



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Aktionsplan Drogen und Sucht

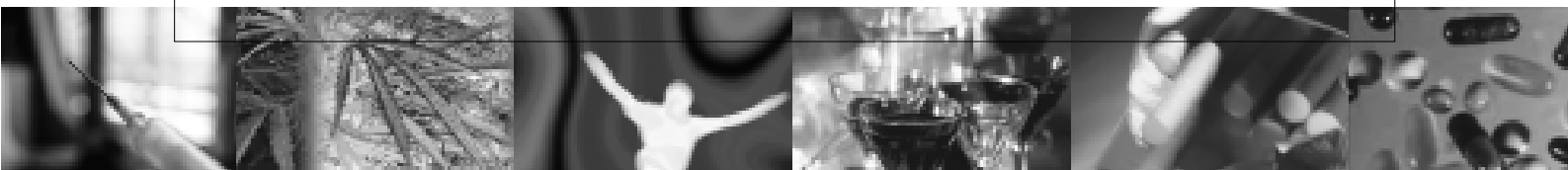


November 2003

AKTIONSPLAN DROGEN UND SUCHT

Inhalt	Seite
I. Vorwort	5
der Parlamentarischen Staatssekretärin und Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marion Caspers-Merk, MdB	
II. Vorwort	9
der Sächsischen Staatsministerin für Soziales Helma Orosz	
III. Aktionsplan Drogen und Sucht	13
1. Einleitung	15
2. Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme als Ziel	21
2.1. Allgemeine Ziele	21
2.2. Substanzbezogene Ziele	24
3. Maßnahmen zur Reduzierung von Suchtproblemen	27
3.1. Prävention	27
3.1.1. Suchtmittelunspezifische Präventionsmaßnahmen	28
3.1.2. Suchtmittelspezifische Präventionsmaßnahmen	32
3.2. Beratung, Behandlung und Rehabilitation	34
3.3. Überlebenshilfen und Schadensreduzierung	41
3.4. Repression und Angebotsreduzierung	43
3.4.1. Reduzierung des Angebotes an illegalen Drogen	44
3.4.2. Überprüfung gesetzgeberischer Maßnahmen	45
3.4.3. Effizientere Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität	47
3.4.4. Bekämpfung des Straßen- und Kleinhandels	50
4. Internationale und europäische Zusammenarbeit	51
5. Forschung	59
6. Ziele und Beispiele für Maßnahmen zur Umsetzung	61
7. Zusammensetzung und Aufgaben des Drogen- und Suchtrates	67
8. Anhänge	69
8.1. Drogenaktionsplan der Europäischen Union 2000–2004	69
8.2. Bestandsaufnahme der Bundesregierung zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans von 1990	71
IV. Beschlüsse der Fachministerkonferenzen der Länder	81

I. Vorwort



Marion Caspers-Merk,
Parlamentarische Staatssekretärin
bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
und Drogenbeauftragte der Bundesregierung

von Marion Caspers-Merk,
Parlamentarische Staatssekretärin
bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
und Drogenbeauftragte der Bundesregierung



AM 25. JUNI 2003 – AM VORTAG DES WELTDROGENTAGES – HAT DAS BUNDESKABINETT DEN „AKTIONSPLAN DROGEN UND SUCHT“ BESCHLOSSEN. WIR VERFÜGEN DAMIT ÜBER EINE MODERNE, UMFASSENDE UND AUSGEWOGENE AGENDA ZUR BEWÄLTIGUNG DER SUCHT- UND DROGENPROBLEME IN DEUTSCHLAND. MIT HILFE DES „AKTIONSPLANS DROGEN UND SUCHT“ SOLL DAS NEUE DENKEN IN DER DROGENPOLITIK, DAS VOR EINIGEN JAHREN EINGELEITET WURDE, IN DEN NÄCHSTEN FÜNF BIS ZEHN JAHREN FEST VERANKERT WERDEN.

