahmen kann nach Ansicht der Bundesregierung eine Verkürzung der Wartezeiten erreicht werden?

Inwieweit können Investitionsmittel für die Anlaufphase neuer Therapieeinrichtungen mit neuen Therapieansätzen, in denen ein kostendeckender Pflegesatz noch nicht erzielt werden kann, übernommen werden?

Um der besonderen Situation Drogenabhängiger gerecht zu werden, wurde durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe eine Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger (Vereinbarung Vorleistung/Drogen) abgeschlossen. Diese Vereinbarung wurde nach Meinung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren als dem Dachverband der in der Suchtkrankenhilfe tätigen Verbände von den Sozialleistungsträgern nicht in dem Maße angewendet, wie es für eine reibungslose Abwicklung notwendig gewesen wäre.

Nach der Vereinbarung hat der antragaufnehmende Sozialleistungsträger die Antragsunterlagen unverzüglich an den vorleistungspflichtigen Träger weiterzuleiten.

In einigen Bundesländern bestehen z. B. besondere Arbeitskreise und Arbeitsgemeinschaften, die in unmittelbarer Absprache mit allen Beteiligten im Einzelfall eine Lösung suchen. Nach Auffassung der Bundesregierung können solche Koordinierungsgremien u. a. auch zum Abbau der Wartezeiten beitragen.

Grundsätzlich hält die Bundesregierung jedoch den Ausbau von Entgiftungs- und Therapieplätzen der verschiedensten Art auf Länderebene für unbedingt erforderlich, damit Wartezeiten bei therapiebereiten Abhängigen verkürzt werden.

Die Bundesregierung hat für Modellvorhaben mit neuen Therapieansätzen in der Vergangenheit auch Investitionsmittel zur Verfügung gestellt. Sie ist bereit, dies auch weiterhin im Rahmen neuer Modellvorhaben zu tun.

5. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um sicherzustellen, daß die Drogenhilfe in den neuen Bundesländern bedarfsgerecht ausgebaut werden kann?

In den neuen Bundesländern wurden, da geeignete Entwöhnungseinrichtungen fehlen, die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen zugelassen. Es handelt sich um rund 50 Einrichtungen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser bzw. psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.

Darüber hinaus fördert die Bundesregierung in den neuen Ländern die Modellprogramme „Mobile Drogenprävention“ und „Integrierte Suchtberatungsstellen“. Vor allem das Modellprogramm „Integrierte Suchtberatungsstellen“ knüpft an bestehenden Suchtberatungsstellen in den neuen Ländern an und qualifiziert und erweitert sie im Bereich illegaler Drogen. Durch die wissenschaftliche Begleitung dieses Modellprogramms ist auch sichergestellt, daß diese Einrichtungen mit allen wesentlichen neuen Erkenntnissen in der Suchtkrankentherapie unterstützt werden. Damit ist auch ein erster Schritt zum Aufbau eines ambulanten

ten Versorgungssystems für Drogenabhängige geleistet, denn Ziel des Modells soll auch die Qualifizierung der Einrichtung sein, damit sie nach der Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation durch die Kostenträger anerkannt werden. Da sich für Langzeitbehandlung von Drogenabhängigen noch kein Bedarf ergibt, besteht Gelegenheit zu prüfen, welche stationären Hilfen aufzubauen sind.

6. Aus welchen Gründen wurde das Modellprogramm des Bundes „Aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Abhängige“ nicht verlängert?

Modellprogramme des Bundes dürfen nach geltendem Haushaltsrecht nur eine begrenzte Anzahl von Jahren – in der Regel 3 Jahre – gefördert werden. Dann müssen sie Antworten und Erkenntnisse zu den Fragestellungen, für die sie eingerichtet wurden, erarbeitet haben. Der Förderungszeitraum des vorgenannten Programms umfaßte die Jahre 1984 bis 1990, im Einzelfall bis 1991, und war somit bereits über Gebühr verlängert worden. Eine nochmalige Verlängerung kam nicht mehr in Betracht, weil die Zielsetzungen des Modells erfüllt waren. Da sich das Modell bewährt hat, ist es nun Aufgabe der Länder bzw. der verschiedenen Kostenträger, diese Erkenntnisse flächendeckend umzusetzen.

7. Welche Erfahrungen gibt es mit dem Verstärker-(Booster-)Programm, und welche Planungen gibt es hierfür?

Das Verstärker-(Booster-)Programm bietet in erster Linie für langjährig Drogenabhängige niedrigschwellige ambulante Angebote, das sind insbesondere Kontaktläden und fachlich betreute Notschlafstellen. Die Vernetzung der unterschiedlichen Einrichtungen führte zu einer Vergrößerung und zu einer Strukturverbesserung des Hilfeangebots, das bei den Suchtkranken hohe Akzeptanz erfährt. Die Folge sind immer wieder neue Anfragen nach Erweiterung und Ergänzung der bestehenden Modelleinrichtungen. Als eine Konsequenz der Erfahrungen im ambulanten Bereich ist das Modellprogramm „Kompakttherapie“ zu nennen. Dieses Programm hat den Gedanken der Niedrigschwelligkeit aufgegriffen und im stationären Bereich fortgesetzt. Ohne besondere Voraussetzungen wird hier qualifizierte Entgiftung mit intensiver psychosozialer Betreuung bis zu neunzig Tagen angeboten.

Beide Programme sind noch nicht abgeschlossen. Nach Auswertung der wissenschaftlichen Begleitforschung wird der Bund gemeinsam mit den Ländern die Empfehlungen der Experten aufgreifen und die Fortführung der Modelle durch die Länder prüfen.

Wo werden diese Programme durchgeführt?

Das Verstärker-(Booster-)Programm ergänzt bestehende Suchthilfeeinrichtungen in den alten Bundes-

ländern (Beginn 1989 und 1990). Es wird in folgenden Orten durchgeführt:

Schleswig-Holstein: Kiel
Neumünster
Elmshorn

Hamburg: 2 Einrichtungen

Niedersachsen: Hannover
Leer
Lingen
Oldenburg

Bremen: 3 Einrichtungen

Nordrhein-Westfalen: Köln
Hamm

Hessen: Alsfeld
Kassel
Limburg/Lahn
Frankfurt/Main
(2 Einrichtungen)
Offenbach

Rheinland-Pfalz: Koblenz
Ludwigshafen

Baden-Württemberg: Pforzheim

Bayern: Nürnberg (2 Einrichtungen)
Augsburg (2 Einrichtungen)

Saarland: Saarbrücken
(2 Einrichtungen)

Berlin: 1 Einrichtung

Das Modellprogramm „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe“ wird in folgenden Orten durchgeführt:

Hamburg/
Schleswig-Holstein Itzehoe
Bremen 1 Einrichtung
Niedersachsen Wedemark-Hellendorf
Berlin 1 Einrichtung
Nordrhein-Westfalen Bonn
Hessen Kelkheim-Eppenhain
Saarland Saarbrücken
Rheinland-Pfalz Landau i. d. Pfalz
Koblenz
Baden-Württemberg Alpirsbach-Reinerzau
Reutlingen
Bayern Augsburg
München

Ausführliche Beschreibungen sowie die Adressen enthält die Bilanz zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans.

8. Welches Konzept hat die Bundesregierung, oder an welchem Konzept arbeitet sie, um die Möglichkeiten für die Drogenberaterinnen und Drogenberater und Therapeuten zu erweitern, den Kreis der Drogenabhängigen und Gefährdeten tatsächlich zu erreichen?

Seit einigen Jahren verfolgt die Bundesregierung in ihren Modellprogrammen das Konzept der Niedrigschwelligkeit von Hilfen für Drogenabhängige, d. h. Abhängige erhalten Hilfen ohne Vorbedingung, ohne Abstinenzanspruch oder Motivationsprüfung.

Wie die ersten Daten der wissenschaftlichen Begleitung zeigen, erreichen sowohl das sogenannte „Booster-Programm“ als auch das Modell „Kompakttherapie“ zu einem hohen Prozentsatz Abhängige, die bisher noch nie Kontakt zum Drogenhilfesystem hatten. Beide Modellvorhaben sind auf sehr große Resonanz unter den Abhängigen gestoßen, so daß die Einrichtungen zeitweise wegen Überfüllung schließen müssen.

Drogenabhängige werden also in so großer Zahl erreicht, daß Schwierigkeiten bestehen, diesem Bedürfnis nach Hilfe nachzukommen. Die Forderungen des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes nach flächendeckendem und vor allem unmittelbarem Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten sind insofern noch keineswegs erfüllt.

Derzeit bereitet die Bundesregierung aufgrund der Notfallstudie (siehe Frage 1.1) ein neues Interventionsmodell vor, denn auch hier hat sich gezeigt, daß eine bestimmte Gruppe der Notfallpatienten noch keinen Kontakt zum Drogenhilfesystem hatte und daß der Notfall auch die Chance darstellen kann, den Klienten zu erreichen und auf eine weiterführende Hilfe vorzubereiten.

9. Ist die Bundesregierung bereit, den Einsatz der Substitutionsbehandlung mit Rücksicht auf den desolaten Gesundheitszustand der Opfer zu erleichtern und die Drogenverbraucherinnen und Drogenverbraucher ein Stück weit zu entkriminalisieren und damit die Schwelle zur Versorgung und Therapie zu senken?

