

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hubert Hüppe, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/7849 –**

Drogenkonsum und Konsequenzen für Prävention und Forschung

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit über 2000 Drogentoten im letzten Jahr ist ein seit 1992 nie erreichter Höchststand von Opfern zu beklagen. Laut der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) kann auch bei dem problematischen Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten keine Entwarnung gegeben werden.

Nachdem die Drogenbeauftragte der Bundesregierung den 1990 verabschiedeten Nationalen Rauschgiftplan für nicht mehr aktuell erklärt hat, wie sie im Juni 2001 mitgeteilt hat, kündigt sie weiter an: „Wir brauchen eine Strategie mit konkreten Zielsetzungen, Bündnispartnern und Kriterien für Erfolgsmessungen. Diese zu erarbeiten ist eine zentrale Aufgabe der nächsten Jahre.“

1. Wie weit ist die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung angekündigte „Gesamtstrategie für den Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft“ mittlerweile fortgeschritten, und wie viele Jahre wird die zentrale Aufgabe ihrer Erarbeitung noch beanspruchen?
2. Welche konkreten Zielsetzungen, die der Verringerung des gesundheitsschädlichen Konsums und seiner Folgen dienen, hat die Bundesregierung bislang erarbeitet?
3. Welche konkreten Zielsetzungen, Bündnispartner und Kriterien für Erfolgsmessungen gehören zur bisher vorliegenden Strategie der Bundesregierung?

4. Wer trägt nach Auffassung der Bundesregierung die Verantwortung dafür, die im Sucht- und Drogenbericht 2000 vom 26. April 2001 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit der Aussage „Wir brauchen eine Risikodebatte in unserer Gesellschaft über den Umgang mit psychoaktiven Substanzen!“ als besonders notwendig gekennzeichnete „Risikodebatte“ anzustoßen?

Der 1990 verabschiedete „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand in Forschung und Praxis der Suchtkrankenhilfe und ist angesichts der Gesundheitsfolgen der Alltagsdrogen Tabak und Alkohol zu stark auf illegale Drogen ausgerichtet. Um den Plan zu evaluieren und fortzuentwickeln, wird die Bundesregierung zunächst ein Eckpunktepapier für einen „Aktionsplan Sucht und Drogen“ vorlegen, das mit den Ländern und Verbänden beraten werden soll. Diese Eckpunkte müssen auch erreichbare Ziele festlegen und Kriterien entwickeln, nach denen die Verringerung gesundheitlicher und sozialer Risiken von legalen und illegalen Suchtmitteln beurteilt werden kann. Zudem müssen die nunmehr vier Säulen der Sucht- und Drogenpolitik – Prävention, Behandlung, Überlebenshilfe und Repression – verankert und die europäische und internationale Entwicklung hin zu einem ausgewogenen Ansatz beim Umgang mit der Drogen- und Suchtproblematik berücksichtigt werden. Dieser ausgewogene Ansatz beinhaltet auch das Führen einer öffentlichen Debatte über gesundheitliche und soziale Risiken im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Diese Risikodebatte wurde von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bei mehreren Anlässen angestoßen und von verschiedenen Seiten aufgegriffen.

5. Welche konkreten Gesetzgebungsinitiativen hat die Bundesregierung über die Änderung von § 6 des Gaststättengesetzes hinaus in den letzten drei Jahren als Konsequenz der Ankündigung der Drogenbeauftragten vom 30. November 1998: „40 000 Menschen sterben jährlich an den Folgen ihrer Alkoholsucht. Das ist ein Massenphänomen. Hier muss erheblich mehr getan werden.“ in den Deutschen Bundestag eingebracht?

Neben der in der Frage schon erwähnten Änderung des § 6 des Gaststättengesetzes wurden durch Änderung des § 24a des Straßenverkehrsgesetzes vom 19. März 2001 (BGBl. I S. 386) die Rechtsfolgen für das Führen von Kraftfahrzeugen unter Alkoholeinfluss im Bußgeldbereich verschärft: Danach wird seit dem 1. April 2001 ab 0,5 Promille Alkohol im Blut oder 0,25 mg/l Alkohol in der Atemluft in der Regel eine Geldbuße von 500 DM und ein Fahrverbot von 1 Monat verhängt; außerdem erfolgt eine Eintragung von 4 Punkten im Verkehrszentralregister. Mit dieser Regelung sollen der Alkohol am Steuer reduziert, die Sicherheit des Straßenverkehrs erhöht und die negativen Folgen des Alkoholkonsums bekämpft werden.