Was ist das Neue am „Aktionsplan Drogen und Sucht“? Zu seinen Hauptanliegen gehört es, eine „Kultur des Hinsehens“ zu fördern. Drogen- und Suchtprobleme stellen in Deutschland kein Problem von Randgruppen dar – über neun Millionen suchtkranke Menschen leben in Deutschland. Keiner kann und darf die Augen davor verschließen, dass in unserer Mitte viele Menschen an Suchterkrankungen leiden. Wir alle müssen uns dieser gesellschaftlichen Herausforderung stellen, die sich aus vielen leidvollen Einzelschicksalen zusammensetzt.

Die überwältigende Mehrheit der suchtkranken Menschen in Deutschland ist von den so genannten legalen Suchtmitteln, wie Alkohol, Tabak oder auch Medikamenten, abhängig. Die Eindämmung dieser Abhängigkeitserkrankungen steht deshalb an erster Stelle. Für den Bereich der illegalen Drogen gilt: Die Probleme globalisieren sich immer mehr. Deshalb misst der Aktionsplan der europäischen und internationalen Zusammenarbeit bei der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels große Bedeutung bei.

Sowohl für die legalen als auch für die illegalen Suchtmittel gilt: Der Prävention wird im Aktionsplan ein herausragender Stellenwert eingeräumt. Es muss Ziel sein und bleiben, dass eine Suchterkrankung gar nicht erst auftritt. Denn Vorbeugen ist besser als Heilen.

Der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ vertritt eine realitätsbezogene Drogenpolitik. Er ist der konkreten Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen stärker verpflichtet als ideologischen Maximen. Jeder suchtkranke Mensch muss Zugang zu der ihm angemessenen Thera-

pie haben. Sucht ist keine Sackgasse – es gibt immer einen Weg, der aus ihr herausführt. Der Pfeiler der Überlebenshilfe ist unverzichtbar, denn nur wer überlebt, kann aussteigen. Daneben bleibt es aber auch ein wichtiges Ziel, die Verfügbarkeit von Suchtmitteln in unserer Gesellschaft insgesamt – aber vor allem für Kinder und Jugendliche! – einzuschränken.

Der Verabschiedung im Bundeskabinett ist ein Jahr harter Arbeit an der Erstellung des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ vorangegangen. Über 50 Stellungnahmen von Verbänden sind in den Aktionsplan eingeflossen und haben ihn bereichert. An dieser Stelle möchte ich allen Beteiligten meinen Dank für den konstruktiven Dialog aussprechen. Eine Ideenwerkstatt sowie eine Anhörung haben weitere Impulse gebracht. Auf diese Weise konnten wir viele zusätzliche Anregungen aufnehmen. Der Aktionsplan hat bereits bei der Erarbeitung viel Bestätigung erfahren.

Der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ wurde eng mit den Ländern und den kommunalen Spitzenvertretern abgestimmt. Ich möchte allen Partnern für die Zusammenarbeit danken. Es wird in den nächsten Jahren verstärkt darauf ankommen, sich gemeinsam um die Umsetzung der gesetzten Ziele zu bemühen. Wir alle müssen jetzt den Blick nach vorne richten – der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ ist ein tragfähiges Konzept zur Reduzierung der Drogen- und Suchtprobleme. Ich bin zuversichtlich, dass uns diese Aufgabe in den nächsten Jahren gelingen wird.

II. Vorwort



Helma Orosz,
Sächsische Staatsministerin für Soziales

von Helma Orosz,
Sächsische Staatsministerin für Soziales



Was Betroffenen und Fachleuten klar ist, wird in der Öffentlichkeit nicht immer erkannt, Sucht ist eine Krankheit – diese Krankheit ist behandelbar und man kann ihr vorbeugen.

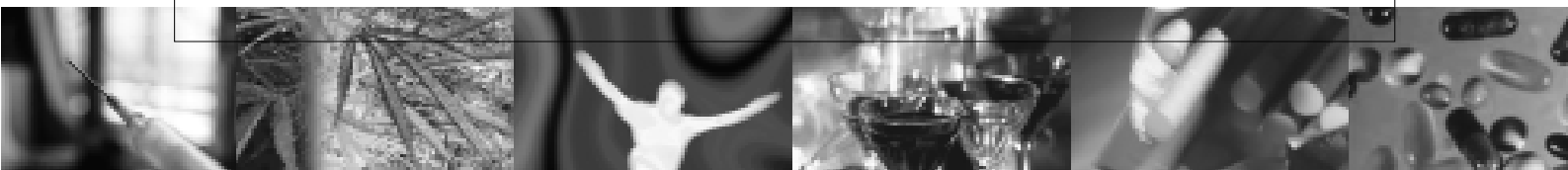
Die politisch Verantwortlichen der Länder sehen mit großer Besorgnis die wachsende Zahl der suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen. Besonderer Handlungsbedarf entsteht durch den immer häufigeren und frühzeitigeren Konsum von legalen und illegalen Drogen, dem nur durch besondere gesundheits- und sozialpolitische Konzepte begegnet werden kann.

