

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christa Reichard (Dresden),  
Antje Blumenthal, Monika Brüning, weiterer Abgeordneter  
und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 15/3366 –**

### **Umgang mit Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen bei Soldaten**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die Bundeswehr spiegelt durch die Soldaten als „Staatsbürger in Uniform“ die gesamtgesellschaftliche Situation wider. Dies betrifft auch den Missbrauch legaler und illegaler Drogen. Daher halten wir es für angebracht, dass die Suchtproblematik auch in der Bundeswehr größere Beachtung findet. Gerade weil die Bundeswehr stärker im Licht der Öffentlichkeit steht, muss deshalb eine angemessene Behandlung der Suchtproblematik stattfinden.

In Zeiten erhöhter Anforderungen durch Auslandseinsätze muss die Verpflichtung zur Fürsorge und Gesunderhaltung der Soldaten optimal erfüllt werden. Bei Soldaten führt eine Abhängigkeitserkrankung bzw. ein Suchtmittelmissbrauch zu erheblichen Beeinträchtigungen der militärischen Dienst- und Verwendungsfähigkeit. Daher ist es unbedingt erforderlich, sowohl in der Einsatzvorbereitung als auch in der -durchführung und -nachbereitung dieser Problematik gezielt entgegenzutreten.

Mit den „Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und Suchtbekämpfung von Soldaten“ vom 8. Juli 1999 sollten die Weichen für eine effektive Suchtprävention und Suchtbekämpfung in den Streitkräften gestellt werden. Ausgehend von dem erweiterten Suchtbegriff der World Health Organization (WHO), sind sowohl legale und illegale Suchtmittel in den Richtlinien erfasst.

Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages hat in seinem Jahresbericht 2003 (Bundestagsdrucksache 15/2600) festgestellt, dass der Suchtproblematik in der Bundeswehr begegnet werden muss. Er verlangt weitere Schritte bei der Aufklärung, Prävention und konsequenten Ahndung von Verfehlungen. Dabei darf die Behandlung von Suchterkrankungen nicht außer Acht gelassen werden. Vor diesem Hintergrund ist das Erreichte auf den Prüfstand zu stellen und über den aktuellen Sachstand zu informieren.

1. Wie verteilt sich die Zahl der Suchterkrankungen in der Bundeswehr auf die einzelnen, im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung aufgeführten Suchtmittel: Alkohol, Cannabis, Opiate, Kokain, Designerdrogen, Amphetamine und welche Entwicklungen hat es bei den einzelnen Suchtmitteln seit dem Erlass der Richtlinien vom 8. Juli 1999 gegeben?

Datengrundlage der folgenden tabellarischen Übersicht sind die Meldungen der Bundeswehrkrankenhäuser über im jeweiligen Berichtszeitraum durchgeführte stationäre Diagnostik- und/oder Therapiemaßnahmen im Zusammenhang mit den genannten Suchterkrankungen.

Schlüssel*	2000				2001				2002			
	BS	SaZ	Wpfl	ges.	BS	SaZ	Wpfl	ges.	BS	SaZ	Wpfl	ges.
F 10.1	43	39	38	120	41	20	52	113	22	44	36	102
F 10.1 (w)									2			2
Σ F 10.1	43	39	38	120	41	20	52	113	24	44	36	104
F 10.2	112	40	40	192	99	35		177	101	59		187
F 10.2 (w)	1			1						1		1
Σ F 10.2	113	40	40	193	99	35	43	177	101	60	27	188
F 11.1	1	1		2			4	4			1	1
F 11.1 (w)												
Σ F 11.1	1	1		2			4	4			1	1
F 11.2		3	13	16		3	12	15		2	4	6
F 11.2(w)												
Σ F 11.2		3	13	16		3	12	15		2	4	6
F 12.1			17	17	1	5	16	22		8	39	47
F 12.1 (w)												
Σ F 12.1			17	17	1	5	16	22		8	39	47
F 12.2			4	4		2	2	4		1	2	3
F 12.2 (w)												
Σ F 12.2			4	4		2	2	4		1	2	3
F 14.1			1	1						1	1	2
F 14.1 (w)												
Σ F 14.1			1	1						1	1	2
F 14.2										1	1	2
F 14.2 (w)												
Σ F14.2										1	1	2

F 19.1		5	25	30		8	15	23		4	13	17
F 19.1 (w)						1		1				
Σ F 19.1		5	25	30		9	15	24		4	13	17
F 19.2		10	28	38	1	4	21	26		3	9	12
F 19.2 (w)		1		1						1		1
Σ F 19.2		11	28	39	1	4	21	26		4	9	13

\* Schlüsselung nach ICD-10:

F 10.- Alkohol

F 11.- Opioide

F 12.- Cannabinoide

F 14.- Kokain

F 19.- multipler Substanzgebrauch oder andere psychotrope Substanzen

jeweils -1 schädlicher Gebrauch

-2 Abhängigkeitssyndrom

Die Auswertung der Daten aus dem Jahr 2003 ist noch nicht komplett abgeschlossen. Bis 1999 wurde nach dem Krankheitsschlüssel Bundeswehr, der auf dem ICD-9 basierte, verschlüsselt. Die Schlüsselnummer 303 umfasste neben dem Alkoholmissbrauch auch die Alkoholabhängigkeit, die Schlüsselnummer 304 Drogenabhängigkeit allgemein. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Werte der ersten Tabelle aus den Jahren 2000 bis 2002 entsprechend zusammengefasst:

Schlüsselnummer	1999			1999	2000	2001	2002
	BS	SaZ	Wpfl	jeweils gesamt			
303	137	80	75	292	313	290	291
304	1	21	125	147	109	95	91

2. Wie verteilt sich der Missbrauch illegaler Drogen in der Bundeswehr auf die einzelnen Drogen (Cannabis, Kokain, Designerdrogen, halluzinogene Drogen, Opiate), und welche Entwicklungen hat es bei den einzelnen Suchtmitteln seit dem Erlass der Richtlinien vom 8. Juli 1999 gegeben?