Die Bundesregierung befürwortet die Substitution von Drogenabhängigen mit dafür geeigneten verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln, wie z. B. Levomethadon, nur in medizinisch begründeten Einzelfällen unter ärztlicher Kontrolle sowie mit einer psycho- und sozialtherapeutischen Begleitung. Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer und den NUB-Richtlinien sind als Hauptanwendungsfälle für eine Vergabe von Levomethadon an Drogenabhängige eine Drogenabhängigkeit mit lebensbedrohlichem Zustand im Entzug, eine schwere konsumierende Erkrankung, opioidpflichtige Schmerzzustände, eine HIV-Infektion mit fortgeschrittener manifester Erkrankung, am Ende der Schwangerschaft und unter der Geburt sowie bestimmte Überbrückungssituationen genannt. Auch bei langjährig Drogenabhängigen, die mehrere gescheiterte Therapieversuche hinter sich haben und auf-

grund ihrer schlechten körperlichen und seelischen Verfassung objektiv und subjektiv für keine denkbare drogenfreie Behandlung zugänglich sind, während andererseits ohne eine Substitutionstherapie eine lebensbedrohliche Verschlechterung ihres physischen und psychischen Zustandes zu befürchten ist, kann eine Substitution mit Methadon angezeigt sein. Diese Richtlinien der Bundesärztekammer können jedoch keine abschließenden Indikationen für die Substitution von Drogenabhängigen bestimmen, sondern dem Arzt im Einzelfall lediglich eine Orientierung geben. Die Bundesregierung teilt insoweit die Auffassung des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom Juni 1991, wonach jedem Arzt ein individuell zu verantwortender Risikobereich belassen wird, innerhalb dessen er im Einzelfall – nach den Regeln der ärztlichen Kunst – über die begründete Vergabe von Betäubungsmitteln entscheiden kann.

Da alle Fälle einer ärztlich notwendigen Substitutionsbehandlung nach dem geltenden Recht auch zulässig sind, sieht die Bundesregierung keine Veranlassung, das Betäubungsmittelgesetz in dieser Frage grundlegend zu ändern. Vielmehr wird bereits durch das Gesetz zur Änderung des BtMG vom 9. September 1992 (BGBl. I S. 1593) klargestellt, daß die ärztliche Substitutionsbehandlung der Betäubungsmittelabhängigkeit zulässig ist, wenn die weiteren Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 BtMG vorliegen. Das ist dann nicht der Fall, „wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann“. Damit wird die Betäubungsmittelabhängigkeit grundsätzlich als behandlungsbedürftige Krankheit i. S. des § 13 Abs. 1 BtMG anerkannt. Die Bundesregierung betont jedoch, daß das Ziel einer Therapie bei Drogenabhängigen nur die Drogenfreiheit, niemals aber der Ersatz einer Droge durch eine andere sein darf. Eine Substitution mit Levomethadon muß daher gegenüber drogenfreien Behandlungsmethoden nachrangig bleiben.

Im Rahmen der dargelegten Position läßt die Bundesregierung derzeit vom Bundesgesundheitsamt und den maßgeblichen Gremien prüfen, ob außer Levomethadon auch Methadon in die Gruppe der verschreibungsfähigen Betäubungsmittel aufgenommen werden kann.

Im übrigen hat das Bundeskabinett am 23. September 1992 den Entwurf einer Vierten Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung beschlossen und dem Bundesrat gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zugeleitet. Mit der Änderungsverordnung sollen u. a. entsprechend einer Entschließung des Bundesrates vom Juni 1990 Engpässe bei der Verschreibung und Bevorratung von Levomethadon in der ärztlichen Praxis sowie an Wochenenden und Feiertagen in den gesetzlich zulässigen Fällen beseitigt werden.

Durch die am 4. Juni 1992 vom Deutschen Bundestag beschlossene Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes sind die prozessualen Einstellungsmöglichkeiten für die Staatsanwaltschaft in sog. „Konsumentenverfahren“, d. h. bei Delikten mit Betäubungsmitteln in geringen Mengen zum Eigenkonsum, durch Verzicht auf die richterliche Zustimmung erleichtert worden. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die

gesetzlich vorhandenen Einstellungsmöglichkeiten nach §§ 153 ff. StPO i. V. m. § 29 Abs. 5 BtMG eine differenzierte, entkriminalisierte und sozial-erzieherische Behandlung von Drogenkonsumenten durch Polizei und Justiz gewährleisten, wenn diese Möglichkeiten in allen Bundesländern gleichmäßig und ausreichend angewendet werden.

Für bereits angeklagte bzw. verurteilte Abhängige bietet das Instrument „Therapie vor Strafe“ (§§ 35 ff. BtMG) Möglichkeiten der Entkriminalisierung und Rehabilitation.

10. Welche Rehabilitationsprogramme stehen nach Abschluß einer Therapie zur Verfügung?

Bei Rehabilitationsbehandlungen durch die gesetzliche Rentenversicherung ist Bestandteil der stationären Entwöhnung u. a. die sogenannte „Adaptionsphase“. Inhalt dieser Adaptionsphase ist

- die Fortführung der intensivstationären Behandlungsphase unter Gewährleistung psychotherapeutischer Einzel- und Gruppengespräche bei Bedarf,
- die aktive Auseinandersetzung des Abhängigen mit der Alltags- und Arbeitsrealität,
- die Erprobung und Bestätigung der im Rahmen der stationären Behandlung erreichten Therapiefortschritte und
- die Zurücknahme therapeutischer (beschützender) Elemente zugunsten einer nur noch fallweise erforderlichen unterstützenden therapeutischen Begleitung hin zu einer Verstärkung von Selbständigkeit und Selbstbewußtsein.

Die Sicherung der Nachsorge nach Abschluß der stationären Entwöhnung ist unerlässlich zur Erhaltung der Abstinenz und damit Bestandteil der Rehabilitation. Soweit Selbsthilfeangebote nicht ausreichen, kommen für Drogenabhängige nach Abschluß der Entwöhnung beschützende Einrichtungen, z. B. Übergangsheime und therapeutische Wohngemeinschaften, in Betracht. Für diese Maßnahmen ergibt sich nach den gesetzlichen Vorschriften die Leistungszuständigkeit insbesondere des Trägers der Sozialhilfe.

Soweit eine ambulante Rehabilitation angezeigt ist, können Leistungen von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“ gewährt werden. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit und die Durchführung der Rehabilitation in einer qualifizierten ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle. Ziel dieser Empfehlungsvereinbarung ist es vor allem, eine differenzierte Weiterentwicklung des Therapieangebots zu ermöglichen. Die Trägerverbände der Beratungs- und Behandlungsstellen haben in den vorbereitenden Gesprächen erklärt, ihre Therapiekapazitäten zu erweitern.

Sowohl nach Feststellungen der Krankenkassen als auch der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege als Träger von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe reicht das Angebot komplementärer Einrichtungen nicht aus.

Hier ist die Schaffung weiterer Betreuungsplätze erforderlich.

Gibt es Hilfen zur Ausbildung und der Wiedereingliederung in das Berufsleben und zur Vermittlung von verschiedenen Wohnraumangeboten (z. B. betreutes Wohnen) und zur Entschuldung Drogenabhängiger?

Das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) sieht eine Reihe von Hilfsmaßnahmen für Ausbildungsplatzsuchende oder Arbeitslose vor, deren berufliche Eingliederung erschwert ist. Zu diesem Personenkreis gehören auch ehemalige Drogenabhängige.

Im Bereich der beruflichen Erstausbildung fördert die Bundesanstalt für Arbeit nach den §§ 40 und 40 a AFG die Teilnahme an nicht den Schulgesetzen der Länder unterliegenden beruflichen Bildungsmaßnahmen, die auf die Aufnahme einer Berufsausbildung vorbereiten oder der beruflichen Eingliederung dienen (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen). Bei der Auswahl der im Einzelfall in Betracht kommenden Bildungsmaßnahmen und im Rahmen der Durchführung werden die individuellen Bedürfnisse des Teilnehmers berücksichtigt. Während der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme erfolgt eine sozialpädagogische Betreuung der Teilnehmer.

Darüber hinaus kann die Bundesanstalt für Arbeit nach § 40 c AFG Auszubildenden Zuschüsse zur Förderung der Berufsausbildung von ausländischen, lernbeeinträchtigten oder sozial benachteiligten Auszubildenden gewähren, denen nach der Teilnahme an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen ohne weitere Förderung eine Ausbildungsstelle in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht vermittelt werden kann. Gefördert werden folgende Maßnahmen im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz:

1. Ausbildungsbegleitende Hilfen des auszubildenden Betriebes oder eines anderen Trägers, soweit sie für einen erfolgreichen Abschluß der betrieblichen Berufsausbildung erforderlich sind,
2. das erste Jahr einer Berufsausbildung in einer überbetrieblichen Einrichtung, wenn eine Ausbildungsstelle in einem Betrieb auch mit ausbildungsbegleitenden Hilfen nicht vermittelt werden kann,
3. die Fortsetzung der nach Nummer 2 geförderten Berufsausbildung in der überbetrieblichen Einrichtung bis zum Abschluß, wenn vorher eine Ausbildungsstelle in einem Betrieb auch mit ausbildungsbegleitenden Hilfen nicht vermittelt werden kann.

Bei der Gewährung von ausbildungsbegleitenden Hilfen kann die Bundesanstalt für Arbeit von dem Erfordernis der vorherigen Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme absehen, wenn die Teilnahme für den Erfolg der Ausbildung nicht notwendig ist.

In der zu § 40 c AFG erlassenen Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit gehören ehemals drogenabhängige Jugendliche unabhängig

von dem erreichten allgemeinbildenden Schulabschluß zu dem förderungsfähigen Personenkreis der sozial benachteiligten Auszubildenden.

Drogenabhängige, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, können bei Vorliegen der allgemeinen Voraussetzungen zudem Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit zur Förderung der beruflichen Bildung (Ausbildung, Fortbildung, Umschulung) nach dem AFG erhalten.