6. In welcher Höhe hat die Bundesregierung in Erfüllung dieser Ankündigung zusätzliche Mittel für die Alkohol- und Nikotinprävention aufgewandt?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die schwerpunktmäßig im Auftrag der Bundesregierung Maßnahmen der Prävention durchführt, hat seit 1998 Mittel für die Alkohol- und Nikotinprävention in folgender Höhe aufgewandt:

	Alkoholprävention	Nikotinprävention	Suchtprävention insgesamt
1998	90 000 DM	290 000 DM	13 000 000 DM
1999	105 000 DM	1 900 000 DM	13 000 000 DM
2000	1 100 000 DM	1 400 000 DM	12 000 000 DM
2001	1 050 000 DM	2 400 000 DM	12 000 000 DM
2002	550 000 EURO	1 000 000 EURO	6 136 000 EURO

Für die Jahre 1998 bis 2001 handelt es sich um die tatsächlich verausgabten Mittel (ohne Versandkosten, einschlägige Zuwendungen an die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren [DHS] und Aufwendungen für wissenschaftliche Untersuchungen). Für das Jahr 2002 handelt es sich um den geplanten Mittelan-satz.

Die Übersicht lässt erkennen, dass für die Nikotinprävention seit 1999 und die Alkoholprävention seit 2000 erheblich mehr Mittel von der BZgA aufgewandt wurden.

Aus dem Modelltitel (684 69) und dem Forschungstitel (686 61) des Bundesministeriums für Gesundheit/BMG (Titelgruppe 06) wurden im Jahr 2001 Fördermittel von etwa 1 Mio. DM für Vorhaben und Modellprojekte mit dem Schwerpunkt Prävention bereitgestellt.

7. In welchen Maßnahmen und Modellprojekten der Bundesregierung schlägt sich nieder, dass „das Thema ‚Prävention‘ eine neue, eine wichtige Rolle in der Suchtpolitik der Bundesregierung spielt“ (so die Drogenbeauftragte am 12. November 2001) und wie hoch bemessen sich die in den Haushaltsplänen seit 1998 vorgesehenen Mittel für Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs (aufgeschlüsselt nach den Jahren 1998, 1999, 2001 und 2002)?

Sowohl in verschiedenen Forschungsprojekten als auch in einigen Modellvorhaben des BMG ist der Schwerpunkt auf die Prävention verlagert worden. So spiegeln beispielsweise die Projekte „Genese und Typologie der Abhängigkeit bei Frauen“, die Expertise zu Werbung und Alkohol und das EU-Projekt „Alkoholkonsum und Alkoholprobleme“, an dem sich Deutschland beteiligt, diese Schwerpunktsetzung für den Bereich Alkohol wider.

Für den Schwerpunkt Rauchen ist das WHO-Partnerschaftsprojekt, insbesondere dort die Aktivitäten zum rauchfreien Krankenhaus, und die Förderung des Netzwerkes Nichtraucher anzuführen. Im Frühjahr 2002 werden in einem bundesweiten Kongress, der von der Koalition gegen das Rauchen mit Förderung des BMG durchgeführt werden wird, die Ergebnisse des WHO-Partnerschaftsprojektes umfassend dargestellt und zusätzliche Aktivitäten zur Verhütung des Rauchens diskutiert werden.

Im Bereich illegaler Drogen haben das Bund-Länder-Modellvorhaben „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FRED)“ sowie das Modellvorhaben „Designerdrogen-Sprechstunde“ zum Thema Ecstasy, das zusam-

men mit dem Land Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt wurde, einen präventiven Schwerpunkt.

Das BMG hat auch einen Schwerpunkt zu Migration und Sucht gebildet und dazu drei Expertisen vorgelegt. In einer Expertentagung im Jahr 2002 sollen Vorschläge zu einem verbesserten Zugang zu Migranten mit Abhängigkeitsproblemen entwickelt werden, bei denen die Prävention besondere Berücksichtigung erfahren wird.

Maßnahmen und Modellprojekte zur Prävention im Bereich der BZgA konzentrieren sich auf zwei Schwerpunkte:

Zum einen kommt der Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen zur qualifizierten Beratung zum Nikotinverzicht und zum frühzeitigen Erkennen und Behandeln problematischen Alkoholkonsums ein hoher Stellenwert zu. Aufbauend auf den im Dezember 2001 der Öffentlichkeit vorgestellten Beratungsmaterialien soll in Kooperation mit den ärztlichen Standesorganisationen nach Wegen gesucht werden, die Beratung zum Nichtrauchen und risikoarmen Alkoholkonsum weiter zu intensivieren.

Zum anderen sollen Kinder und Jugendliche besser geschützt werden. Hier sind im Bereich Nikotin insbesondere Projekte zu nennen, die sich auf die Förderung des Nichtrauchens im schulischen Bereich konzentrieren; im Bereich Alkoholprävention sind Projekte zur Prävention des Alkoholkonsums auf Jugendreisen und im Sportbereich besonders hervorzuheben. Zu den Haushaltsmitteln für Aufklärungsmaßnahmen zwischen 1998 und 2002 wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

Darüber hinaus wurde ein erster kommunaler Wettbewerb gestartet, der bundesweit vorbildliche Strategien in der Prävention auszeichnen wird.