Datengrundlage der folgenden Tabelle sind neben den als so genanntes Besonderes Vorkommnis bekannt gewordenen Fällen von Drogenmissbrauch unter anderem Angaben von Soldatinnen und Soldaten im Rahmen ihrer Entlassung beziehungsweise truppenärztliche Feststellungen. Doppelzählungen wurden vermieden.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Fälle insgesamt	2 092	2 172	1 951	1 730	1 876	1 743
Opium, Morphin-Alkaloide und Derivate, darunter:	143	145	119	82	84	43
Opium, Morphinum	38	19	17	20	24	5
Heroin	115	126	102	62	60	38
andere Arten						
Barbiturate					1	
Luminal						
andere Arten					1	
Andere Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Tranquillizer, darunter:			1			
Schlafmittel						
Beruhigungsmittel			1			
Tranquillizer						
<b>Kokain</b>	124	200	168	91	79	42
<b>Cannabinoide, darunter:</b>	1 754	1 805	1 659	1 414	1 200	988
Haschisch	1 231	1 283	1 182	969	663	300
Marihuana	523	522	477	445	389	379
ohne Angaben					148	309
<b>Andere Stimulantien, darunter:</b>	163	218	208	165	116	123
Ephedrin						
Captagon	18	17	11	2		
Rosimon						
Ecstasy	145	201	197	161	107	75
Ritalin						
Preludin						
Pervitin						
AN I						
ohne Angaben				2	9	48
<b>Halluzinogene, darunter:</b>	102	147	155	103	46	4
LSD	102	147	155	103	46	4
Meskalin						
<b>Rauschmittel ohne nähere Angaben</b>	560	560	435	444	674	636

	1999	2000	2001	2002	2003
Fälle insgesamt	2 172	1 951	1 730	1 876	1 743
pro 1 000 der Ist-Stärke	6,74	6,14	5,62	6,29	6,14
Opiate	0,44	0,37	0,27	0,28	0,15
Kokain	0,38	0,52	0,29	0,26	0,14
Cannabinoide	5,44	5,22	4,59	4,02	3,48
Stimulantien	0,51	0,65	0,53	0,38	0,43
Halluzinogene	0,31	0,48	0,33	0,15	0,01
Rauschmittel ohne nähere Angaben	1,73	1,36	1,44	2,26	2,24

3. Wie stellt sich die Anzahl der Suchterkrankungen und des Suchtmittelmissbrauchs innerhalb der Bundeswehr im Verhältnis zur Anzahl der Suchterkrankungen und des Suchtmittelmissbrauchs innerhalb der Gesamtbevölkerung dar?

In regelmäßigen Abständen wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland“ (Bundesstudie) durchgeführt.

Nach der Bundesstudie des Jahres 2000 ergeben sich für die Gruppe der 18- bis 59-Jährigen:

- Alkohol-Missbrauch bei 3,38 Prozent (1,6 Millionen Personen)
- Alkohol-Abhängigkeit bei 3,17 Prozent (1,5 Millionen Personen)
- Cannabis-Missbrauch bei 0,29 Prozent (140 000 Personen)
- Cannabis-Abhängigkeit bei 0,51 Prozent (240 000 Personen)
- Kokain-Missbrauch oder -Abhängigkeit bei 0,82 Prozent (390 000 Personen) und
- Opiat-Abhängigkeit bei 0,32 Prozent (150 000 Personen)

Die Studie des Jahres 2003 rechnet für zirka 17 Prozent der 18- bis 59-jährigen Männer (3,8 Millionen) einen täglichen Reinalkoholkonsum > 30 Gramm, also einen schädlichen Alkoholgebrauch, hoch. Für die übrigen Stoffgruppen fanden sich folgende Prävalenzen in den jeweiligen Altersgruppen:

	Lebenszeitprävalenz			12-Monatsprävalenz		
	18 bis 59 J.	18 bis 34 J.	18 bis 24 J.	18 bis 59 J.	18 bis 34 J.	18 bis 24 J.
Cannabis	24,3 %	35,9 %	42,7 %	6,8 %	14,3 %	21,6 %
Opiate	1,4 %	2,1 %				
Kokain	3,0 %	4,8 %	4,4 %	0,8 %	1,6 %	1,8 %
Designerdrogen	2,4 %	5,2 %	6,3 %	0,8 %	1,9 %	2,1 %
Amphetamine LSD u. a.	3,3 %	5,4 %	6,0 %	0,9 %	2,2 %	3,1 %

Wegen der unterschiedlichen Arten der Datenerhebung sind die zu den Fragen 1 und 2 dargelegten Zahlen sicher nicht direkt mit den Ergebnissen der Bundesstudien vergleichbar.

4. Wie verteilen sich derzeit die Zahl der Suchterkrankungen und der Missbrauch der unterschiedlichen Suchtmittel nach Berufs- und Zeitsoldaten, nach Geschlecht, nach Waffengattungen und nach Wehrbereichen?