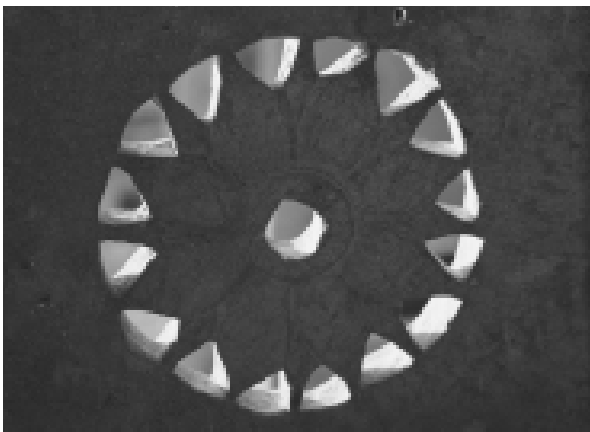
Auch die gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen des schädlichen Konsums legaler psychoaktiver Substanzen müssen künftig konzeptionell stärker berücksichtigt werden.

Der von der Bundesregierung im Benehmen mit den Ländern erarbeitete Aktionsplan Drogen und Sucht ist ein wichtiges Element zur Förderung einer ganzheitlichen Betrachtung der Suchterkrankung. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder haben sich hierbei ausdrücklich zu einer übergreifenden Strategie, die von den Säulen Prävention, Hilfen, Therapie und Repression getragen wird, bekannt.

Für die Ausgestaltung und Umsetzung dieser Empfehlungen – insbesondere in den Bereichen Prävention und Hilfen – sind primär die Länder und die kommunalen Gebietskörperschaften zuständig. Durch ihre nachhaltigen Anstrengungen auch im finanziellen Bereich gibt es bereits heute umfassende Präventions- und Hilfeangebote, auf denen die im Aktionsplan vorgesehenen Maßnahmen aufbauen können. Ich erwarte, dass der Aktionsplan in enger Zusammenarbeit mit den Ländern, den Landkreisen und den Kreisfreien Städten umgesetzt und weiterentwickelt wird. Und ich wünsche uns allen nachhaltigen Erfolg im Kampf gegen Drogen und Sucht, der ein Kampf ist für eine stabile Gesundheit der Menschen.

III. Aktionsplan Drogen und Sucht





AKTIONSPLAN DROGEN UND SUCHT

1. Einleitung	Seite 15
2. Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme als Ziel	Seite 21
3. Maßnahmen zur Reduzierung von Suchtproblemen	Seite 27
4. Internationale und europäische Zusammenarbeit	Seite 51
5. Forschung	Seite 59
6. Ziele und Beispiele für Maßnahmen zur Umsetzung	Seite 61
7. Zusammensetzung und Aufgaben des Drogen- und Suchtrates	Seite 67
8. Anhänge	Seite 69

1. Einleitung

In unserer modernen Konsumgesellschaft besteht ein großer Markt für Genuss- und Rauschmittel mit psychoaktiven Eigenschaften, die zu gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen bis hin zur Abhängigkeit führen können¹. Eine Reihe von Substanzen unterliegen wegen besonderer gesundheitlicher Risiken mehr oder weniger strengen Werbe-, Handels- und Erwerbsbeschränkungen bzw. -verboten. Dies betrifft beispielsweise Beschränkungen des Alkohol- und Tabakkonsums von Minderjährigen (Jugendschutzgesetz), Beschränkungen des Arzneimittelverkaufs (Arzneimittelgesetz) sowie die besonders strikten Beschränkungen des Handels, Erwerbs und Besitzes von Betäubungsmitteln bis hin zu deren teilweise völligem Verbot (Betäubungsmittelgesetz).