Auch nach Abschluß einer Therapie besteht die Gefahr langanhaltender Arbeitslosigkeit. Das sog. 490 Mio.-Programm („Maßnahmen für besonders beeinträchtigte Langzeitarbeitslose und weitere schwerstvermittelbare Arbeitslose“) eignet sich wegen der Fördermöglichkeit von sozialen Betreuungsmaßnahmen, die in Kombination mit Beschäftigung und Qualifikationsprojekten durchgeführt werden können, für den Personenkreis langzeitarbeitsloser ehemaliger Drogenabhängiger. Vorbehaltlich der Zustimmung des Deutschen Bundestages ist beabsichtigt, das Sonderprogramm bis Ende 1996 zu verlängern und das Mittelvolumen um 300 Mio. DM auf 790 Mio. DM aufzustocken.

Auch bei den Modellvorhaben der Bundesanstalt für Arbeit zur Wiedereingliederung von besonders schwervermittelbaren Langzeitarbeitslosen im Rahmen des Sonderprogramms der Bundesregierung „Aktion Beschäftigungshilfen für Langzeitarbeitslose“ von Mitte 1989 wurden einzelne Projekte auf die berufliche Eingliederung von ehemals Drogenabhängigen zugeschnitten.

Das ursprünglich bis Ende 1992 befristete Sonderprogramm wurde inzwischen um zwei Jahre verlängert. Die Zahl der Arbeitsämter, in denen Modellvorhaben durchgeführt werden können, wurde von acht auf 26 erhöht und statt der ursprünglich vorgesehenen 50 Mio. DM wurden 200 Mio. DM für Modelle bereitgestellt.

Durch eine am 1. Januar 1992 in Kraft getretene Änderung der Anordnung des Verwaltungsrats der Bundesanstalt für Arbeit zur Förderung der Arbeitsaufnahme kann Arbeitgebern jetzt auch für die unbefristete Einstellung eines ehemals Drogenabhängigen Eingliederungsbeihilfe in Form eines Lohnkostenzuschusses gewährt werden.

Im Rahmen des Modellprogramms „Aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Abhängige“, das von 1984 bis 1990 durchgeführt wurde, wurden aufsuchende Sozialarbeit/Streetwork, Wohngruppen- und Arbeitsprojekte modellhaft erprobt. Aufsuchende Sozialarbeit, Wohngruppen und Arbeitsprojekte wurden von den langjährig Drogenabhängigen gut angenommen.

Insgesamt wurden 907 Personen betreut. Von diesen Klienten waren in der Nachuntersuchung (Stichtag 31. Dezember 1989) 46 % abstinent von harten Drogen, 47 % lebten in einem drogenfreien sozialen Milieu, 53 % hatten eine Arbeitsstelle oder waren in Ausbildung. Es konnten also Ansätze entwickelt werden, die auch bei diesen schwierigen Klienten deutliche Erfolge zeigen. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, daß diese vom

Bund nur modellhaft geförderten Stellen dieses Programms fast vollständig in die Regelfinanzierung der Länder und Sozialleistungsträger übergegangen sind.

1989 wurde als eine Ergänzung des Modells „Stationäre Krisenintervention“ das Modellprogramm „Betreutes Wohnen“ begonnen und 1990 erweitert. Von ursprünglich zwölf Einrichtungen konnte die Förderung des Bundes auf 25 Einrichtungen mit 218 Plätzen ausgebaut werden. Durch das Modell wird die letzte Phase der Langzeittherapie abgekoppelt. Der Klient erhält weitgehende Selbständigkeit, und seine Lebenssituation wird dadurch möglichst der Realität angepaßt, um Rückfällen gezielter vorzubeugen. Das Modell soll 1992 auslaufen. Mit den Ländern laufen bereits Gespräche zur Übernahme der Finanzierung.

In der Entschuldung Drogenabhängiger ist bundesweit vor allem die Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige tätig.

Durch die tatkräftige Hilfe von Marianne Freifrau von Weizsäcker war es möglich, die Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige e. V. zu gründen und aus Spendenmitteln ein Kapital zu schaffen, das die Arbeitsaufnahme ermöglichte. Diese Stiftung Integrationshilfe gewährt unter bestimmten Voraussetzungen ehemals Drogenabhängigen Hilfen zur Entschuldung. Seit Januar 1991 fördert der BMG die Fachkraft der Stiftung, damit die entsprechenden Anträge korrekt abgewickelt und bewilligt werden können.

Seit diesem Zeitraum wurden 379 Anfragen an die Stiftung gestellt. In 125 Fällen kam es zu konkreten Anträgen auf Unterstützung bei Umschuldungen und Existenzgründungen. Bewilligt wurden bisher 59 Anträge, überwiegend handelt es sich um Bürgschaften, gefolgt von Darlehen und Zuschüssen.

Diese für die soziale Reintegration von ehemaligen Drogenabhängigen überaus wichtige Einrichtung hat sich schon nach so kurzer Zeit sehr bewährt.

11. Plant die Bundesregierung, in einem „Modellprogramm Nachsorge“ wesentliche Hilfen zur Sicherung des Therapieerfolges zu entwickeln, die am jeweiligen Therapieansatz orientiert sind?

Die Bundesregierung plant derzeit kein Modellprogramm „Nachsorge“.

12. Welche Mittel stellt die Bundesregierung für gesundheitliche und soziale Hilfsmaßnahmen zur Verfügung?

Die Bundesregierung stellt 1993 speziell für den Suchtbereich 56 Mio. DM zur Verfügung, 22,3 Mio. DM stehen davon der Prävention, 28,5 Mio. DM insbesondere für Modellvorhaben im Bereich der Hilfen für Drogenabhängige sowie der Forschung zur Verfügung. Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang auch auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

Wie stellt die Bundesregierung sicher, daß gesundheitliche und soziale Hilfen so zur Verfügung gestellt werden, daß die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland gewährleistet ist?

Die Bundesregierung bemüht sich, Hilfen auch bedarfsgerecht und an den Bedürfnissen der Zielgruppen orientiert zur Verfügung zu stellen. In der Entwicklung von Modellvorhaben im Bereich Sucht z. B. zeigt sich, daß aufgrund unterschiedlicher Vorerfahrungen und unterschiedlicher struktureller Bedingungen zwischen neuen und alten Bundesländern eine „Gleichmacherei“ nicht angebracht wäre, weil diese an den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der Zielgruppen vorbeigeht. Während z. B. in den alten Ländern niedrigschwellige Hilfen zum Überleben von Abhängigen im Rahmen eines insgesamt ausgebauten Drogenhilfesystems im Vordergrund stehen, sind bei den neuen Ländern erst die Grundvoraussetzungen für die Schaffung eines Drogenhilfesystems zu erfüllen.

13. Welche Mittel stellt die Bundesregierung für die unverzichtbare Arbeit der freien Verbände der Drogenhilfe im Bereich Fortbildung, Konzeptentwicklung, Forschung und Dokumentation zur Verfügung?

Wie wird den gestiegenen Anforderungen in diesem Bereich Rechnung getragen?

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren als Dachverband der in der Suchtkrankenhilfe tätigen Verbände erhielt im Haushaltsjahr 1991 für den institutionellen Haushalt 1,05 Mio. DM. An Projektmitteln zur Durchführung von Projekten für Fortbildung, Dokumentationen u. ä. erhielt die DHS im Jahr 1991 527 600 DM.

Das Fördervolumen für das Haushaltsjahr 1992 beträgt für den institutionellen Haushalt 1,08 Mio. DM. An Projektmitteln wurde der Ansatz aufgrund der erweiterten Tätigkeiten in den neuen Ländern erneut erheblich erhöht. Ein genauer Überblick kann erst nach Abschluß des Haushaltsjahres gegeben werden. Trotz der angespannten Haushaltslage ist die Bundesregierung durch eine Mittelserhöhung bemüht, den gestiegenen Anforderungen Rechnung zu tragen.

14. Welche Auswirkungen wird der Wegfall von ABM-Mittel haben für die Beratung, Therapie und Nachsorge Drogenabhängiger?

Der Mittelansatz für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in den alten Bundesländern im Haushaltsjahr 1992 ist vor dem Hintergrund der enormen Finanzierungsleistungen in der Arbeitsmarktpolitik in den neuen Bundesländern zu sehen. Dennoch stehen allein für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in den alten Bundesländern im Jahr 1992 an Ausgabemitteln und Verpflichtungsermächtigungen 3,290 Mrd. DM zur Verfügung. Davon werden allerdings 1,601 Mrd. DM für die Abwicklung von bereits 1991 bewilligten Maßnahmen be-

nötigt. Für Neubewilligungen stehen 1992 rd. 1,689 Mrd. DM bereit.

Derzeit lassen sich noch keine konkreten Aussagen darüber treffen, wie viele Personen 1992 im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in den alten Bundesländern gefördert werden können. Der Bundesregierung liegen im übrigen keine umfassenden Angaben darüber vor, in welchem Umfang Mittel für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen bei der Beratung, Therapie und Nachsorge Drogenabhängiger eingesetzt und wie viele Personen in diesem Bereich gefördert werden. Aussagen zu einem möglichen Rückgang des Förderumfangs sind daher nicht möglich.

Für den Bereich, in dem Rehabilitationsbehandlungen durch die Rentenversicherung durchgeführt werden, sind durch den Wegfall der ABM-Mittel keine Auswirkungen bei der Entwöhnung Drogenabhängiger zu erwarten, da die belegten Einrichtungen der stationären und ambulanten Entwöhnung über eine Mindestanzahl an hauptamtlichen Mitarbeitern verfügen müssen.

Im Rahmen des Modellprogramms „Mobile Drogenprävention“ sind über die Fachkräfte des Bundesprogramms hinaus weitere Mitarbeiter auf ABM-Stellen eingestellt worden. Dies hat sich als schwierig und die Kontinuität der Arbeit störend erwiesen. Der BMG hat deshalb zusätzlich 6 ABM-Stellen als feste Modellstellen für die Laufzeit des Modells übernommen.