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Fälle insgesamt	2 092	2 172	1 951	1 730	1 876	1 743
<b>Rauschmittelkonsumenten nach Organisationsbereichen</b>						
Heer	1 352	1 567	1 330	1 197		
Luftwaffe	574	525	511	415		
Marine	119	71	99	104		
Andere Org-Bereiche	30	9	-	14		
<b>Rauschmittelkonsumenten nach Dienstverhältnis</b>						
Berufssoldaten	5	1	1	-	-	1
Soldaten auf Zeit	309	229	228	215	222	225
Wehrpflichtige	1 778	1 942	1 722	1 515	1 605	1 517
ohne Angabe					49	
<b>darunter:</b> Wehrpflichtige und Soldaten auf Zeit im 1. bis 3. Dienstmonat	610	721	637	648	730	570
<b>Rauschmittelkonsumenten nach Wehrbereichen</b>						
WB I (bzw. WB Nord)	292	336	367	262	315	464
WB II (bzw. WB Nord)	382	345	289	80	284	
WB III (bzw. WB West)	281	332	237	232	231	542
WB IV (bzw. WB West)	408	332	299	256	275	
WB V (bzw. WB Süd)	189	218	158	166	229	517
WB VI (bzw. WB Süd)	282	312	322	319	272	
WB VII (bzw. WB Ost)	221	233	199	173	203	157
WB IX (Dienststellen im Ausland)	37	64	80	42	67	63

5. Wie wird die in Kapitel 4.2. des Drogen- und Suchtberichts 2004 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Suchtprävention in der Bundeswehr) erwähnte, auf junge Wehrpflichtige zugeschnittene Informationskampagne aussehen?

Die Informationskampagne findet in den Grundausbildungseinheiten statt, um die jungen Soldatinnen und Soldaten frühestmöglich zu erreichen. Den Rekruten werden Postkarten ausgehändigt, die auf das Problem Alkohol im Dienst und am Steuer aufmerksam machen. Zusätzlich werden in den Einheiten für die Dauer der auf zirka ein Jahr veranschlagten Kampagne Plakate mit denselben Motiven aufgehängt. Die Kompaniechefs sind angehalten, das Thema zum Gegenstand einer allgemeinen Unterrichtung zu machen.

6. Welche Ziele soll diese Kampagne verfolgen und wie soll die Zielerreichung überprüft werden?

Ziel der Kampagne ist es, in einer Form, die auf junge Leute zugeschnitten ist, auf die Folgen von Alkohol aufmerksam zu machen. Die Kampagne wurde von der Polizei des Saarlandes übernommen und dort bereits erfolgreich durchgeführt. Die mentale Betroffenheit als Zielerreichung wurde bei einem Probelauf in Grundausbildungseinheiten im I. Quartal 2004 nachgewiesen, die Akzeptanz der Kampagne wurde mit Hilfe einer repräsentativen Umfrage festgestellt.

7. Hält die Bundesregierung die im Rahmen dieser Informationskampagne vorgesehene Plakat- und Postkartenaktion für ausreichend, um junge Wehrdienstleistende dauerhaft vom Alkoholkonsum abzuhalten, und wenn ja, warum?

Das Bundesministerium der Verteidigung sieht in der Plakat- und Postkartenaktion eine gute Möglichkeit, um im Rahmen der Kampagne auf den besonders gefährdeten Kreis der jungen Grundwehrdienstleistenden einzuwirken.

8. Wie sah die Beteiligung der Vertreter des Führungsstabes der Streitkräfte an der Erstellung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“ vom 25. Juni 2003 aus?

Der unter Federführung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung entstandene Aktionsplan Drogen und Sucht wurde maßgeblich von der interministeriellen Arbeitsgruppe Drogen und Sucht mitgestaltet. Das Bundesministerium der Verteidigung hat aktiv und regelmäßig in der Arbeitsgruppe mitgewirkt und dabei die Erfahrungen und Belange der Bundeswehr eingebracht.

9. Gibt es ein Konzept für die Aktualisierung der Ausbildungs-CD zur Suchtprävention in der Bundeswehr und mit welcher Zielsetzung soll die CD aktualisiert werden?

Die CD-ROM „Drogen & AIDS – Prävention in der Bundeswehr“ wird derzeit überarbeitet und aktualisiert. Die CD-ROM wird alle bekannten Erscheinungsformen von Sucht sowie ein Manual Suchtprävention, die Richtlinien der Bundeswehr zur Suchtprävention sowie die aktuelle dienstrechtliche, statusrechtliche und disziplinare Auseinandersetzung mit dem Thema Drogen und Sucht enthalten. Die CD-ROM wird als Informations- und Ausbildungs-CD in der Truppe Verwendung finden. Die Ausbildungszielgruppen werden unverändert sein: Rekruten, Soldatinnen und Soldaten vor Auslandseinsätzen, Kommandeure, Disziplinarvorgesetzte, Kompaniefeldwebel, Offiziere/Unteroffiziere, Personaloffiziere, Sanitätspersonal, Militärseelsorger, Sozialarbeiter, Rechtsberater. Ziel ist, dass die Soldatin/der Soldat eine eigenverantwortliche und zeitstabile Verhaltenskompetenz im Bezug auf legale und illegale Drogen (durch geeignete Verhaltensmaßnahmen) erlangt. Die Verhaltenskompetenz soll sich auf Wissen, Ziele, emotionale Betroffenheit, Motivation und Fähigkeiten stützen.

10. Worauf stützt die Bundesregierung ihre Aussage, dass die „ersten Erfahrungen in den Seminaren“ zeigen, dass das Thema zur Alkoholprävention am Arbeitsplatz „positiv angenommen“ wird (S. 74 Drogen- und Suchtbericht 2004)?

Das Thema „Suchtprävention in der Bundeswehr“ wird als Ausbildungsmodul in zahlreichen Lehrgängen an den Offizier- und Unteroffizierschulen sowie am Zentrum Innere Führung gelehrt. Erfahrungsberichte und Lehrgangsauswertungen lassen erkennen, dass das Thema ernst und positiv aufgenommen wird und auf den entsprechenden Ebenen eine Sensibilisierung vorhanden ist. Dies gilt auch in Bezug auf die Vorbildfunktionen militärischer Vorgesetzter gegenüber den Soldatinnen und Soldaten.