8. Welchen Wert misst die Bundesregierung psychosozialen Begleitmaßnahmen bei Substitutionstherapien für Drogenabhängige bei?

10. Gibt es zu der seit Jahren etablierten Praxis der methadongestützten Behandlung Opiatabhängiger eine verbindliche Festlegung der psychosozialen Begleitmaßnahmen, wenn ja, seit wann, und wie viele Heroinabhängige werden nach Kenntnis der Bundesregierung mit Methadon substituiert?

Nach Auffassung der Bundesregierung sind psychosoziale Begleitmaßnahmen ein wichtiger Bestandteil der substitutionsgestützten Behandlung opiatabhängiger Patienten. In § 5 Abs. 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist folgerichtig bestimmt worden, dass der Arzt ein Substitutionsmittel nur verschreiben darf, „wenn und solange ... die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht...“.

Diese grundsätzliche Regelung gilt – abgesehen von Änderungen in der Diktion – seit dem Inkrafttreten der 4. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung vom 23. Dezember 1992.

Hinsichtlich der Anzahl der Patienten, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden, wird auf die Antwort auf eine frühere Frage des Abgeordneten Hubert Hüppe (Frage 40 der schriftlichen Fragen vom 30. Juli bis 8. August 2001, Bundestagsdrucksache 14/6782 S. 23) verwiesen.

9. Gibt es für das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiat-abhängiger eine verbindliche Definition der psychosozialen Begleitmaßnahmen, wenn ja, seit wann, und wie viele Heroinabhängige werden an diesem Modellprojekt teilnehmen?

Das gemeinsame Modellprojekt des Bundes, mehrerer Länder und Städte zur ärztlichen heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger richtet sich an Opiat-abhängige, die bisher entweder überhaupt nicht therapeutisch behandelt werden oder nicht ausreichend von einer Methadonsubstitution profitieren. Mit dem Modellversuch, der als klinische Prüfung nach dem Arzneimittelgesetz unter Beratung der Bundesärztekammer durchgeführt wird, wird deshalb untersucht, ob diese Patientengruppe durch die ärztliche Behandlung unter psychosozialer Begleitung gesundheitlich und sozial stabilisiert, in der Behandlung gehalten und zu weiterführender Therapie motiviert werden kann. Darüber hinaus werden durch Zusatzstudien u. a. die Auswirkungen auf die Beschaffungskriminalität untersucht. Das Projekt wird von einem international besetzten wissenschaftlichen Beirat begleitet. Unter www.heroinstudie.de sind weitere Informationen im Internet erhältlich. Psychosoziale Betreuung in Form des Case-Managements, einem individuell nachgehendem Betreuungskonzept, war bereits in der Ausschreibung (Bekanntmachung des BMG vom 29. September 1999) als ein Bestandteil des Modellprojektes vorgesehen. Dementsprechend sieht die im Januar 2000 eingereichte Projekt-Skizze eine definierte psychosoziale Betreuung in einem vergleichenden Setting (Case-Management mit integrierter motivierender Gesprächsführung im Vergleich zu Psychoedukation in Kombination mit Drogenberatung) vor. Im Rahmen der weiteren Ausarbeitung des Studiendesigns und Vorbereitung der Studie liegen nunmehr detaillierte Manuale und Guidelines für die Umsetzung und Durchführung beider Betreuungsformen vor.

An dem Modellprojekt können sich insgesamt 1 120 Heroinabhängige beteiligen, die dann durch eine Zufallsverteilung den beiden Interventionsgruppen „Heroinbehandlung“ (560 Patienten) und „Methadonbehandlung“ (560 Patienten) zugeteilt werden.

11. Wie groß ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der mit Methadon substituierten Abhängigen, der psychosoziale Begleitmaßnahmen erhält?

Der Bundesregierung liegen keine detaillierten flächendeckenden Informationen über den Anteil der Patienten vor, die im Rahmen einer substituionsgestützten Behandlung psychosoziale Begleitmaßnahmen erhalten, da das Vorhalten dieses Angebots Aufgabe der Länder und Kommunen ist.

Allerdings ist nach einer im Auftrag des BMG durchgeführten Erhebung des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung Köln für Mitte 2000 in sechs Kassenärztlichen Vereinigungen (Bayern, Niedersachsen, Nordrhein, Schleswig-Holstein, Südbaden und Westfalen-Lippe) zum Stand der substituionsgestützten Behandlung im vertragsärztlichen Bereich festzustellen, dass von den Substitutionsmittel verschreibenden Ärzten nur etwa 10 % angegeben haben, dass ihre Patienten keinerlei psychosoziale Betreuung erhalten (1996: 50 %). Insgesamt kommt die Untersuchung zu der Schlussfolgerung, dass „global bereits ein gutes Niveau von Betreuung erreicht“ wurde. Allerdings macht etwa die Hälfte der befragten Ärzte auf vor allem qualitative Mängel in der psychosozialen Betreuung aufmerksam.