IV. Ermittlung und Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität

1. Wie weit ist die Zusammenlegung der Datenverarbeitungssysteme Rauschgift beim Bundeskriminalamt (BKA) fortgeschritten?

Die terminliche Vorgabe des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes, die DV-Systeme „Falldatei Rauschgift“ und „Arbeitsdatei PIOS-Rauschgift“ zu einem anwenderfreundlichen DV-System bis Ende 1992 zusammenzufassen, kann nicht eingehalten werden. Die von der Konferenz der Innenminister (IMK) und deren Arbeitskreis II (AK II) beschlossenen „Grundsätze für die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der polizeilichen Datenverarbeitung im Rahmen des Informationssystems der Polizei“ (sog. INPOL-Grundsätze) sehen die Realisierung einer Falldatei für Straftaten von länderübergreifender Bedeutung vor, mit der auch die fachlichen Bedürfnisse im Rauschgiftbereich abgedeckt werden sollen. Gemäß AK II-Beschluß vom 29. Januar 1992 ist seit dem 4. Mai 1992 eine Bundesländer-Projektgruppe installiert mit dem Auftrag, bis Ende 1992 ein Grobkonzept für INPOL-bezogene polizeiliche Anwenderbedürfnisse zu erstellen. Bevor nicht die Ergebnisse dieser Projektgruppe vorliegen, werden neue DV-Anwendungen nicht realisiert, die eine Falldatei für Straftaten von länderübergreifender Bedeutung tangieren bzw. präjudizieren. Nach einer Entscheidung in den zuständigen Gremien über die Realisierung und Priorität einer Falldatei für Straftaten von länderübergreifender Bedeutung oder ggf. einer anderen DV-Anwendung für den Bereich Rauschgift ist mit einer Planungs-, Realisierungs- und Einführungszeit von mindestens drei Jahren zu rechnen.

2. Kann die Bundesregierung einen Sachstandsbericht geben über die Konzeptionsarbeiten des BKA und das Zoll-Kriminalinstitut im Bereich des Transport- und Verkehrsgewerbes?

Das Zollkriminalamt (ZKI – jetzt ZKA) ist beauftragt, ein mit dem Bundeskriminalamt abgestimmtes Konzept zur Informationsgewinnung aus dem Bereich des Transport- und Verkehrsgewerbes zu entwickeln.

Nach einer ersten Berichterstattung auf der 24. Sitzung der Kommission Rauschgift am 3./4. Oktober 1990 wurde durch den Vertreter des Zolls zu dieser Thematik auf der 28. Sitzung der Kommission Rauschgift am 12./13. Februar 1992 erneut vorgetragen. Auf internationaler Ebene werden zunehmend zwischen dem Brüsseler Zollrat (CCC) und den relevanten internationalen Verbänden sog. „Memoranda of Understanding“ abgeschlossen. Bei diesen internationalen Vereinbarungen handelt es sich regelmäßig um Rahmenbedingungen, die im nationalen Bereich mit den jeweiligen Verbänden, Firmen und Gesellschaften umgesetzt werden müssen. Zur Berücksichtigung polizeilicher Positionen beim Abschluß von „Memoranda of Understanding“ sind in Kürze Abstimmungsgespräche zwischen dem Zoll und der Geschäftsführung der Kommission Rauschgift geplant.

Im Bereich der Zollverwaltung wurden bislang zwei derartige Vereinbarungen geschlossen (Verband Deutscher Reeder, Flota Mercante Gran Colombiana). Noch in diesem Jahr sollen weitere Vereinbarungen dieser Art geschlossen werden (z. B. mit LUFTHANSA, Verband Deutscher Binnenschiffer u. a.). Hierfür wurde eine besondere Arbeitsgruppe eingerichtet.

In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, daß aufgrund eines Beschlusses der Regierungschefs der G 7-Staaten vom Juni 1991 beim Brüsseler Zollrat im November 1991 eine gemeinsame Konferenz mit dem Beförderungsgewerbe zur Intensivierung der Zusammenarbeit unter Beteiligung der deutschen Zollverwaltung stattgefunden hat. Eine dabei eingesetzte Arbeitsgruppe hat unter maßgebender Mitwirkung des Zollkriminalamtes Empfehlungen für eine Verbesserung der Kooperation erarbeitet.

3. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um den Beschluß des Europäischen Rates vom Juni 1991 über polizeiliche Zusammenarbeit umzusetzen?

Die Bundesregierung hat im Rahmen der Regierungskonferenz zur Politischen Union einen detaillierten Textvorschlag für eine Rechtsgrundlage von EUROPOL vorgelegt, die diese Einrichtung als Institution der Gemeinschaft in den EG-Verträgen verankern sollte. Der mit den Bundesländern abgestimmte Vorschlag sah eine konkrete Aufgabenbeschreibung für EUROPOL sowie Erfahrungsbestimmungen zur Erfolgskontrolle und sukzessiven Erweiterung von EUROPOL vor. Er konnte indes gegen die einhellige Ablehnung der übrigen EG-Mitgliedstaaten nicht durchgesetzt werden. Im übrigen beteiligt sich die Bundesregierung maßgeblich an den auf der Grundlage der Regierungszusammenarbeit erfolgenden Errichtungsarbeiten von EUROPOL.

Insofern wird auf die Beantwortung von Frage IV. 4 verwiesen.

4. Wie ist der Stand der Errichtung einer europäischen kriminalpolizeilichen Zentralstelle EUROPOL?

EUROPOL soll zunächst die Aufgabe übertragen werden, den Austausch von Informationen über den Drogenbereich sicherzustellen. Der Europäische Rat hat die TREVI-Minister beauftragt, im Benehmen mit der Kommission die erforderlichen Maßnahmen für eine möglichst rasche Errichtung von EUROPOL zu treffen.

Die im Rahmen der TREVI-Kooperation geleisteten Vorarbeiten sehen einen stufenweisen Aufbau von EUROPOL vor. Die erste Stufe besteht in der Bildung der sog. EUROPOL-Drogeneinheit (EDU). Eine schrittweise Ausdehnung der Tätigkeitsbereiche von EUROPOL auf die Bekämpfung anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität soll sich anschließen. Deren Festlegung wird anhand noch zu bestimmender Kriterien zu erfolgen haben. Eine Erweiterung der Befugnisse von EUROPOL wird zu prüfen sein.

Auf der Sitzung am 11./12. Juni 1992 haben die TREVI-Minister beschlossen, einen Aufbaustab zur Errichtung von EUROPOL unter deutscher Verantwortlichkeit ins Leben zu rufen. Dieser TREVI-Ministerbeschluß wurde vom Europäischen Rat im Juni 1992 in Lissabon bestätigt. Zugleich hat der Europäische Rat ferner darum ersucht, das erforderliche Abkommen zur Schaffung von EUROPOL auszuarbeiten. Die entsprechenden Beratungen dauern an. Der Aufbaustab hat seine Tätigkeit zum 1. September 1992 in Straßburg aufgenommen. Er hat die Aufgabe, den Arbeitsbeginn von EUROPOL vorzubereiten. Dazu hat er seine Arbeit in folgende Bereiche gegliedert:

- Internationale fachliche Koordinierung,
- Datenverarbeitung/Fernmeldewesen,
- Intelligence-Arbeit/weitere Kriminalitätsbereiche,
- Personal und Management,
- Finanzen/Sicherheit/Logistik.

Der unter deutscher Leitung stehende Aufbaustab wird von Beamten aus den Ländern Frankreich, Niederlande, Großbritannien, Italien, Belgien, Spanien, Dänemark sowie Beamten des Bundeskriminalamtes und der Bundesländer unterstützt. Eine Entscheidung über den endgültigen Standort von EUROPOL wurde noch nicht getroffen.

5. Kann die Bundesregierung Auskunft geben über die Anzahl von Ermittlungs- und Strafverfahren gegen Drogenverbraucherinnen und Drogenverbraucher, die eine Freiheitsstrafe von höchstens zwei Jahren zu erwarten haben?

Angaben über die Zahl von Ermittlungs- und Strafverfahren gegen Betäubungsmittelverbraucherinnen und Betäubungsmittelverbraucher, die eine Freiheitsstrafe

von höchstens zwei Jahren zu erwarten haben, sind in der Strafverfolgungsstatistik nicht enthalten. Die Strafverfolgungsstatistik gibt lediglich Auskunft über die nach dem Betäubungsmittelgesetz mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren Verurteilten.

Aus einer auf Veranlassung des Bundesministers der Justiz beim Bundeszentralregister durchgeführten Erhebung ergibt sich, daß im Jahr 1990 dort 5 605 Meldungen über Freiheitsstrafen bis zu zwei Jahren mit Feststellung der Betäubungsmittelabhängigkeit eingegangen sind.

Wie viele Ermittlungsbeamte und Staatsanwälte sind mit wieviel Prozent ihrer Arbeitszeit hiermit beschäftigt?

Zur Anzahl der Ermittlungsbeamten und Staatsanwälte, die mit der Bearbeitung solcher Strafverfahren befaßt sind, liegen dem Bundeskriminalamt keine Erkenntnisse vor.