11. Inwieweit werden militärische Vorgesetzte auf ihre Vorbildfunktion gegenüber den Soldaten in Bezug auf den Gebrauch von Suchtmitteln hingewiesen?

Siehe Antwort zu Frage 10 und 15.

12. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um bei Unteroffizieren, die laut Wehrbericht 2004 am stärksten unter den Vorgesetzten wegen Drogenmissbrauchs auffällig geworden sind (S. 36), diesen Missbrauch zu bekämpfen?

Bei den im Wehrbeauftragtenbericht 2003 genannten besonderen Vorkommnissen mit Verdacht auf Straftaten und Ordnungswidrigkeiten nach dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln waren im Jahre 2003 in 94 Fällen Unteroffiziere betroffen. Dies entspricht weniger als 0,1 Prozent aller Unteroffiziere. Die Vorgesetzten sind verpflichtet, bei bekannt gewordenem Drogenmissbrauch entsprechend der in den Vorschriften festgelegten Form gegen den Missbrauch vorzugehen.

13. Steigt die Zahl der Suchterkrankungen mit zunehmender Dauer des Dienstverhältnisses der Soldaten, und wenn ja, in welchem Umfang?

Hierzu liegen keine Erkenntnisse vor.

14. Zeichnet sich angesichts der Zunahme internationaler Einsätze eine Erhöhung der Zahl der Suchterkrankungen in der Bundeswehr ab, und wenn ja, in welchem Umfang?

Aus dem Kreis der Soldatinnen und Soldaten, die für die Teilnahme an internationalen Einsätzen in Frage kommen (insbesondere Berufssoldaten und Zeitsoldaten), lässt sich eine Erhöhung der Zahl der Suchterkrankungen nicht feststellen.

15. Werden Vorgesetzte für den Umgang mit suchtkranken oder suchtgefährdeten Soldaten, insbesondere im Auslandseinsatz, besonders ausgebildet und wie schätzt die Bundesregierung die Notwendigkeit einer solchen Vorbereitung ein?

Das Thema „Suchtprävention in der Bundeswehr“ wird als Ausbildungsmodul in zahlreichen Offizier- und Unteroffizierlehrgängen sowie am Zentrum Innere Führung gelehrt. Darüber hinaus stehen den Vorgesetzten in der Bundeswehr eine Vielzahl von Vorschriften, Führungshilfen und Ausbildungshilfsmitteln zur Verfügung, die Hinweise und Unterstützung für den Umgang mit suchtkranken oder suchtgefährdeten Soldatinnen und Soldaten geben. Hinzu kommt die Unterstützung durch Truppenärzte, Truppenpsychologen, Sozialarbeiter, Militärseelsorger, Vertreter der Soldatenselbsthilfe gegen Sucht sowie durch das Dokumentationszentrum Suchtprävention und -bekämpfung am Zentrum Innere Führung.

Im Rahmen der Einsatzvorbereitenden Ausbildung, die jeder Vorgesetzte im Rahmen seiner Ausbildung erhält, wird die Thematik wie folgt behandelt:

Im Rahmen der vorbereitenden Ausbildung für Auslandseinsätze am Zentrum Innere Führung werden die Vorgesetzten angehalten, eine Personalauswahl rechtzeitig vor Einsatzbeginn zu treffen. Dabei wird besonders auf die Erkennung suchtgefährdeter Soldatinnen und Soldaten hingewiesen.

In der Einsatzbezogenen Zusatzausbildung werden die Lehrgangsteilnehmer durch einen Landeskundigen in einem 3-stündigen Unterricht mit den Sitten und Gebräuchen der Bevölkerung im Einsatzgebiet vertraut gemacht. Darüber hinaus werden zum Beispiel in der Luftwaffe durch einen Truppenpsychologen in einem 5-stündigen Unterricht die physischen und psychischen Belastungen im Einsatz, die Ursache für einen beginnenden Drogenkonsum sein könnten, erörtert. Hierbei werden neben den Auswirkungen dieser Belastungen auch Verfahren und Maßnahmen zur Verminderung der Belastungen und Techniken zur Entspannung vorgestellt.

Darüber hinaus wird durch einen Truppenarzt das Thema „Sanitätsdienstliche Prophylaxe für den Einsatz“ in einem 2-stündigen Unterricht behandelt. Ausbildungsinhalt dieses Unterrichts sind unter anderem Drogen und Betäubungsmittel als potenzielle gesundheitliche Risiken im Einsatz.

Das VN-Ausbildungszentrum der Bundeswehr weist Vorgesetzte und Führer für den Auslandseinsatz während der Ausbildung im Anteil Stressbewältigung auf die Problematik Drogen und Suchtmittel hin. Dabei werden die auszubildenden Soldatinnen und Soldaten neben dem Erlernen von Methoden der Stressbewältigung auch im Umgang mit alkoholisierten und unter Drogeneinfluss stehenden Soldatinnen und Soldaten geschult. Im Ausbildungsabschnitt „Kameradenhilfe“ wird eine Unterweisung zum Themenbereich Drogen und Suchtmittel durchgeführt.

Im Rahmen der Multiplikatorenlehrgänge (zum Beispiel „Berater Suchtprävention“, „Innere Führung mit Einheitsführern“, „Innere Führung mit Bataillonkommandeuren“ und „Innere Führung mit Kompaniefeldwebeln“) am Zentrum Innere Führung werden Vorgesetzte hinsichtlich Suchtprävention sensibilisiert.