Trotz der zum Schutz der Bevölkerung vom Staat erlassenen Restriktionen ist nicht zu übersehen, dass viele dieser Substanzen missbräuchlich konsumiert werden und teilweise beträchtliche gesundheitliche und soziale Schäden bis hin zu Todesfällen verursachen.

Die Anzahl von 16,7 Mio. Rauchern (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen) in Deutschland –davon knapp vier Mio. abhängige Raucher nach den Kriterien des DSM-IV²– ist auch im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern sehr hoch. Besorgniserregend ist die Zunahme von jugendlichen Rauchern und rauchenden Frauen. Ein besonders ernst zu nehmendes Problem dieser Entwicklung ist die Zunahme der Lungenkrebserkrankungen unter Frauen. Der mittlere jährliche Zuwachs an Lungenkrebsfällen unter Frauen beträgt 3,5 %. Im Jahr 1998 starben 9.000 Frauen an dieser hauptsächlich auf das Rauchen zurückzuführenden Erkrankung. In der Altersgruppe der Jugendlichen sind ein Viertel ständige Raucherinnen und Raucher, mit etwa gleichen Quoten bei Mädchen und Jungen. Insgesamt sind jährlich über einhunderttausend tabakbedingte Todesfälle zu verzeichnen. Die volkswirtschaftlichen Schäden werden auf 16 Mrd. € geschätzt.

In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass zwischen der Höhe des Alkoholkonsums in der Bevölkerung und dem Ausmaß der alkoholbedingten Probleme ein Zusammenhang besteht. 90 % aller Bundesbürger haben Erfahrungen mit Alkohol, rund ein Drittel trinkt regelmäßig, ein kleinerer Teil täglich. Wir beobachten gleichzeitig, dass insbesondere Jugendliche zunehmend riskanter konsumieren. Insgesamt gibt es über 9 Mio. Menschen mit gravierenden Alkoholproblemen, davon 1,6 Mio. mit einer Alkoholabhängigkeit, von denen sich noch immer nur ein kleiner Teil in einer Behandlung befindet. Über 42.000 alkoholbedingte Todesfälle sind jährlich zu beklagen. Die Behandlung beginnt meist zu spät, in der Regel erst 5 bis 10 Jahre nach Beginn einer Abhängigkeit.

Arzneimittelmissbrauch ist ein weit verbreitetes gesellschaftliches Problem, das häufig zur Abhängigkeit führt. 6–8 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Insgesamt wird die Anzahl der Arzneimittelabhängigen

¹ Der Begriff des schädlichen Konsums wird in der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) der WHO als Konsummuster psychoaktiver Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt, definiert. Er hat den Begriff Missbrauch zunehmend abgelöst, der neben den Gesundheitsschäden auch auf normabweichendes Verhalten abzielt. Der Begriff Abhängigkeit wiederum geht von einem inneren Zwang, verminderter Kontrollfähigkeit, körperlichen Entzugssyndromen, einer Toleranzentwicklung und einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Interessen aus. Er hat den Begriff Sucht abgelöst, der aber im allgemeinen Sprachgebrauch noch immer Verwendung findet (vgl. Backmund: Suchttherapie; München 1999 oder Götz: Moderne Suchttherapie; Stuttgart/New York 1998).

² Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der US-amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, das neben dem ICD das gebräuchlichste Klassifikationssystem ist.

gen mit 1,5 Mio., davon zwei Drittel Frauen, angegeben. Insbesondere werden psychoaktiv wirkende Arzneimittel (Schlaf- und Beruhigungsmittel), Lifestyledrogen³ (Appetitzügler, Anabolika) und Schmerzmittel zu sorglos verschrieben und oft missbräuchlich verwendet. Besondere Aufmerksamkeit verdient der hohe Arzneimittelkonsum durch Frauen und ältere Bürger. Auch die Verschreibung von Arzneimitteln (Schmerzmittel, Methylphenidat) an Kinder und Jugendliche ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Solide Aussagen über den durch Arzneimittelmissbrauch verursachten Schaden liegen bislang nicht vor. Es liegt jedoch auf der Hand, dass bei einem Arzneimittelumsatz von ca. 30 Mrd. € (2002) im erheblichen Umfang Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden könnten.