12. Was hat die Bundesregierung unternommen, um sich eine bundesweite Übersicht hinsichtlich der Aufteilung der Kostenträgerschaft für psychosoziale Begleitmaßnahmen bei mit Methadon substituierten Abhängigen zu verschaffen, und welche Kenntnis hat die Bundesregierung hinsichtlich der Aufteilung dieser Kostenträgerschaft auf die unterschiedlichen Träger?
13. Ist nach Auffassung der Bundesregierung die Frage der Kostenträgerschaft so ausreichend geregelt, dass auszuschließen ist, dass eine Substitutionsbehandlung einschließlich psychosozialer Begleitmaßnahmen an einer ungeklärten Kostenträgerschaft scheitert, oder sieht die Bundesregierung hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene?
14. Wie steht die Bundesregierung zur Aufnahme der psychosozialen Begleitmaßnahmen bei methadongestützter Behandlung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung?

Die Kostenträgerschaft für psychosozialen Begleitmaßnahmen bei substitutionsgestützten Behandlungen ist wie folgt geregelt:

Nach § 27 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte „Anspruch auf Krankenbehandlung“. Davon ausgehend ist in der Präambel der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substitutionsgestützten Behandlung (BUB-Richtlinien) Folgendes festgestellt worden:

„Eine Leistungspflicht der Krankenkassen für die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung besteht nur insoweit, als diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Die nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV“.

Die Kostenträgerschaft für psychosoziale Begleitmaßnahmen im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung, die nicht Bestandteil der Krankenbehandlung sind, ist Angelegenheit der Länder und Kommunen. Die Bundesregierung hat dazu keine Erhebungen vorgenommen und folglich keine Kenntnisse über die Aufteilung der Kostenträgerschaft auf die unterschiedlichen Träger.

Die Bundesregierung sieht derzeit keinen weiteren Handlungsbedarf, auf Bundesebene rechtliche Regelungen zur Kostenträgerschaft für die psychosozialen Begleitmaßnahmen im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung zu treffen.

15. In welchen Räumlichkeiten aufgeschlüsselt nach den einzelnen teilnehmenden Städten findet die Heroingabe statt, bzw. was hat die Bundesregierung unternommen, um sich eine Übersicht über die Räumlichkeiten der künftigen Heroingabestellen zu verschaffen und hält die Bundesregierung die Sicherheitskonzepte für diese Räumlichkeiten für ausreichend?

Im Rahmen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger werden Entscheidungen von einem überörtlichen Koordinierungsgremium bestehend aus Vertretern des BMG, der Länder und Städte sowie – beratend – der Bundesärztekammer getroffen. In den einzelnen Städten ist die strukturelle und organisatorische Anbindung der Ambulanzen unterschiedlich geregelt. Grundlage für die Sicherheitsfragen ist ein Konzept des Bundeskriminalamtes (BKA), das vor Ort in Zusammenarbeit mit den Polizeibehörden umgesetzt wird. Die Bundesregierung hält dieses Konzept für ausreichend.

16. Welcher Personalschlüssel bezogen auf die Zahl der Teilnehmer des Modellversuchs zur Heroinabgabe soll nach Auffassung der Bundesregierung gelten (aufgeschlüsselt nach Ärzten, nichtärztlichem medizinischen Personal, Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeitern und Verwaltungskräften pro Teilnehmer)?

Vorgaben bezüglich des Personalschlüssels für die Prüfarzte und die psychosozialen Betreuer sind zwischen dem BMG und den beteiligten Städten vereinbart und vertraglich festgelegt worden. Demnach betreut ein Prüfarzt 50 Patienten, für die psychosoziale Betreuung liegt der Schlüssel bei 1:25. Da die organisatorische Anbindung der Ambulanzen in den Städten sehr unterschiedlich geregelt ist und die Städte jeweils eine verschiedene Anzahl an Patienten betreuen, liegt die personelle Besetzung der Ambulanzen in der Verantwortung der jeweiligen Stadt.

17. Welche jährlichen Kosten für die Versorgung des Teilnehmerkreises mit Heroin, für ärztliche, psychologische und sozialarbeiterische Betreuung, für Investitionen sowie für die angekündigte wissenschaftliche Begleitung werden nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand der Bundesregierung für den gesamten Modellversuch entstehen?
18. Welche Kosten werden nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand der Bundesregierung im Rahmen des Heroin-Modellprojektes entstehen:
- für die auftragsgemäßen Kosten des Studienleiters, aufgeschlüsselt nach der projektbezogenen wissenschaftlichen Tätigkeit des Studienleiters und der von ihm beauftragten Personen und Institutionen vor, während und nach Abschluss der Durchführung vor Ort,
 - für die Patientenversicherung nach § 40 I Nr. 8 Arzneimittelgesetz (AMG),
 - für die Personal- und Sachkosten für die Tätigkeit der Prüfarzte vor Ort,
 - für die Personal- und Sachkosten für die Tätigkeit des „Case-Managers“,
 - für die Personal- und Sachkosten für die Psychoedukation,
 - für das Monitoring und Auditing,
 - für den wissenschaftlichen Beirat,
 - für die Erschließung und Unterhaltung der zur Projektdurchführung benötigten Räume und deren Ausstattung einschließlich der für die Sicherung und Lagerung erforderlichen Kapazitäten,
 - für die Personal- und Sachkosten für die Drogenberatung,
 - für die Laboruntersuchung und
 - für die Prüfarzneimittel inkl. der Kosten für die Bereitstellung?