16. Wie viele Soldaten sind während der Auslandseinsätze bedingt durch Suchtmittelmissbrauch repatriiert worden?

Seit 2002 wurden insgesamt zwölf Soldaten vorzeitig wegen Drogenmissbrauchs zurückgeführt. Entsprechende Statistiken über Auslandseinsätze der Bundeswehr vor 2002 liegen wegen der damaligen Neuordnung der Einsatzführung nicht vor. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Anzahl solcher Verfehlungen sich nicht wesentlich verändert hat. Vorzeitige Rückführungen auf Grund alkoholbedingter disziplinarer Verfehlungen bewegen sich nach hiesiger Kenntnis auf einem vergleichbar niedrigen Niveau.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Soldatinnen und Soldaten in Auslandseinsätzen, im Jahr 2002 etwa 22 000, im Jahr 2003 etwa 21 600 und im Jahr 2004 bisher etwa 15 000 (pro Kalenderjahr jeweils zwei Kontingente mit einer Einsatzdauer von grundsätzlich sechs Monaten einschließlich Splittingpersonal und Ersatzpersonal auf Grund personeller Ausfälle), sind die bekannt gewordenen und geahndeten Vorfälle von äußerst geringem Umfang. Dies spricht für die Wirksamkeit der durch die Bundeswehr in diesem Zusammenhang ergriffenen Maßnahmen.

17. Bei wie vielen Soldaten wird nach Auslandseinsätzen ohne vorzeitige Beendigung ein Drogenmissbrauch festgestellt?

Hierüber liegen keine zahlenmäßigen Erkenntnisse vor.

18. Wie oft führen Suchterkrankungen zur Dienstunfähigkeit von Soldaten oder zur vorzeitigen Entlassung aus der Bundeswehr?

In den Jahren 1999 bis 2003 wurden wegen einer Suchterkrankung dienstunfähig entlassen:

Jahr	Entlassungsuntersuchte Soldaten insgesamt	davon mit Tauglichkeitsgrad	
		vorübergehend nicht wehrdienstfähig * (4)	nicht wehrdienstfähig ** (5)
1999	152	72	80
2000	141	72	69
2001	169	96	73
2002	117	70	47
2003	103	62	41

\* Ausmaß des Missbrauchs (bei wahrscheinlicher Abhängigkeit) und der Therapiefähigkeit gegenwärtig nicht sicher beurteilbar/noch laufende oder weniger als ein Jahr zurückliegende Entwöhnungsbehandlung

\*\* u. a. körperliche oder seelische Abhängigkeit von Rauschmitteln und/oder Medikamenten/Zustand nach erfolgloser Entwöhnungsbehandlung mit auf Dauer ungünstiger Prognose

Auf Grund der Erfassungsart sind die genannten Zahlen nicht weiter nach Statusgruppen (Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Grundwehrdienst Leistende) oder nach Alter aufgliederbar. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die als vorübergehend nicht wehrdienstfähig entlassenen Soldatinnen und Soldaten fast vollständig und die als nicht wehrdienstfähig entlassenen Soldatinnen und Soldaten zu einem überwiegenden Teil aus dem Kreis der Grundwehrdienst leistenden Soldatinnen und Soldaten stammen.

19. Welche Ursachen führen hauptsächlich zum Drogenmissbrauch bei Soldaten?

Hierüber liegen keine abschließenden Erkenntnisse vor. Da es sich bei den Soldaten mit erkanntem Drogenmissbrauch zu 92 Prozent um junge Mannschaftsdienstgrade handelt, ist davon auszugehen, dass die Ursachen in den weitaus meisten Fällen im gesellschaftlichen Umfeld in der Zeit vor dem Grundwehrdienst und damit ausserhalb des dienstlichen Bereichs liegen.

20. Sind die räumliche Trennung von Familie und Freunden sowie das Auseinanderbrechen von Partnerschaften Ursache von Drogenmissbrauch, und wenn ja, welchen Anteil am Gesamtdrogenmissbrauch nehmen diese Gründe ein?

Ein Zusammenhang zwischen dem Auseinanderbrechen von Partnerschaften beziehungsweise der räumlichen Trennung von der Familie und dem Genuss von Drogen ist nicht bekannt.

21. Welcher Anteil des Drogenmissbrauchs lässt sich auf die Einsatzbelastung während eines Auslandsaufenthaltes zurückführen und steigt der Missbrauch bei den Soldaten mit der Dauer des Auslandseinsatzes?

Die Annahme, dass mit der Einsatzbelastung beziehungsweise der Einsatzdauer die Gefahr des Suchtmittelmissbrauchs ansteigt, kann durch die bisher erkannten Vorfälle nicht gestützt werden. Es ist eher zu vermuten, dass die betroffenen Soldatinnen und Soldaten bereits vor dem Einsatz entsprechende Erfahrungen in der Heimat gesammelt haben.

22. Bei wie vielen Soldaten kann eine ursächliche oder verstärkende Korrelation zwischen Einsatzbelastung, Drogenmissbrauch und Selbsttötung vermutet oder sicher hergestellt werden?

Die im Umfeld des Suizids betroffenen Personen werden regelmäßig unter anderem durch den Sozialdienst und dem Psychologischen Dienst der Bundeswehr betreut. Dabei steht allerdings nicht die Ursachenforschung zur Aufklärung/Erklärung des Suizids im Vordergrund. Sofern allerdings Vermutungen beziehungsweise Gründe für einen erfolgten Suizid festgestellt werden konnten, waren diese ausschließlich auf Beziehungsprobleme und/oder finanzielle Schwierigkeiten zurückzuführen.

Ein statistisch gesicherter Zusammenhang zwischen Einsatzbelastung, Drogenmissbrauch und Selbsttötung kann auf Grund der geringen Fallzahlen nicht erkannt werden.

23. Bei wie vielen Soldaten kann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer diagnostizierten Psychotraumatischen Erkrankung (PTSB) und einem damit einhergehenden Drogenmissbrauch hergestellt werden?