Bei den illegalen Drogen spielt Cannabis hinsichtlich der Konsumentenzahlen die Hauptrolle. Über ein Viertel der Jugendlichen hat damit Erfahrungen, wobei es nur noch geringe Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland gibt. Rund zwei Millionen vor allem junge Menschen konsumieren regelmäßig Cannabis, rund zweihunderttausend in abhängiger Weise.

Zunehmend wird in den Einrichtungen der Jugend- und Drogenhilfe von riskanten Konsummustern und Mischkonsum berichtet. Die Zahl derjenigen, die in Beratungsstellen betreut werden, hat sich in den letzten Jahren verdoppelt. Es gibt schätzungsweise hundertfünftausend Menschen, die von Heroin und anderen Opiaten abhängig sind. Bei Teilgruppen von jugendlichen Aussiedlern gibt es einen sehr frühen Einstieg in den Heroinkonsum. Rund dreihunderttausend Menschen konsumieren regelmäßig Kokain. In einigen Städten nimmt der Konsum von Crack zu. In der Party- und Technoszene ist die Prävalenz von Cannabis- und Ecstasykonsum nahezu zehnmal so hoch wie in der gleichen Altersgruppe außerhalb dieser Szene. Rund eine halbe Million hauptsächlich junger Menschen konsumieren so genannte „Partydrogen“, wie Ecstasy, zumeist in Mischung mit anderen illegalen Suchtmitteln, wie Cannabis und Kokain, aber auch mit legalen wie Alkohol.

Der Handel mit illegalen Drogen sowie die Beschaffungskriminalität stellen zudem eine erhebliche Beeinträchtigung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung dar.

Während Essstörungen nicht zu den so genannten „stoffungebundenen Süchten“ gehören⁴, kann das pathologische Glücksspiel dazu gezählt werden. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 50.000 und 80.000 Menschen eine behandlungsbedürftige Erkrankung entwickelt haben. Dies ist auch für deren Angehörige eine bedrückende Realität. Das pathologische Glücksspiel ist dabei ein eigenständiges Krankheitsbild im Rahmen des ICD-10. In der Beratung und Behandlung im ambulanten Suchthilfebereich sind für das Jahr 2000 rund 1.300 Klienten erfasst, dies entspricht ca. 2,3 % aller Klienten, davon über 90 % Männer.

³ Mit „Lifestyledrogen“ sind psychoaktiv wirkende Substanzen gemeint, die im Zusammenhang mit temporären Trends in der Mode, in der Jugendkultur, im Sportbereich u.ä. benutzt werden und deren Konsum bei Änderung dieser Trends auch wieder eingestellt wird.

⁴ Essstörungen werden im allgemeinen Sprachgebrauch und auch in Teilen der Fachöffentlichkeit häufig der Gruppe von Suchterkrankungen zugeordnet. Dies entspricht aber nicht den diagnostischen Systemen, die Essstörungen als eigenständiges Krankheitsbild definieren. Die Anzahl der Betroffenen wird auf rund 5 % der Gesamtbevölkerung bei der Anorexia nervosa („Magersucht“) und der Bulimia nervosa (Heißhungeranfälle mit anschließendem Erbrechen) geschätzt und bei der „Adipositas“ (beträchtliches Übergewicht) auf rund 20 % bei Frauen und 10 % bei Männern. Betroffene –und das sind vor allem Frauen– orientieren sich zunächst am vorhandenen Hilfesystem. Doch die Suchtkrankenhilfe ist nicht der einzige und in vielen Fällen auch nicht der richtige Ort für Beratung und Therapie essgestörter Menschen. Geschätzt wird, dass zwischen 10 und 30 % essgestörter Menschen auch Suchtprobleme haben. Ähnliches gilt auch für die sog. „Online-Sucht“. Hier liegt noch keine einheitliche und anerkannte Krankheitsdefinition vor. Auch die Schätzungen über die Anzahl der Betroffenen gehen weit auseinander.