Die Gesamtkosten des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiat-abhängiger lassen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beziffern, da die Kosten für die Zusatzstudien (vgl. Antwort auf Frage 15) und für die Sachinvestitionen vor Ort noch nicht abschließend beurteilt werden können.

19. Welche Kosten werden nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand der Bundesregierung davon dem Bund und welche Kosten den Ländern entstehen?

Der Bund trägt die Kosten für die wissenschaftliche Durchführung und Auswertung der Studie, das Monitoring sowie anteilig die Kosten der psychosozialen Betreuung und der Prüfarzte. Die beteiligten Städte stellen die notwendige räumliche und personelle Infrastruktur zur Verfügung und übernehmen die Kosten der Medikation und Behandlung. Die beteiligten Länder (außer Bayern und Baden-Württemberg) unterstützen ihre Städte.

20. Schließt die Bundesregierung aus, dass in Zukunft weitere Originalsubstanzen wie Kokain abgegeben werden, und wenn nein, welche Originalstoffe hält sie für diskutabel?

Ja. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 9 verwiesen.

21. Ist das staatlich verabreichte Heroin nach Kenntnis der Bundesregierung gegenüber dem Straßenheroin identifizierbar, um einen Beikonsum der Teilnehmer des Heroinprojektes quantitativ und qualitativ zu erkennen?

Ja.

22. Wie viele aktuelle Konsumenten von Crack (einschließlich politoxikomaner Konsumenten) gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland?

Statistische Angaben zur Gesamtzahl der derzeitigen Crackkonsumenten in der Bundesrepublik Deutschland liegen nicht vor. Eine Differenzierung zwischen Crack- und Kokainkonsumenten im Rahmen der Erfassung der erst auffälligen Konsumenten harter Drogen erfolgt nicht.

Das Phänomen des Crackkonsums konzentriert sich derzeit auf die Drogenszenen in Frankfurt/Main und Hamburg, wobei die Schätzungen hinsichtlich der Anzahl der Crackkonsumenten differieren. Nach polizeilichen Hellfelderkenntnissen gibt es in Frankfurt/Main 606 ausschließliche und 1 389 polytoxikomane Crackkonsumenten, in Hamburg 896 Crackkonsumenten (keine Unterscheidung zwischen polytoxikomanen und ausschließlichen Crackkonsumenten).

23. Was sind die Ergebnisse des im Oktober 2000 von der Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Umfang des Crackkonsums und Konsequenzen für Hilfsangebote und Prävention“ (Bundestagsdrucksache 14/4328) angekündigte wissenschaftliche Symposium über den Kokainkonsum hinsichtlich möglicher und notwendiger Hilfsmaßnahmen bei Crackabhängigen, und welche darauf basierenden Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen?
24. Hat die Bundesregierung, wie in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Umfang des Crackkonsums und Konsequenzen für Hilfsangebote und Prävention“ (Bundestagsdrucksache 14/4328, Antwort auf die Frage 14) im Oktober 2000 angekündigt, auf Basis der Ergebnisse des oben genannten Symposiums darüber entschieden, ob und welche Studien zu therapeutischen Hilfsmöglichkeiten für Crackkonsumenten in Auftrag zu geben sind?

25. Hat die Bundesregierung, wie in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Umfang des Crackkonsums und Konsequenzen für Hilfsangebote und Prävention“ (Bundestagsdrucksache 14/4328, Antwort auf die Frage 18) im Oktober 2000 angekündigt, auf Basis der Ergebnisse des oben genannten Symposiums bereits darüber entschieden, an welchen Modellprojekten für Crackkonsumenten sie sich beteiligen will?