Mit welchem Prozentsatz ihrer Arbeitskraft Ermittlungsbeamte und Staatsanwälte mit Ermittlungs- und Strafverfahren gegen Betäubungsmittelverbraucherinnen und Betäubungsmittelverbraucher beschäftigt sind, die eine Freiheitsstrafe von höchstens zwei Jahren zu erwarten haben, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Mangels entsprechender statistischer Erhebungen liegen auch den Landesjustizverwaltungen keine aussagekräftigen Erkenntnisse zu dieser Frage vor. Die „Anordnungen über Organisation und Dienstbetrieb bei der Staatsanwaltschaft (OrgStA)“ der Länder – die von diesen zur Zeit überarbeitet werden – sehen vor, daß u. a. Betäubungsmittelstrafsachen (ältere Fassungen: Rauschgiftstrafsachen) wegen der für ihre Bearbeitung erforderlichen besonderen Kenntnisse und Erfahrungen in der Hand bestimmter Sachbearbeiter vereinigt werden sollen. Diese haben aber in der Regel das Gesamtfeld – und eventuell weitere Delikte – zu bearbeiten.

6. Was hat die Bundesregierung dazu bewogen, neben der bewährten Arbeit der Rauschgiftverbindungsbeamten des BKA zusätzlich den Bundesnachrichtendienst (BND) mit der Beobachtung und Aufklärung des internationalen Rauschgift-handels zu beauftragen?

Wie wird sichergestellt, daß Doppelarbeit vermieden und der erforderliche Informationsaustausch gewährleistet wird?

Vor dem Hintergrund des an den Bundesnachrichtendienst ergangenen Aufklärungsauftrages haben Bundesnachrichtendienst und Bundeskriminalamt Zielvorstellungen/Leitlinien zur beiderseitigen Zusammenarbeit vereinbart, um ein kontraproduktives Nebeneinander zu vermeiden und die Möglichkeiten des BND in die Rauschgiftbekämpfung effektiv einfließen zu lassen. Gegenstand dieser Regelungen sind insbesondere auch die Gewährleistung des erforderlichen Informationsaustausches und die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche von Rauschgiftverbindungsbeamten des Bun-

deskriminalamtes und Residenten des Bundesnachrichtendienstes:

Wie werden die Aufgabenbereiche zwischen Rauschgiftverbindungsbeamten und Bundesnachrichtendienst abgegrenzt?

Die Regelungen zur Aufgabenabgrenzung zwischen Verbindungsbeamten des Bundeskriminalamtes und Residenten des Bundesnachrichtendienstes wurden zusätzlich zwischen dem Bundesminister des Innern und dem Chef des Bundeskanzleramtes abgestimmt. Seitens des Bundeskriminalamtes ist vorgesehen, hierzu eine Dienstanweisung zu erlassen.

Darüber hinaus finden kontinuierlich Treffen zur Erörterung von Zusammenarbeitsfragen auf Leitungs- und Arbeitsebene zwischen Bundeskriminalamt und Bundesnachrichtendienst statt.

7. Welche finanziellen Mittel wendet die Bundesregierung zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf?

Der BMF wendet für den Bereich der Zollverwaltung im Haushaltsjahr 1992 voraussichtlich folgende Mittel zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf:

Der BMF wendet für den Bereich der Zollverwaltung im Haushaltsjahr 1992 voraussichtlich folgende Mittel zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf:

Personalkosten	ca. 110 Mio. DM
Ausstattung und Ausrüstungsgegenstände	4,5 Mio. DM
DV-technische Unterstützung	1,1 Mio. DM
Sonstige sächliche Verwaltungsausgaben	1,25 Mio. DM
Aus- und Fortbildung	0,05 Mio. DM

8. Welche Finanz- und Sachmittel stellt die Bundesregierung für die Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität in den Erzeuger-, Handels- und Transitländern zur Verfügung?

Im Rahmen des Ausstattungshilfeprogramms 1992 bis 1994 erhalten 11 Länder Sachleistungen und Ausbildungshilfen im Gesamtwert von insgesamt bis zu 31 Mio. DM zur Unterstützung für die Rauschgiftbekämpfung. Vertreten sind sowohl Herstellungsländer als auch reine Transitländer (Ägypten, Bulgarien, CSFR, Polen, Ungarn), wobei auch bei ersteren die Hauptzielrichtung der Hilfe auf der Verhinderung des Transits liegen kann, z. B. Brasilien, Ecuador und Türkei. Die Ausstattungshilfe erfolgt in Form materieller Leistungen, wobei Fahrzeuge (Land, See und Luft), Funkgeräte, Informationstechnik und kriminaltechnisches Gerät die Schwerpunkte darstellen.

Die Haushaltsmittel sind im Haushalt des Bundes unter Kapitel 05 02 Titel 686 23 ausgewiesen. Der Einzelplan 08 (BMF) enthält keinen eigenen Titel für die o. a. Zwecke.

Der dem Bundeskriminalamt darüber hinaus zur Verfügung stehende Haushaltstitel für Materiallieferungen für Ad-hoc-Maßnahmen und Ausbildungshilfe beträgt für 1992 insgesamt 5 Mio. DM.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit stellt jährlich bis zu 1 Mio. DM für Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter der Rauschgiftbekämpfungsbehörden in Entwicklungsländern zur Verfügung.

In den Jahren 1990 bis 1992 wurden durch das Bundeskriminalamt insgesamt mehr als 65 Stipendiaten ausländischer Rauschgiftbekämpfungsbehörden über mehrere Monate in Deutschland ausgebildet. Ferner wurden Rauschgiftlehrgänge vor Ort durchgeführt wie z. B. in Brasilien, Costa Rica, Ägypten. Die Ausbildungsmaßnahmen sollen insgesamt weiter verstärkt werden, wobei künftig Osteuropa einen Schwerpunkt bilden soll.

Wie stellt sie sicher, daß diese Mittel für den beabsichtigten Zweck eingesetzt werden?

Diese Mittel werden vom Bundesminister des Innern bewirtschaftet (Fremdbewirtschafter). Der Bundesminister des Innern schließt mit den Empfängerländern Vereinbarungen über die Gewährung einer Ausstattungshilfe ab. Bestandteil dieser Vereinbarung ist die Zweckbestimmung „für Rauschgiftbekämpfungsbehörden“.

In der Durchführungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Gewährung einer Ausstattungshilfe wird die konkrete Ausgestaltung der Hilfe in Form von Materiallieferungen oder Ausbildung beschrieben, wobei der Bundesminister des Innern auf die Zweckdienlichkeit der Maßnahmen für die Rauschgiftbekämpfung und auf die bestimmungsgemäße Verwendung der Ausstattungshilfe achtet. Durch die Höchstbetragsklausel in den Vereinbarungen über die Gewährung einer Ausstattungshilfe besteht die Möglichkeit, die Unterstützungsmaßnahmen einzustellen, wenn die zweckentsprechende Verwendung nicht sichergestellt wird.

Das Bundeskriminalamt verfügt darüber hinaus für das Jahr 1992 über Haushaltsmittel zur eigenen Bewirtschaftung für die Ausbildungs- und Ausbildungshilfe sogenannter ausländischer Rauschgiftbekämpfungsbehörden in Höhe von 5,35 Mio. DM. Die Mittel werden in der Art einer „Soforthilfe“ von Polizei- zu Polizeibehörde zur Verfügung gestellt. Der zweckbestimmte Gebrauch wird durch unmittelbare Zulieferung der Ausstattungsgegenstände an den Nutzer sichergestellt. Die zweckgerechte Verwendung dieser Mittel wird durch die Rauschgiftverbindungsbeamten des Bundeskriminalamtes vor Ort sichergestellt sowie anläßlich von Dienstreisen in die unterstützten Länder.

Typische zur Verfügung gestellte Sachmittel, die ausschließlich der Rauschgiftbekämpfung dienen, sind z. B. Rauschgift-Untersuchungslabors und Rauschgift-Testsätze.

Dem Bundesminister des Innern stehen zur Ausbildung von Polizeioffizieren ausländischer Rauschgiftbekämpfungsbehörden in Entwicklungsländern für das Jahr 1992 zusätzlich Mittel des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit (MBZ) in Höhe von 1 Mio. DM zur Verfügung. Mit diesen Mitteln werden Rauschgiftlehrgänge vor Ort sowie Stipendiatenprogramme in Deutschland durchgeführt.

Unabhängig davon hat der BMF verschiedenen mittel- und osteuropäischen Staaten zur Bekämpfung des Rauschgiftschmuggels Röntgengeräte ungarischer Bauart aus Überbeständen der ehemaligen DDR-Zollverwaltung kostenlos überlassen. Die Gefahr der nicht zweckgerechten Verwendung dieser Sachmittel erscheint im Hinblick auf die bauart- und einsatzbedingte Ausstattung der Geräte gering. Besondere Maßnahmen zur Überwachung, ob die Geräte dem vorgesehenen Einsatzzweck zugeführt werden, sind daher nicht vorgesehen.

Weiter werden ausländische Zoll- und Polizeihundeführer bei der deutschen Zollverwaltung in Lehrgängen zur Rauschgiftbekämpfung unter Einsatz von Spürhunden im Rahmen verfügbarer Kapazitäten in Deutschland ausgebildet. Für Unterbringung und Verpflegung werden die Selbstkosten erhoben. Bei einer Quantifizierung des Nutzens, den die einzelnen Verwaltungen aus diesen gewährten Vergünstigungen ziehen, wäre je Hundeführer und Lehrgang von einem Betrag von ca. 850 DM auszugehen (indirekte Bereitstellung von Finanzmitteln). Seit 1988 wurden insgesamt 48 ausländische Diensthundeführer ausgebildet.

9. Wie hoch sind die durch den Drogenhandel im Bereich der Bundesrepublik Deutschland erzielten Umsätze und Gewinne?

Die durch den Drogenhandel im Bereich der Bundesrepublik Deutschland erzielten Umsätze und Gewinne belaufen sich nach Schätzungen des Bundeskriminalamtes auf mindestens 2 Mrd. DM.

Wieviel davon wurde in den letzten fünf Jahren abgeschöpft?