Das Spektrum der möglichen Gesundheitsschäden durch Suchtmittelkonsum ist breit, es reicht von so genannten organischen und psychischen Folge- und Begleiterkrankungen, Schädigung der ungeborenen Kinder im Mutterleib bis hin zur Ausprägung der Sucht selbst. Darüber hinaus kommt es zu Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Arbeitsunfällen, Kriminalität und Gewaltanwendung. Die durch Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit entstehenden volkswirtschaftlichen Schäden sind beträchtlich. Jedes fünfte Bett in deutschen Krankenhäusern ist ein „Suchtbett“, jeder zehnte Arztbesuch ein „Suchtbesuch“.

Am besten ist es natürlich, wenn eine Abhängigkeitserkrankung gar nicht erst eintritt. Darum gilt es, insbesondere junge Menschen darin zu bestärken, mit dem Konsum gar nicht oder später zu beginnen.

Es ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln mit allem Nachdruck zu verhüten oder deutlich zu reduzieren. Suchtprävention hat deshalb einen herausragenden Stellenwert.

Darüber hinaus kommt es darauf an, Suchtentwicklungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Hilfen anzubieten, damit eine Sucht verhindert bzw. Wege aus der Sucht gefunden werden können. Sucht beeinträchtigt einerseits die Lebensqualität des Einzelnen und seiner Angehörigen gravierend, andererseits verursacht sie erhebliche Kosten.

Sucht ist eine behandlungsbedürftige Krankheit. Ziel ist es, Suchtkranken die vorhandenen Behandlungsmaßnahmen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung zu stellen.

Der Entstehung von Abhängigkeit liegt ein multifaktorielles Geschehen zugrunde. Mögliche Einflüsse sind: Genetische Faktoren, entwicklungs-, lebens- und umweltbedingte Einflüsse sowie das Suchtpotential der jeweiligen Substanz. Ebenso spielen gesellschaftliche und soziale Aspekte (z. B. Chancen zur Teilhabe an Bildung, Arbeit und Gesellschaft, Konsummuster einer Gesellschaft, Griffnähe der Suchtmittel) eine wichtige Rolle.

Suchtkranke haben in Deutschland einen Rechtsanspruch auf Hilfe. Verpflichtet zur Finanzierung der Hilfen sind die Sozialleistungsträger. Sie haben zusammen mit den Leistungserbringern und Selbsthilfegruppen in den zurückliegenden Jahrzehnten ein sehr differenziertes Sucht- und Drogenhilfeangebot aufgebaut, das hilfebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern ein breites Spektrum unterschiedlicher Angebote zur Verfügung stellt.

Deutschland steht mit diesem Hilfe- und Behandlungssystem im europäischen und internationalen Vergleich ganz vorn.

Es ist

- erstens ein differenziertes Hilfesystem, das die unterschiedliche Lebenssituation, das unterschiedliche Krankheitsbild, das unterschiedliche Geschlecht und Alter der Betroffenen berücksichtigt;
- und es hat zweitens eine hohe Qualität.

Das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland:

hohe Qualität – Potenziale im Zugang und in der Effektivität

In der Suchtkrankenhilfe wurde in den vergangenen 30 Jahren in Deutschland ein hochwertiges und differenziertes Behandlungssystem entwickelt, welches aufsuchende und niedrigschwellige Hilfen, ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote, qualifizierten Entzug, stationäre Entwöhnungsbehandlung mit anschließender Adaptionsphase und weiterführende nachstationäre Betreuungsangebote im Rahmen der Integration (z. B. ambulante Rehabilitation, betreutes Wohnen, Projekte zur beruflichen Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfegruppen) umfasst.

Hinzu kommt ein medikamentengestütztes ambulantes Behandlungssystem, insbesondere für Opiatabhängige. Die Wirksamkeit dieses Beratungs- und Behandlungssystems ist vielfach belegt. Um die Schnittstellen zum akutmedizinischen Bereich zu verbessern, sollte die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und der Suchtkrankenhilfe gefördert werden. Die Entzugsbehandlung sollte grundsätzlich qualifiziert erfolgen, das heißt, die Motivation, psychosoziale Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie die Einleitung weiterführender Leistungen der Rehabilitation sollten zum selbstverständlichen Standard des Entzuges im akutmedizinischen Bereich gehören.