Dazu konnten in den bisher behandelnden PTBS-Fällen keine Erkenntnisse gewonnen werden.

24. Welche Maßnahmen werden im Bereich der primären, sekundären und tertiären Suchtprävention, der Suchtbehandlung sowie der Nachsorge suchtkranker Soldaten innerhalb der Bundeswehr durchgeführt und wie verteilen sich diese auf die verschiedenen Ebenen (Bundesebene, Interministerielle Ebene, Interne Koordinierungsmaßnahmen des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg): Koordinierungsgruppe Suchtprävention und Suchtbekämpfung des BMVg, Durchführungsebene: Kommunikative Netzwerke)?

Maßnahmen der primären Suchtprävention werden in den Fragen 10, 15 und 25 dargestellt.

Bei bekannt werden einer Suchterkrankung ist der Truppenarzt mit Einverständnis der zu behandelnden Person vor Einleitung einer stationären Therapie gehalten, den Sozialdienst des Standortes einzuschalten, um die betroffenen Soldatinnen und Soldaten gegebenenfalls in eine Selbsthilfegruppe zu vermitteln und der Familie der betreffenden Person eine eventuell notwendige Unterstützung zukommen zu lassen.

In der Behandlung der durch eine Suchterkrankung auftretenden körperlichen, seelischen und sozialen Schäden gelten die gleichen Grundsätze wie für die gesamte Bevölkerung. Die Behandlung des akuten Intoxikationszustandes oder die Behebung vorhandener Komplikationen erfolgt je nach Situation entweder in einem Bundeswehrkrankenhaus oder in einem zivilen Krankenhaus. Die Entgiftungsbehandlung wird grundsätzlich in einem Bundeswehrkrankenhaus mit einer Abteilung für Neurologie und Psychiatrie durchgeführt. Die anschließende Entwöhnungsbehandlung erfolgt in einer geeigneten zivilen Einrichtung als Kurzzeit- (8 bis 12 Wochen) oder Langzeittherapie (4 bis 6 Monate), die erforderlichenfalls auch verlängert werden kann.

Der Sozialdienst der Bundeswehr weist unmittelbar nach der Einberufung und insbesondere vor einem Einsatz außerhalb Deutschlands alle Soldatinnen und Soldaten in Vortragsveranstaltungen auf die vielfältigen Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten im sozialrechtlichen und/oder privaten Bereich hin. Sozialarbeiter sind ebenso wie Truppenärzte, Vorgesetzte und Militärseelsorger in die örtlich bestehenden kommunikativen Netzwerke eingebunden. Suchtkranke Soldatinnen und Soldaten sowie ihre Angehörigen werden im Vorfeld, während einer Therapie und in deren Nachsorge, mit ihrem Einverständnis, begleitet und zur Festigung der Therapiemaßnahmen an die jeweiligen örtlich bestehenden Hilfeinrichtungen, zum Beispiel die Anonymen Alkoholiker oder die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht, vermittelt.

25. Sind die derzeitigen Strukturen sowie die Effektivität der Suchtprävention, der Suchtbehandlung sowie der Nachsorge suchtkranker Soldaten in der Bundeswehr auf ihre Wirksamkeit hin überprüft worden, und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?

Die derzeitigen Strukturen der Suchtprävention, die auf der Grundlage der Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und -bekämpfung für Soldatinnen und Soldaten vom Juli 1999 beruhen, decken das Feld breit ab. Neben den entsprechenden Hinweisen in den Allgemeinen Zentralen Dienstvorschriften steht den Vorgesetzten der Allgemeine Umdruck Nr. 300 „Führungshilfe für Kommandeure und Einheitsführer – Suchtproblematik“, die CD-ROM „Drogen & AIDS – Prävention in der Bundeswehr“, die Homepage „[www.suchtpraevention-bundeswehr.de](http://www.suchtpraevention-bundeswehr.de)“ sowie das Dokumentationszentrum Drogen- und Suchtprävention am Zentrum Innere Führung zur Verfügung. Darüber hinaus besteht für betroffene Soldatinnen und Soldaten die Möglichkeit, sich auch ohne Einschalten militärischer Vorgesetzter zum Beispiel an die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht zu wenden.

Die Behandlung suchtkranker Soldaten erfolgt nach den gleichen Grundsätzen, die auch im zivilen Gesundheitswesen gelten.

26. Wie viele Soldaten nehmen die Angebote der Suchtprävention, der Suchtbehandlung sowie der Nachsorge in Anspruch und lässt sich eine Entwicklung erkennen?

Es liegen keine bundeswehrweiten Gesamtzahlen vor. Die Zahl der am Zentrum Innere Führung zum Thema Suchtprävention ausgebildeten Vorgesetzten beläuft sich auf zirka 150 bis 200 Soldatinnen und Soldaten pro Jahr. Die Bundeswehr-Homepage zur Suchtprävention im Internet wurde in der Vergangenheit zirka 1 800 Mal im Jahr besucht. Mit der in Kürze realisierten Präsenz dieser Homepage auch im Intranet der Bundeswehr sind künftig deutlich höhere Zugriffszahlen zu erwarten.

Darüber hinausgehendes verwertbares Zahlenmaterial über die Nutzung der Angebote zur Suchtprävention steht nicht zur Verfügung.

Die Zahl der zwischen 1999 und 2003 genehmigten Entwöhnungsbehandlungen liegt bei zirka 90 pro Jahr (1999: 88, 2000: 109, 2001: 87, 2002: 86, 2003: 91).

27. Inwieweit wird die Suchtprävention sowie die Suchtbehandlung in der Ausbildung von Unteroffiziers- und Offiziersanwärtern derzeit berücksichtigt und hält die Bundesregierung dies für ausreichend?