Zur Aufarbeitung des Themas Kokainkonsum in der Bundesrepublik Deutschland hat das BMG in Kooperation mit dem BKA am 30. November und 1. Dezember 2000 einen Workshop mit Experten aus Wissenschaft und Praxis veranstaltet (Veröffentlichung des BKA Wiesbaden: „Kokainkonsum – Wege zu einem verborgenem Phänomen“, 2001). Ziel war es, den aktuellen Forschungs- und Wissensstand zum Kokainkonsum in der Bundesrepublik Deutschland zusammenzutragen. Es zeigte sich, dass polizeiliche Daten, nationale und europäische epidemiologische Daten zum Konsum und zur Behandlung sowie eine umfangreiche Literatur vorliegen. Gleichwohl besteht ein großes Defizit in der Erforschung des Kokainkonsums in der Bundesrepublik Deutschland. Das BMG hat daher ein Forschungsprojekt mit folgenden Zielsetzungen ausgeschrieben:

1. Aufarbeitung und Auswertung der vorliegenden nationalen und internationalen Forschungsliteratur mit dem Ziel, den Kenntnisstand zu Epidemiologie, Dynamik des Konsumverlaufs und seinen Bedingungen sowie zu den gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen des Kokainkonsums festzustellen und – im Sinne einer Metaanalyse – „evidence based“ Ansätze in Prävention und Hilfe darzustellen.
2. Epidemiologische Studie zum Kokainkonsum in der Bundesrepublik Deutschland unter Zugrundelegung verschiedener methodischer Ansätze (Methodenmix), um zu gewährleisten, dass konsumerfahrene Personen aus unterschiedlichen Settings einbezogen werden.

Die Ausschreibungsfrist ist Ende November 2001 abgelaufen. Die eingegangenen Angebote zur Durchführung der Studie werden derzeit ausgewertet.

Die Durchführung eines Modellprojektes für Crackkonsumenten wird derzeit nicht erwogen. Ein Fachgespräch (s. Antwort auf Frage 27) zum Thema Crack nach Abschluss einer durch das BMG in Auftrag gegebenen Expertise erbrachte die Empfehlung, dass keine speziellen Beratungsangebote bzw. neuen Hilfsstrukturen für Crackkonsumenten erforderlich sind, sondern das Thema vielmehr kompetent in bestehende Beratungsangebote integriert werden soll.

26. Warum wurde die im „Sucht- und Drogenbericht 2000“ für Mai 2001 angekündigten Ergebnisse einer Studie „über die Verbreitung des Crackkonsums, über Konsummuster und -verläufe, Motive und Effekte, psychische und gesundheitliche Risiken und mögliche Maßnahmen“ erst am 31. August 2001 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorgestellt, und wie hat die Bundesregierung die dazwischen verstrichene Zeit genutzt?

Die Studie wurde deshalb wenige Monate später als ursprünglich geplant vorgestellt, weil der Auftragnehmer noch aktuelle Daten und Kenntnisse zum Umgang mit der Crackproblematik aus den Niederlanden und Großbritannien in die Bestandsaufnahme einbezogen hat.

27. Welche Ergebnisse liegen aus den von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung anlässlich der Vorstellung der oben genannten Crack-Studie am 31. August 2001 angekündigten Beratungen „mit Vertretern der betroffenen Städte“ vor, und welche sich daraus ergebenden Möglichkeiten zur Verbesserung der Prävention und Hilfe hat die Bundesregierung umgesetzt?

Am 3. September 2001 fand in Berlin ein Fachgespräch mit Vertretern aus den Gesundheitsbehörden, der Polizei und von Einrichtungen der Drogenhilfe aus den am meisten betroffenen Städten statt (s. Antwort auf die Fragen 23 bis 25), um Maßnahmen der Prävention und Hilfe zu erörtern. Bei dem Gespräch wurde deutlich, dass in diesen Städten die beteiligten Stellen intensivzusammenarbeiten und dass Hilfen für die Betroffenen bereitgestellt werden (z. B. Einrichtung von Tagesruhebetten, Akupunkturbehandlung für Crackabhängige u. a.); der Aufbau eines Sonderhilfesystems für die Gruppe von Crackkonsumenten wird aber nicht als sinnvoll angesehen. Die konkreten Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Crackabhängigen sind in der Bestandsaufnahme der Universität Bremen benannt. Die Bestandsaufnahme wurde in der Fachöffentlichkeit und über das Internet bekannt gemacht.

28. Wie bewertet die Bundesregierung die Forderungen von Fachleuten nach einem Fonds, in den alle Kostenträger einzahlen, um im Einzelfall Therapien für Drogenabhängige bis zur endgültigen Klärung der Kostenträgerschaft vorzufinanzieren und so ein Scheitern der Behandlung an einer ungeklärten Kostenträgerschaft zu vermeiden, und sieht sie möglicherweise gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Der Bundesregierung ist die Forderung von Fachleuten nach einer „Poolfinanzierung“ für Leistungen der sozialen, medizinischen und beruflichen Rehabilitation Suchtkranker bekannt. Allerdings geht es dabei nicht um die Frage der Vorleistung, sondern um den Umfang der Leistung unabhängig von der Kostenträgerschaft.

Diese Forderung deckt sich nicht mit dem gegliederten Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Die Frage der Vorleistung ist geregelt. Nach wie vor ist die „Vereinbarung Vorleistung Drogen“ vom 22. Oktober 1981 in Kraft. Hier haben die beteiligten Sozialleistungsträger die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger geregelt.