Statistiken über die Höhe der in den letzten fünf Jahren abgeschöpften Gewinne aus illegalen Betäubungsmittelgeschäften liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Strafverfolgungsstatistik weist für 1990 bei 692 363 Urteilen in 13 570 Fällen die Anordnung von Verfall und Einziehung aus, wovon 6 697 Anordnungen auf den Betäubungsmittelbereich entfallen.

10. Rechnet die Bundesregierung mit einer Ausweitung des Handels und Gebrauchs synthetischer Drogen, falls es gelingt, den Drogenhandel mit Drogen auf pflanzlicher Basis substantiell einzuschränken?

Die Bundesregierung strebt an, sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite aller Drogen, sowohl der

pflanzlichen als auch der synthetischen, soweit wie möglich einzuschränken. Realistischerweise kann man aber derzeit nicht davon ausgehen, in absehbarer Zeit den Handel mit Drogen, auf pflanzlicher Basis auf nahezu Null zu reduzieren.

Riesige Mohnanbauflächen in der Ukraine und in anderen GUS-Staaten lassen befürchten, daß sich der Zufuhrdruck auf den europäischen und damit auf den deutschen Markt in den nächsten Jahren sogar noch erheblich verstärken wird.

Synthetische Rauschgifte, insbesondere Amphetamine, nehmen bereits einen festen Platz in der Rauschgiftszene ein. In osteuropäischen Staaten rangieren synthetische Rauschgifte vor herkömmlichen Rauschgiften wie Kokain, Heroin und Cannabisprodukten. In der Bundesrepublik Deutschland lagen die Sicherstellungsmengen synthetischer Rauschgifte in den letzten Jahren zwar nur bei durchschnittlich 80 kg, die hohe Zahl der polizeilich erfaßten Amphetamin-erstkonsumenten (1991: 1 588) verdeutlicht jedoch das hohe Gefahrenpotential.

Aus der Sicht der Bundesregierung ist – unabhängig von der möglichen Einschränkung des Drogenhandels mit Drogen auf pflanzlicher Basis – mit einer Ausweitung des Handels und Gebrauchs synthetischer Drogen zu rechnen.

11. Bietet das geltende Strafrecht Möglichkeiten, bestimmte Formen der Geldwäsche zu bestrafen?
Wie oft wurde davon in den letzten fünf Jahren Gebrauch gemacht?

Geldwäsche läßt sich umschreiben als systematische Tarnung illegal erworbener Vermögensgegenstände mit den Mitteln des legalen Finanz- und Wirtschaftsverkehrs, um sie dem Zugriff der Strafverfolgungsorgane zu entziehen und in ihrem wirtschaftlichen Wert zu erhalten. Die Strafvorschriften in § 129 StGB (Unterstützung einer kriminellen Vereinigung), § 257 StGB (Begünstigung), § 258 StGB (Strafvereitelung) und § 259 StGB (Hehlerei) reichen nicht aus, um die vielfältigen Erscheinungsformen der Geldwäsche wirksam zu bekämpfen. Deshalb wurde durch Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels und anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität vom 15. Juli 1992 (BGBl. I S. 1302, 1304) eine neue Strafvorschrift gegen Geldwäsche als § 261 in das Strafgesetzbuch eingeführt. Das Gesetz ist am 22. September 1992 in Kraft getreten.

Die Strafverfolgungsstatistik enthält keine Angaben darüber, ob Verurteilungen nach Strafvorschriften des bisher geltenden Rechts Erscheinungsformen der Geldwäsche betreffen.

V. Anbausubstitution

1. Hat die Bundesregierung Anhaltspunkte über den Anteil am Bruttosozialprodukt, den das Drogengeschäft in den Drogenanbauländern ausmacht?

Der Umfang der vom illegalen Drogengeschäft dominierten Schattenwirtschaft – gemessen am offiziell ausgewiesenen Inlandsprodukt (ohne Schattenwirtschaft) – wird in Peru auf 50 bis 100 %, in Kolumbien auf 30 bis 40 %, in Bolivien auf 50 bis 70 % und in Pakistan auf 30 % geschätzt. Auch die Abhängigkeit der formellen Wirtschaft von Devisenerlösen aus dem illegalen Rauschgiftgeschäft ist in diesen Ländern stark ausgeprägt. Nach Kolumbien fließen etwa 1,5 Mrd. US-\$, nach Peru 600 bis 800 Mio. US-\$, nach Bolivien 750 Mio. US-\$ und nach Pakistan 1 Mrd. US-\$ zurück.

2. Kann die Bundesregierung Auskunft geben, welche Staaten, außer der Bundesrepublik Deutschland, Anbausubstitution in Drogenanbauländern wie Kolumbien, Ecuador, Peru, Bolivien, Thailand, Pakistan u. a. fördern und welche finanziellen Mittel von diesen Staaten zur Verfügung gestellt werden?

Die Bundesregierung verfügt über keine umfassenden Angaben, welche Staaten Anbausubstitutionsprogramme in den genannten Ländern fördern und welche Mittel sie dafür zum Einsatz bringen. Wie die Bundesrepublik Deutschland selbst, stellen viele westliche Länder der UNDCP Mittel zur Verfügung, um solche Programme durchzuführen. Dies gilt insbesondere für Italien, die USA, Norwegen, Schweden, Australien und die Mehrzahl der EG-Staaten. Darüber hinaus gibt es vornehmlich von den USA, aber auch gelegentlich von anderen Ländern eigene bilaterale Projekte. So unterstützen die USA z. B. ländliche Entwicklungsprojekte zur Anbausubstitution in Pakistan in Höhe von 65 Mio. US-\$, in Bolivien für Anbausubstitutionsprogramme in Höhe von 118,5 Mio. US-\$. Andere Geberländer sind zumeist mit kleineren Beträgen in Anbausubstitutionsprogrammen engagiert, z. T. durch Unterstützung von Projekten von Nicht-Regierungsorganisationen.

3. Welche finanziellen Mittel hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren über den Drogenkontrollfonds der Vereinten Nationen (UNFDAC) bzw. seiner Nachfolgeorganisation UNDCP bereitgestellt?

In den vergangenen Jahren wurden von Seiten des BMZ Neuverpflichtungen in Höhe von insgesamt 33,5 Mio. DM für Treuhandvorhaben zur Drogenbekämpfung in Lateinamerika (Bolivien, Peru, Kolumbien), Asien (Pakistan, Thailand, Laos) und Afrika (überregional) eingegangen.

Das Bundesministerium für Gesundheit leistete an UNDCP (bzw. UNFDAC) in dem Zeitraum von 1980 bis 1992 folgende finanziellen Beiträge:

1980:	2	Mio. DM
1981:	1,8	Mio. DM
1982:	1	Mio. DM
1983:	1,088	Mio. DM
1984:	2	Mio. DM

1985:	2,2	Mio. DM
1986:	3,2	Mio. DM
1987:	3,2	Mio. DM
1988:	3,104	Mio. DM
1989:	3,2	Mio. DM
1990:	3,2	Mio. DM
1991:	5	Mio. DM
1992:	5	Mio. DM.

4. Welche Mittel stellt die Bundesregierung in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit mit dem speziellen Ziel der Anbausubstitution in welchen Anbauländern zur Verfügung?

Im Zeitraum von 1989 bis 1991 wurden bilateral für Anbausubstitutionsvorhaben für Bolivien 59 Mio. DM, für Peru 50 Mio. DM, für Thailand 9 Mio. DM und für Kolumbien 4 Mio. DM zugesagt.

5. Um welche Art von Projekten handelt es sich in den verschiedenen Anbauländern, die mit bundesdeutscher Entwicklungshilfe gefördert werden?

a) Anbausubstitutionsvorhaben:

Im Rahmen von Programmen zur ländlichen Entwicklung versucht die Bundesregierung, für die Produzenten von Drogenpflanzen alternative und legale Einkommensmöglichkeiten zu schaffen. Diese „Anbausubstitutionsvorhaben“ zielen auf eine Beseitigung der wirtschaftlichen und sozialen Ursachen des illegalen Rauschgiftpflanzenanbaus in weitgehend unerschlossenen Regionen ab. Bei der Einführung alternativer Feldfrüchte zur Diversifikation der Produktion bzw. bei der Verbesserung der Produktionsverfahren traditioneller Kulturen sind flankierende Maßnahmen zur Stärkung der Infrastruktur und des Vermarktungswesens unabdingbar, um die Regionen an reguläre Bezugs- und Absatzmärkte anzuschließen. Begleitend – zur Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen – muß auch die soziale Infrastruktur durch den Bau und Erhalt von Schulen und medizinischen Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Ferner unterstützt die Bundesregierung Vorhaben zur Landnutzungsplanung und beteiligt sich an der Erarbeitung realistischer Strategien zur Eindämmung des Angebotes von Drogenpflanzen, da es sich gezeigt hat, daß in den entsprechenden Regionen oft diese grundlegenden Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Politik fehlen.

b) Vorhaben zur Prävention von Drogenkonsum:

Der sich rasant ausweitenden Drogenszene in den riesigen Metropolen der Entwicklungsländer und dem steigenden Drogenkonsum auch in ländlichen Regionen begegnet die Bundesregierung durch Unterstützung von Aufklärungs- und Informationskampagnen und in geringerem Maße durch Rehabilitationsmaßnahmen von Drogensüchtigen.

Welche Erfolge haben diese Projekte nach Meinung der Bundesregierung gezeigt?

Kurzfristige Erfolge können bei Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebotes und Drogenkonsums nicht erwartet werden. In bereits länger laufenden Vorhaben wie beispielsweise im Bergregionenentwicklungsprojekt in Nordthailand (Projektbeginn 1981) und in dem mit deutschen Treuhandmitteln finanzierten Ersatzanbauprojekt im kolumbianischen Cauca-Tal konnte in den Projektregionen die Anbaufläche der Drogenpflanzen in beachtlichem Umfang reduziert werden. Im thailändischen Projekt wurde ein Rückgang auf 20 %, im kolumbianischen Vorhaben auf 30 bis 35 % der ursprünglichen Anbaufläche erreicht.