Bereits in der Allgemeinen Grundausbildung werden die Soldatinnen und Soldaten innerhalb der ersten Wochen nach Dienst Eintritt vom Truppenarzt im Rahmen der Drogenprävention über die Gefahren im Umgang mit Betäubungsmitteln informiert. Ferner werden die Soldatinnen und Soldaten über die straf- und dienstrechtlichen Folgen aktenkundig belehrt. Die Offizier- und Unteroffiziersanwärter sind in die Allgemeine Grundausbildung integriert.

Im Rahmen der weiteren Vorgesetztenausbildung wird innerhalb der Lehrgangsbundenen Ausbildung mit jeweils unterschiedlichen Stundenansätzen das Thema Suchtproblematik behandelt. So findet beispielsweise in den Lehrgängen „Fortbildung für künftige Einheitsführer der Luftwaffe“ beziehungsweise „Fortbildung für künftige Kommandeure der Luftwaffe“ ein Tagesseminar „Kommunikatives Netzwerk“ statt, in dem die Zusammenarbeit zwischen Einheitsführer, Truppenarzt, Militärpfarrer, Sozialarbeiter und der Umgang mit betroffenen Soldatinnen und Soldaten behandelt wird. Darüber hinaus werden in beiden Lehrgängen zusätzliche Unterrichtseinheiten mit der Thematik „Erkennen von Suchtgefahren; Prävention Aids, Alkohol und Drogen“ durchgeführt. Analog zu diesen Beispielen wird die Thematik ebenfalls bei Heer und Marine behandelt.

Innerhalb der Aus- und Weiterbildung der Unteroffiziere mit Portepee nimmt der Themenbereich ebenfalls breiten Raum ein. In mehreren Ausbildungsabschnitten werden im Lehrfach „Innere Führung“ im Thema „Betreuung und Fürsorge“ Suchterkrankungen und Suchtprävention als konkrete Ausbildungsthemen entsprechend der jeweiligen Verantwortungsebene behandelt.

Für alle Dienstgradgruppen des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist die Unterrichtung und Ausbildung zum Thema „Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankung bei Soldaten“ grundsätzlich fester Bestandteil aller Laufbahnlehrgänge.

28. Wer ist innerhalb der jeweiligen Kaserne nach den dienstrechtlichen Bestimmungen der zuständige Ansprechpartner in Fragen der Suchtprävention, der Suchtbehandlung sowie der Nachsorge und wird dieser den Soldaten direkt vorgestellt?

Ansprechpartner in Fragen der Suchtprävention sind die jeweiligen unmittelbaren Vorgesetzten der betroffenen Soldatinnen und Soldaten, das heißt in erster Linie die Disziplinarvorgesetzten. Darüber hinaus können die Sozialarbeiter der Standortverwaltung, die zuständigen Truppenärzte sowie Militärseelsorger hinzugezogen werden. Diese sind den Soldatinnen und Soldaten bekannt und für sie erreichbar.

29. Welchen fortbestehenden Anspruch auf Nachsorge hat ein suchtkranker Soldat, welcher aus der Bundeswehr entlassen wird?

Nach Beendigung der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gelten – wenn bei Beendigung des Wehrdienstverhältnisses eine behandlungsbedürftige Gesundheitsstörung weiterbesteht – je nach Status der früheren Soldatin/des früheren Soldaten unterschiedliche Regelungen.

Ehemalige Soldatinnen und Soldaten, die Grundwehrdienst geleistet oder an einer besonderen Auslandsverwendung teilgenommen haben sowie ehemalige Soldaten/Soldatinnen auf Zeit haben Anspruch auf freie Heilbehandlung nach § 82 des Soldatenversorgungsgesetzes. Die Leistungen sind allgemein auf die Dauer von drei Jahren nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses begrenzt. Der Anspruch ist im Wesentlichen ausgeschlossen, wenn und soweit eine gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Sozialversicherungsträger zu entsprechenden Leistungen verpflichtet ist, die ehemalige Soldatin und der ehemalige Soldat ein Einkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreitet oder die Gesundheitsstörung auf eigenem Vorsatz beruht. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die schon während des Wehrdienstverhältnisses begonnene unentgeltliche truppenärztliche Versorgung aus Fürsorgegründen zur Überleitung auf die genannte Heilbehandlung nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses für höchstens drei Monate weiter gewährt werden.

Mit Eintritt des Berufssoldaten/der Berufssoldatin in den Ruhestand endet der Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Die Betroffenen erhalten dann im Ruhestand für die hier in Rede stehenden Aufwendungen Beihilfen nach Maßgabe der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen des Bundes. Die Beihilfen des Bundes sind eine die Alimentation ergänzende Fürsorgeleistung. Die Beihilfen sehen volle Kostenerstattung nicht vor.

Die Beihilfen betragen für den Berufssoldaten/die Berufssoldatin im Ruhestand 70 v. H. der beihilfefähigen Aufwendungen. Für ehemalige Soldaten/Soldatinnen auf Zeit gilt dies entsprechend, jedoch längstens für die Dauer von drei Jahren nach Ausscheiden aus der Bundeswehr, soweit sie nicht gesetzlich krankenversichert sind.

30. Wird das Angebot der Nachbetreuung dem Anspruch ehemaliger Soldaten auf Nachsorge gerecht und wie oft wird dieses genutzt?

Zeit- und Berufssoldaten werden zeitgerecht darüber unterrichtet, dass im Rahmen der erforderlichen Nachsorge eine weitere Betreuung durch den Sozialdienst der Bundeswehr bei Bedarf gewährleistet ist. Es liegen jedoch keine Erkenntnisse vor, in welchem Umfang dies genutzt wird.