Es greift außerdem § 14 SGB IX, der eine Bescheiderteilung innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang vorschreibt.

29. Wie viele aktuelle Konsumenten von Ecstasy gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach bisheriger Konsumdauer und Alter der Konsumenten?

Aufschluss über die Zahl der Ecstasykonsumenten geben Hochrechnungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie des Instituts für Therapieforschung in München aufgrund von Repräsentativerhebungen aus 2000 und 2001. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Zahl derjenigen Personen zwischen 12 und 59 Jahren, die mindestens ein Mal Ecstasy konsumiert haben, bei etwa 389 000 liegt. Es ist davon auszugehen, dass die ganz überwiegende Zahl der Ecstasykonsumenten unter 30 Jahre alt ist.

30. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich der Zahl innerhalb der letzten zehn Jahre polizeilich erstaußälliger Konsumenten von Ecstasy (aufgeschlüsselt nach Jahren) vor und wie bewertet sie diese Entwicklung?

Polizeilich erstaußällige Konsumenten von Ecstasy werden seit 1995 gesondert erfasst. Danach ergibt sich folgendes Bild:

Erstaußällige Konsumenten harter Drogen – Zeitreihe:

1995: 2 371
1996: 3 609
1997: 3 799
1998: 2 830
1999: 3 170
2000: 5 495

(Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 des BKA).

Der Indikator „polizeilich erstaußällige Konsumenten von Ecstasy“ hängt von der Intensität polizeilicher Kontrollaktivitäten ab und besitzt deshalb für die Bewertung der Drogenkriminalität in diesem Bereich nur bedingte Aussagekraft. Dennoch nimmt die Bundesregierung diese Entwicklung ernst und begegnet ihr sowohl durch gesundheitsbezogene zielgruppenspezifische Prävention wie auch durch rechtliche und polizeiliche Kontrollmaßnahmen.

31. Welche von der Bundesregierung initiierten oder unterstützten Fachtagungen haben seit der Veröffentlichung im Juni 2000 der vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführten Ecstasy-Studie stattgefunden?

Nach der Veröffentlichung der Ecstasy-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat die BZgA im Auftrag des BMG im März 2001 ein zweitägiges Vorbereitungs- und Planungstreffen mit Partyprojekten in Bad Honnef durchgeführt und darauf aufbauend vom 24. bis 26. September 2001 eine bundesweite Fachtagung zur Drogenprävention in der Partyszene mit 100 Teilnehmern durchgeführt.

32. Welche Ergebnisse liegen der Bundesregierung daraus vor, und welche Konsequenzen für die Prävention hat sie daraus gezogen?

Die Hamburger Studie verfolgte die Frage, welche psychiatrischen, neurologischen und internistischen Gesundheitsschäden Ecstasy am Menschen hervorruft. Im Rahmen einer kontrollierten naturalistischen Querschnittsstudie wurden u. a. psychiatrische, psychologische und neurologische sowie internistische und nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren eingesetzt. Eine vergleichbar große und umfassend angelegte Studie zu diesem Thema existierte bisher nicht.

Die Studie zeigt ein hohes Maß an drogeninduzierten Störungen, neurokognitiven Beeinträchtigungen und persönlichkeitsstrukturellen Entwicklungs- und Identitätsstörungen sowie Beeinträchtigungen der Gehirnaktivität besonders in der Gruppe der polytoxikomanen Ecstasydauerkonsumenten.

Die beobachteten gesundheitlichen Schädigungen lassen sich jedoch nicht allein Ecstasy zuschreiben, sondern stehen erkennbar in Zusammenhang mit den insgesamt deutlich höheren Mischkonsumraten der Untersuchungsgruppe. Die Untersuchung spiegelt demnach vor allem die gesundheitlichen Folgen des polyvalenten Konsums, in dessen Dynamik Ecstasy vermutlich eine besondere Bedeutung zukommt.

Aus Sicht der gesundheitlichen Aufklärung erscheint es daher bei der Verbreitung der Information über die gesundheitlichen Folgen des Ecstasykonsums unbedingt erforderlich, auf die Risiken des Mischkonsums als zentrales Phänomen aufmerksam zu machen.

33. Welche gezielten Präventionsmaßnahmen hinsichtlich Ecstasy hat die Bundesregierung auf Grundlage der Studienergebnisse der Hamburger Studie ergriffen, und in welcher Höhe wurden diese Maßnahmen gefördert?