6. Welche Chancen räumt die Bundesregierung Anbausubstitutionsprogrammen zur Reduzierung des Rauschgiftangebotes ein?

Anbausubstitutionsvorhaben können nur dann nachhaltig erfolgreich sein, wenn es gelingt, parallel zur Angebotsreduzierung auch die Nachfrage nach Drogen und Drogenpflanzen zurückzudrängen. Andernfalls wird eine in gleichem Umfang fortbestehende Nachfrage durch zusätzliches Angebot aus anderen Regionen gedeckt und die Sinnhaftigkeit der Substitutionsmaßnahmen in Frage gestellt. Ferner hängen die Erfolgsaussichten derartiger Programme in entscheidendem Maße davon ab, ob sie isoliert oder eingebettet in eine in sich konsistente Strategie (z. B. Masterplan) durchgeführt werden. Neben den oft ungünstigen Rahmenbedingungen sind in vielen Regionen Sicherheitsaspekte sowie eine unzureichende Ernsthaftigkeit politischer Entscheidungsträger vor Ort wichtige Faktoren, welche die Chancen der Substitutionsprogramme beeinträchtigen. Zusammenfassend ist festzustellen, daß im Rahmen einer gleichzeitigen Nachfragereduzierung, einer in sich konsistenten nationalen Strategie sowie bei ernsthaftem politischem Willen zur Drogenbekämpfung in den Anbauländern den Anbausubstitutionsprogrammen gute Erfolgsaussichten eingeräumt werden können.

Die Bundesregierung vertritt ebenso wie UNDCP und alle Mitgliedstaaten die begründete Auffassung, daß die Anbausubstitutionsprogramme eines der wichtigsten Maßnahmen zur Reduzierung des Rauschgiftangebotes sind. Zum Teil enorm steigende oder auf hohem Niveau stagnierende Sicherstellungsmengen bei Heroin, Kokain und Cannabis machen deutlich, daß Drogenbekämpfungsmaßnahmen in den Herkunftsländern, aber auch in den vorgelagerten Transitländern, verstärkt notwendig sind. UNDCP hat zuletzt ca. 120 Projekte in 40 Drogenanbau- und Transitländern durchgeführt, um die Erzeugung und den Zustrom illegaler Drogen bereits weit vor unseren Grenzen zu stoppen. Ein wichtiges Ziel der Maßnahmen ist die Ersetzung des Anbaus der Drogenpflanzen durch andere geeignete Feldfrüchte. Darüber hinaus initiiert und koordiniert UNDCP den Ausbau einer landwirtschaftlichen Infrastruktur, Maßnahmen zur Vernichtung von Drogenpflanzungen oder deren Verhinde-

rung sowie Maßnahmen zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Drogenabhängigen. In vielen Fällen ist UNDCP der Wegbereiter langfristiger Programme zur integrierten Entwicklung des ländlichen Raumes im Rahmen von größeren Entwicklungshilfeprojekten. Zur Zeit bemüht sich UNDCP darum, seine Projektpalette auf möglichst viele Länder in Südamerika zur Zurückdrängung der Koka-Anpflanzungen auszuweiten.

7. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie weit Korruption und Repression die Anbausubstitutionsprogramme unterlaufen, und wie stellt sie sicher, daß die bereitgestellten Mittel tatsächlich zum Substitutionsanbau eingesetzt werden?

Bei Ersatzanbaumaßnahmen kommt es darauf an, die Nachhaltigkeit derartiger Vorhaben durch Stimulation des Selbsthilfewillens der Bevölkerung und der Förderung starker Produktivkomponenten zu erhöhen. Hierfür ist die Schaffung einer Vertrauensbasis bei der Zielgruppe unabdingbar, die nicht gefährdet werden darf. Der Bevölkerung ist klarzumachen, daß die jeweilige Regierung in Zukunft keinen Rauschgifanbau mehr dulden wird.

Hinsichtlich Korruption sind keine negativen Vorfälle bekannt. Die in der bundesdeutschen Entwicklungszusammenarbeit praktizierte sorgfältige Prüfung der Partnerorganisationen bzw. Projektträger hat dazu beigetragen, daß bisher keine Korruption oder Verdacht auf Korruption auftrat. Der Mittelabfluß erfolgt gestaffelt entsprechend den Projektvereinbarungen. Vor jeder Auszahlungsrunde wird geprüft, ob der jeweilige Partner seinen vertraglich geregelten Verpflichtungen nachgekommen ist.

8. Welche Überlegungen bestehen auf Seiten der Bundesregierung für langfristige Anbausubstitutionsprogramme im Rahmen der nationalen und internationalen Entwicklungspolitik?

Anbausubstitutionsprogramme sind eingebettet in Entwicklungsprozesse mit entsprechendem Zeitbedarf zu sehen und deshalb langfristiger Natur. Zukünftig wird es verstärkt darum gehen, die Substitutionen weniger als mechanischen Akt des Anlegens anderer Kulturen in den Drogenpflanzenanbaugebieten zu begreifen, sondern vielmehr als Prozeß bzw. als eine Kombination von Maßnahmen zu einer umfassenden Umgestaltung der bisherigen Drogenwirtschaft in einen auf legalen Aktivitäten basierenden Wirtschaftskreislauf.

9. Wie beurteilt die Bundesregierung die Bedingungen für den Absatz alternativer Erzeugnisse im internationalen Handel angesichts sinkender Rohstoffpreise und Handelsbeschränkungen?

Zukünftig wird es verstärkt notwendig sein, daß Anbauländer von Drogenpflanzen ihre Produktpalette erweitern. Dabei wird es nicht nur auf eine horizontale

Diversifizierung durch andere Produktarten ankommen, sondern es wird vor allem auch der vertikalen Diversifizierung durch Weiterverarbeitung von Rohstoffen zu Halb- und Fertigfabrikaten höhere Bedeutung zukommen müssen. In diesem Bereich ruht nach Einschätzung der Bundesregierung noch ein erhebliches Potential, insbesondere vor dem Hintergrund weltweit sinkender Rohstoffpreise. Dem versucht die Bundesregierung durch gezielte Förderung der Weiterverarbeitung landwirtschaftlicher Produkte in den Anbauregionen der Drogenpflanzen Rechnung zu tragen.

Welche Möglichkeiten sieht sie, um international auf eine Verbesserung der Exportbedingungen und Exporterlöse hinzuwirken?

In bezug auf eine notwendige Verbesserung der Exportbedingungen für Entwicklungsländer hofft die Bundesregierung auf einen positiven Ausgang der GATT-Verhandlungen. Ein Abbau der protektionistischen Handelsschranken würde den Entwicklungsländern mehr nützen als Erlösstabilisierungsmodelle. An der Ausarbeitung von Handelspräferenzen mit der EG für landwirtschaftliche Erzeugnisse war die Bundesregierung entscheidend beteiligt. In den aktuellen Verhandlungen zur künftigen Regelung der Bananenexporte setzt sich die Bundesregierung mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln dafür ein, daß die Entwicklungsländer ihre Exportchancen aufrechterhalten können.

10. Welche Schlußfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Ergebnis des Drogengipfels in San Antonio/Texas vom 26. und 27. Februar 1992, insbesondere im Hinblick auf die dort getroffene Übereinkunft, Europa und Japan um Verstärkung ihrer Hilfe bei der Drogenbekämpfung zu bitten?

Die Bundesregierung begrüßt die Anstrengungen, die die USA zusammen mit ihren südamerikanischen Partnern anläßlich des San Antonio-Gipfels verabredet haben, um der Drogenproblematik in ihren Ländern Herr zu werden. Mit den USA und Japan arbeitet die Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der Dublin-Gruppe intensiv auf dem Gebiet der Drogenbekämpfung zusammen; sie ist bemüht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten diese Kooperation und ihre Hilfeleistungen an die betroffenen Länder im Sinne der Aufforderung der Schlußerklärung des Drogengipfels in San Antonio/Texas zu verstärken.

Wie beurteilt sie die Möglichkeit, die auf EG-Ebene in Form von Präferenzabkommen mit einigen Anbauländern bestehenden Handelserleichterungen zu erweitern?

Die EG hat den Andenländern Bolivien, Ecuador, Peru und Kolumbien mit Wirkung vom 1. Januar 1991 für die Dauer von vier Jahren im Rahmen des Allgemeinen Präferenzsystems (APS) den Status von LDCs (low

developped countries = Entwicklungsländer) eingeräumt; am 16. Dezember 1991 hat der Rat die Ausdehnung der Präferenzen auf die Staaten Zentralamerikas beschlossen. Grund für die Ausdehnung waren die besorgniserregende Zunahme des Drogenanbaus, die politische und wirtschaftliche Instabilität sowie das bisherige Engagement der EG in der zentralamerikanischen Region. Die EG sieht das Zusammentreffen dieser drei Faktoren in anderen Anbauländern nicht als gegeben an. Außerdem hatten diejenigen EG-Mitgliedstaaten, die sich einer Ausdehnung der Präferenzen auf Zentralamerika unter Hinweis auf eine mögliche Aushöhlung des Allgemeinen Präferenzsystems widersetzt hatten, ihre Zustimmung von einer Erklärung der EG-Kommission abhängig gemacht, in der sich diese verpflichtet, den Rat so lange nicht mit weiteren Vorschlägen zu einer Ausdehnung der Präferenzregelung zu befassen, wie die Uruguay-Runde des GATT und die Beratungen über das künftige Allgemeine Präferenzsystem nicht abgeschlossen sind.