31. Wie schätzt die Bundesregierung die Wirksamkeit der Arbeit des „Dokumentationszentrum Suchtprävention und -bekämpfung“ ein?

Das Dokumentationszentrum Suchtprävention und -bekämpfung erfasst und sammelt Schriftgut zur Thematik und macht es der Truppe auf Anfrage zugänglich. Es wird zunehmend genutzt. Darüber hinaus werden im Rahmen der Lehrgänge am Zentrum Innere Führung Multiplikatoren sensibilisiert und ausgebildet, die die Thematik in die Truppe weitertragen.

32. Wie schätzt die Bundesregierung die Arbeit der „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht“ ein und welche Unterstützung bietet sie dieser Selbsthilfeorganisation?

Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht ist ein Kreis freiwillig und ehrenamtlich tätiger Angehöriger und ehemaliger Angehöriger der Bundeswehr. Er setzt sich aus Sozialarbeitern, Ärzten, Militärseelsorgern und insbesondere Freiwilligen, zum Teil selbst betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen und ist insbesondere im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention tätig. Da es sich bei der Selbsthilfegruppe um eine nicht institutionalisierte Gruppe Freiwilliger handelt, bestehen keine Regelungen, gegenseitige Verpflichtungserklärungen, Dienstpostenbeschreibungen oder andere Vereinbarungen zwischen der Gruppe und dem Bundesministerium der Verteidigung. Diese sind derzeit unter diesen Rahmenbedingungen – es handelt sich rechtlich um Einzelpersonen – auch nicht möglich. Jedoch wird der Selbsthilfegruppe im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel zum Beispiel der Postversand über Dienstpost ermöglicht. Seit 2003 werden jährlich acht Soldatinnen/Soldaten in einer zivilen Ausbildungseinrichtung aus Haushaltsmitteln des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zu Suchtkrankenhelfern ausgebildet. Die Arbeit der Soldatenselbsthilfe gegen Sucht wird wegen deren Niederschwelligkeit von den Betroffenen gut angenommen und unterstützt und ergänzt das vielfältige Angebot der Bundeswehr im Bereich der Suchtprävention wirkungsvoll.

33. Wie werden die seit 2003 jährlich ausgebildeten acht Suchtkrankenhelfer eingesetzt und wie schätzt die Bundesregierung deren Arbeit ein?

Die ersten Suchtkrankenhelfer haben ihre Ausbildung vor zirka sechs Monaten beendet, so dass sich ein gefestigtes Urteil über deren Wirksamkeit noch nicht abgeben lässt.

34. Wie werden die jährlich acht Soldaten für die Ausbildung zum Suchtkrankenhelfer bestimmt?

Der Projektleiter der Soldatenselbsthilfe gegen Sucht schlägt mögliche Teilnehmer für die Ausbildung zum Suchtkrankenhelfer vor. Diese Vorschläge sind Grundlage der Auswahl. Die Teilnahme an der Ausbildung ist freiwillig.

35. Wie sieht die Ausbildung der Suchtkrankenhelfer aus und wie wird diese finanziert?

Die Ausbildung der Suchtkrankenhelfer erfolgt an der Fachklinik Richelsdorf, Klinik für soziopsychosomatische Krankheiten, Wildeck-Richelsdorf. Sie umfasst zwei einwöchige Seminare und eine einwöchige Hospitation in der Klinik. In den Seminaren werden die Themen Theorie der Suchterkrankungen, Aufgaben des Suchtkrankenhelfers, das Behandlungsnetz, Supervision, Wieder-

eingliederung und Rückfallprophylaxe, Begleiterkrankungen (Comorbidität), Grenzen der Leistungsfähigkeit des Suchtkrankenhelfers sowie Arbeit mit Vorgesetzten behandelt. Die Ausbildung umfasst auch die Thematik der Gesprächsführung mit Übungen.

Die Ausbildung wird aus Haushaltsmitteln des Sanitätsdienstes der Bundeswehr finanziert.

36. Werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Drogen- und Suchtforschung in der Ausbildung der Suchtkrankenhelfer berücksichtigt?

Ja.

37. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Inanspruchnahme der Suchtkrankenhelfer in den Kasernen und lassen sich Unterschiede zu Kasernen ohne Suchtkrankenhelfer feststellen?

Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht ist als Selbsthilfegruppe dem Bundesministerium der Verteidigung gegenüber nicht berichtspflichtig. Daher liegen hier keine systematischen Erkenntnisse über die Inanspruchnahme der Suchthelfer vor.

38. Ist sowohl der Ausbildungsumfang als auch die Anzahl der Suchtkrankenhelfer aus Sicht der Bundesregierung ausreichend?

Die regelmäßige Ausbildung von jährlich acht Suchtkrankenhelfern, die der Bundeswehr nach Abschluss der Ausbildung möglichst lange zur Verfügung stehen, und die damit kontinuierlich anwachsende Zahl der Suchtkrankenhelfer wird als ausreichend angesehen.

39. Plant die Bundesregierung kurz- oder langfristige Verbesserungen bezüglich der Ausbildung sowie der Anzahl der Suchtkrankenhelfer?

Die Ausbildung an der Fachklinik Richelsdorf folgt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es ist nicht beabsichtigt, die Ausbildung zum Suchtkrankenhelfer zu ändern.

40. Wie schätzt die Bundesregierung die Prävention, Suchthilfe und Nachbetreuung der Bundeswehr im Vergleich mit unseren NATO-Partnern ein?

Das Bundesministerium der Verteidigung schätzt die Maßnahmen der Prävention, Suchthilfe und Nachbetreuung im Bereich der Bundeswehr als angemessen und wirkungsvoll ein. Vergleiche mit anderen NATO-Partnern liegen zurzeit nicht vor.