Die Ergebnisse der Hamburger Studie wurden soweit möglich in der Kommunikation über Ecstasy, insbesondere in den Aufklärungsmaterialien der BZgA berücksichtigt. Eine unmittelbare Übersetzung von Forschungsergebnissen aus einer medizinisch-psychiatrischen Studie an Konsumenten in Präventionsmaßnahmen ist nicht möglich, da die Studie keine Interventionsteile beinhaltete, aus denen heraus Empfehlungen für die Prävention – über die Vermittlung von Wirkungsweisen und Risiken hinaus – abgeleitet werden könnten. Die BZgA hat jedoch aufgrund der besonderen Bedeutung des Ecstasykonsums unter Jugendlichen bereits zu Beginn des Jahres 2000 mit der konzeptionellen Entwicklung eines substanzorientierten Internetprojektes („Drugcom“) begonnen, das im Sommer 2001 online ging. Im Rahmen der stoffspezifischen Aufklärung über illegale Drogen wird u. a. auch ein Wissenstest über Ecstasy angeboten, in dem die wesentlichen Risiken und Gefährdungen dieser Substanzen deutlich benannt sind.

34. Hält die Bundesregierung weiterhin, wie die frühere Drogenbeauftragte Christa Nickels anlässlich der Vorstellung der oben genannten Hamburger Studie am 29. Juni 2000 bekräftigt hatte, weitere wissenschaftliche Studien zur Abklärung der Art und Intensität der Gesundheitsgefährdung bei zusätzlichem Konsum anderer Substanzen neben Ecstasy für notwendig, und welche Studien dazu fördert die Bundesregierung, und wann ist mit ihrer Veröffentlichung zu rechnen?

Grundsätzlich werden weitere wissenschaftliche Untersuchungen zu Art und Intensität der Gesundheitsgefährdung durch Mischkonsum von Ecstasy und anderen Substanzen für wünschenswert gehalten. Die gesundheitlichen Gefährdungen durch die am häufigsten zusätzlich konsumierten Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Cannabis sind bekannt. Eine Erhöhung der Gesundheitsgefährdung durch diesen Mischkonsum erscheint wahrscheinlich, ist aber in seinen Auswirkungen durch wissenschaftliche Studien nicht abschließend untersucht. Wegen der Komplexität der Durchführung solcher Untersuchungen sind vor Initiierung möglicher Studien entsprechend detaillierte Vorgaben hinsichtlich der zu untersuchenden Parameter zu treffen.

35. Wurden von dem Bundesministerium für Gesundheit oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weitere Studien zu schädigenden Wirkungen von Ecstasy sowie therapeutischen Hilfsmöglichkeiten in Auftrag gegeben oder unterstützt, und zu welchen Ergebnissen gelangten diese Studien bzw. wann sind solche Ergebnisse zu erwarten?

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fördert seit 1999 das Forschungsvorhaben „Welche neurologischen und psychiatrischen Langzeitschäden induziert Ecstasy? Welche Risikogruppen für derartige Schäden durch Ecstasy lassen sich beschreiben?“. Der Abschluss der Untersuchungen ist für das Jahr 2003 vorgesehen.

36. Zu welchen Ergebnissen ist die Expertentagung „Drogenprävention in der Partyszene“ der BZgA hinsichtlich „Drug Checking“ gekommen und wie bewertet die Bundesregierung diese Ergebnisse?

Die Diskussion in einer Arbeitsgruppe hat gezeigt, dass hinsichtlich des Einsatzes von „Drug Checking“ unter den eingeladenen Vertretern von „Partyprojekten“, Experten und Ländern noch Diskussionsbedarf in Bezug auf die konzeptionelle Begründbarkeit und insbesondere den Nutzen für die Prävention besteht. Eine Diskussion von rechtlichen Aspekten wurde dabei ausgeklammert.

37. Welche Ergebnisse der Arbeitsgruppen AG 1 bis AG 3 wurden nach Kenntnis der Bundesregierung auf der Expertentagung „Drogenprävention in der Partyszene“ der BZgA vorgestellt, wie werden diese von der Bundesregierung beurteilt, und was beabsichtigt die Bundesregierung davon umzusetzen?

Die Expertentagung hatte zum Ziel, den aktuellen wissenschaftlichen Sachstand zur Wirkungsweise von Ecstasy und zur Prävention des Drogenkonsums in der Partyszene zu dokumentieren sowie den nationalen Informationsaustausch und die Meinungsbildung zu ermöglichen. Dies geschah erstmalig unter Beteiligung der „Partyprojekte“ und sollte gegebenenfalls Anhaltspunkte für die Fortschreibung der Leitlinien zur Ecstasyprävention von 1997 liefern. Zurzeit wird die Tagung von der BZgA noch ausgewertet mit dem Ziel, einen Vorschlag zur Ergänzung bzw. Modifizierung der Leitlinien zu entwickeln. Anschließend soll dieser Entwurf mit den Ländern abgestimmt werden.

38. Wann werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Ergebnisse der Expertentagung „Drogenkonsum in der Partyszene“ veröffentlicht?

Im 1. Halbjahr 2002 sollen die Ergebnisse der Expertentagung in der BZgA-Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ veröffentlicht werden.