Die Bundesregierung schätzt deshalb die Möglichkeiten, die auf EG-Ebene einigen Anbauländern gewährten Zollpräferenzen auf andere Länder zu erweitern, gering ein.

VI. Innerstaatliche Umsetzung internationaler Verpflichtungen

1. Wann erfolgt die Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen?

Was ist der Sachstand der Vorbereitungen?

Voraussetzung für die Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen (im folgenden kurz: Übereinkommen) ist nach Artikel 59 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes die Zustimmung des Deutschen Bundestages in der Form eines Bundesgesetzes. Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines solchen Vertragsgesetzes sowie eines weiteren Gesetzes zur Ausführung des genannten Übereinkommens am 24. Juni 1992 beschlossen. Beide Gesetzentwürfe wurden nach Beteiligung des Bundesrates am 5. (Vertragsgesetz) bzw. 21. Oktober 1992 (Ausführungsgesetz) dem Präsidenten des Deutschen Bundestages mit der Bitte um Beschlußfassung übersandt. Sobald diese erfolgt ist, wird die Bundesregierung die Ratifizierung des Übereinkommens durch Hinterlegung der Qualifikationsurkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen abschließen.

Das sogenannte Vertragsgesetz begründet die völkerrechtliche Verbindlichkeit des Übereinkommens für Deutschland. Das sog. Ausführungsgesetz zu diesem Übereinkommen enthält Neuregelungen, die notwendig sind, damit Deutschland seine Verpflichtungen aus dem Übereinkommen erfüllen und die Hilfe anderer Staaten bei der Bekämpfung des unerlaubten Drogenverkehrs in Anspruch nehmen kann. Danach wird die Abzweigung von Chemikalien für die unerlaubte Herstellung von Betäubungsmitteln unter Strafe gestellt. Außerdem wird die Überwachungszuständigkeit der

Zollbehörden auf den grenzüberschreitenden Verkehr mit entsprechenden Chemikalien erweitert. Ferner sind im Betäubungsmittelgesetz neue Straftatbestände gegen die Finanzierung des unerlaubten Drogenverkehrs sowie gegen die öffentliche Aufforderung zum Betäubungsmittelmißbrauch vorgesehen. Durch Änderungen des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen soll die Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden auf dem Gebiet der Rauschgiftbekämpfung erleichtert und beschleunigt werden. Dies schließt auch die Auslieferung von Betäubungsmittelstraftätern ein. Künftig sollen darüber hinaus auch ausländische Anordnungen der Gewinnabschöpfung von deutschen Behörden vollstreckt werden können. Weitreichende Neuregelungen im Seeaufgabengesetz sehen vor, daß deutsche und ausländische Schiffe, die des Drogenschmuggels verdächtig sind, auf entsprechende Ersuchen aufgebracht und erforderliche Beschlagnahmen durchgeführt werden dürfen. Für den Fall unberechtigter Aktionen sind Haftungs- und Entschädigungsregelungen vorgesehen.

Insbesondere die letztgenannten Regelungen haben das Übereinkommen erheblich verzögert, da völlig neue Rechtsinstrumente geschaffen werden mußten. Die Bundesregierung hat sich nicht damit begnügt, die Anforderungen des Übereinkommens rein formal zu erfüllen, sondern wollte bewußt effektive Instrumente schaffen, mit denen gegen den internationalen Drogenhandel wirkungsvoll vorgegangen werden kann.

2. Wann wird die Bundesregierung das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) vorlegen?

Der vom BMG bereits erstellte Entwurf eines Grundstoffüberwachungsgesetzes mußte zurückgestellt werden, da die EG die in allen Mitgliedstaaten unmittelbar geltende Verordnung (EWG) Nr. 3677/90 des Rates vom 13. Dezember 1990 über Maßnahmen gegen die Abzweigung bestimmter Stoffe zur unerlaubten Herstellung von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen erlassen hat. Diese Verordnung regelt die Ausfuhrkontrolle von zwölf Grundstoffen und setzt zugleich die einschlägigen Vorschriften des VN-Übereinkommens von 1988 um. Die Kontrollen werden vom Bundesgesundheitsamt und den Zollbehörden durchgeführt. Diese Kontrollen werden ab 1. Januar 1993 aufgrund der am 31. März 1992 verabschiedeten Verordnung (EWG) Nr. 900/92 verstärkt. Die Liste der zu kontrollierenden Chemikalien ist auf 22 Stoffe erweitert worden. Unternehmen, die mit der Herstellung oder dem Verkehr dieser Stoffe befaßt sind, müssen je nach Einstufung der Stoffe eine Erlaubnis besitzen oder zumindest registriert werden. Anstelle der bisherigen schriftlichen Anmeldung der Ausfuhr ist ab 1. Januar 1993 eine schriftliche Genehmigung der zuständigen Behörde erforderlich.

Bis zum 1. Juli 1993 soll eine Richtlinie der EG über die Kontrolle und Überwachung des innergemeinschaftlichen Verkehrs mit diesen Chemikalien in Kraft treten. Der deutsche Gesetzgeber wird dieses neue Gemeinschaftsrecht kurzfristig umsetzen und die erforder-

derlichen Ausführungsvorschriften in ein neues Grundstoffüberwachungsgesetz aufnehmen.

3. Welche Maßnahmen wurden von der Bundesregierung zur Umsetzung des im Dezember 1990 verabschiedeten deutsch-französischen Aktionsprogramms zur gemeinsamen Bekämpfung des Drogenmißbrauchs ergriffen?

Von der Bundesregierung wurden zur Umsetzung des im Dezember 1990 verabschiedeten deutsch-französischen Aktionsprogramms zur gemeinsamen Bekämpfung des Drogenmißbrauchs folgende Maßnahmen ergriffen:

Im Bereich der polizeilichen Maßnahmen zur Rauschgiftangebotsreduzierung wurde die bilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der rauschgiftbezogenen Forschung, der Aus- und Fortbildung, der Entsendung von Rauschgiftverbindungsbeamten sowie auf dem Gebiet der Ausstattungs-/Ausbildungshilfe erheblich verstärkt. Im Bereich der Suchtmittelnachfragereduzierung fand in Straßburg im Juni 1992 eine deutsch-französische Projektmesse zur Suchtprävention statt, die den Erfahrungsaustausch über den Stand präventiver Arbeit in beiden Ländern angeregt und vertieft hat. Ein deutsch-französisches Seminar zum epidemiologischen Forschungsstand beider Länder in München hat im Oktober 1992 stattgefunden. Kontakte zwischen den Bundesländern, die eine Grenze zu Frankreich haben, und Frankreich sind aufgrund dieses Aktionsprogramms geknüpft worden. Vertreter der Regierungen aus Frankreich und Deutschland treffen sich zweimal im Jahr auf Arbeitsebene für einen Tag, um gemeinsame Projekte in den Bereichen Nachfrage- und Angebotsreduzierung zu erörtern.

4. Welche weiteren bilateralen Vereinbarungen sind geplant?

Bilaterale Abkommen zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf politischer, justizieller, polizeilicher und zollrechtlicher Ebene regeln im wesentlichen die Zusammenarbeit im Rahmen

- des Informations- und Erfahrungsaustausches,
- der Durchführung von Rechtshilfeersuchen,
- der gegenseitigen Unterstützung bei operativen Maßnahmen sowie
- der gegenseitigen Unterstützung bei Aus-/Fortbildung.

Als Reaktion auf die veränderte politische Situation in Zentral- und Osteuropa wurden bereits im Jahr 1991 mit Ungarn, der ČSFR und Polen bilaterale Regierungsabkommen über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Bekämpfung der Organisierten Kriminalität unterzeichnet.

Am 14. September 1992 erfolgte die Unterzeichnung eines entsprechenden Abkommens zur Zusammenarbeit mit Bulgarien.

Ein entsprechendes mit der ehemaligen Sowjetunion unterzeichnetes Ressortabkommen konnte bislang wegen der zunächst ungeklärten Rechtsnachfolge nicht in Kraft treten. Verhandlungen zum Abschluß eines entsprechenden Regierungsabkommens mit der Russischen Föderation sind in Vorbereitung. Der Abschluß entsprechender Abkommen zur Zusammenarbeit mit anderen GUS-Staaten (Ukraine, Weißrußland) ist geplant.

5. Welche Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse liegen aus der sogenannten Pompidou-Gruppe des Europarates in den Bereichen „gemeinsame Ansätze in der Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen“ sowie „Nachfragereduzierung und Strafrechtspflege“ vor?

Im Rahmen des Themenbereichs „Nachfragereduzierung und Strafrechtspflege“ hat in der Pompidou-Gruppe im Juni 1992 ein erstes Seminar über die Rolle der Polizei bei der Prävention des Betäubungsmittelmißbrauchs und über Alternativen zu der Verfolgung von Straftätern mit Drogenproblemen unter deutschem Vorsitz stattgefunden. Von den deutschen Teilnehmern ist das Seminar sehr positiv beurteilt worden.

Hinsichtlich des Themenschwerpunktes „Gemeinsame Ansätze in der Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen“ hat eine Arbeitsgruppe der Pompidou-Gruppe, in der Deutschland vertreten war, ein umfangreiches Konzept erarbeitet, das jetzt schrittweise umgesetzt werden soll. Eine erste Maßnahme daraus ist eine Umfrage in den Mitgliedstaaten zu Maßnahmen der aufsuchenden Sozialarbeit gewesen, die zur Vorbereitung eines Seminars der Pompidou-Gruppe über aufsuchende Sozialarbeit/niedrigschwellige Angebote dient. Das Seminar ist für Februar 1993 in Norwegen geplant. Deutschland ist intensiv in diese Vorbereitungen eingebunden und wird entsprechende Beiträge zu dem Seminar leisten.