Im Bereich der Entwöhnung verfügen wir über differenzierte Behandlungsangebote (ambulante, teil- und vollstationäre Entzugs- und Rehabilitationsangebote, Kombinationsbehandlungen etc.), deren Qualität zu erhalten ist und deren Weiterentwicklung gefördert werden sollte. Die Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige wurde in den letzten Jahren quantitativ ausgeweitet und qualitativ verbessert. Sie ist zu einem tragenden Bestandteil der Hilfe für Opiatabhängige geworden. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung ist auch für chronisch mehrfachgeschädigte Patienten mit ungünstigen Ausgangsbedingungen notwendig.

Die zur Verfügung stehenden Mittel für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sollen eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung auch zukünftig gewährleisten. Es werden aber noch immer zu wenige Menschen mit Suchtproblemen erreicht – oder sie werden zu spät erreicht. Aus diesem Grund stellt die Erhöhung der Erreichbarkeit von suchtkranken und suchtgefährdeten Menschen eine zentrale gesundheitspolitische Zielsetzung dar.

Die Reduzierung von Suchterkrankungen: eine gesundheitspolitische wie ordnungsrechtliche Aufgabe der Gesellschaft.

Der Staat hat eine gesellschafts- und gesundheitspolitische Verpflichtung, Wege zur Überwindung von Sucht- und Drogenproblemen aufzuzeigen und insbesondere seine Bürger vor gesundheitlichen Schädigungen zu bewahren. Hierzu muss er neben der Hilfe auch das Strafrecht und andere ordnungsrechtliche Maßnahmen einsetzen, vor allem Verbote des Anbaus, Erwerbs und Verkaufs bestimmter psychoaktiver Substanzen. Bei legalen Substanzen muss sich der Staat steuernder Mechanismen bedienen, um etwa über Preisgestaltung, Lizenzierung, Produktionskontrollen, Verkaufs- und Werbeeinschränkungen den Konsum psychoaktiver Substanzen zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Eine übergreifende Strategie in einem Aktionsplan ist notwendig, um alle gesellschaftlichen Kräfte zur Reduzierung von Suchtproblemen zu bündeln.

Der Aktionsplan Drogen und Sucht beinhaltet eine übergreifende, langfristig angelegte Gesamtstrategie für den Umgang mit Suchtmitteln, die dazu beiträgt, das Gesundheitsbewusstsein zu verändern und den gesundheitsschädlichen Konsum zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Der 1990 verabschiedete „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ entspricht nicht mehr den aktuellen Erkenntnissen der Forschung und Praxis. So sind die Maßnahmen beispielsweise nicht auf die Risikogruppen der Kinder aus suchtkranken Familien, der jungen Aussiedler und der Partydrogenszene zugeschnitten. Zudem ist er einseitig auf illegale Drogen ausgerichtet und übersieht damit die gravierenden sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des schädlichen Konsums legaler Suchtstoffe. Ebenso konnte die Entwicklung in den neuen Bundesländern zum damaligen Zeitpunkt noch nicht berücksichtigt werden. Neue niedrigschwellige Angebote der Überlebenshilfen (z. B. Drogenkonsumräume) sind ebenfalls nicht einbezogen. Handlungsbedarf besteht auch im Bereich der neuen Technologien, weil durch das Internet neue Kommunikations- und Handelswege für den nationalen und internationalen Drogenhandel entstanden sind, die neue Antworten von der Drogen- und Suchtpolitik verlangen.

Mit der Aufstellung eines Aktionsplans reiht sich Deutschland in die europäischen und außereuropäischen Staaten ein, die in den letzten Jahren vergleichbare Programme verabschiedet haben. Insbesondere die vom Europäischen Rat gebilligte Drogenstrategie des Drogenaktionsplans 2000–2004 der Europäischen Union hat eine herausragende politische Bedeutung.

Die wesentlichen Inhalte des von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1997 verabschiedeten Aktionsplans Alkohol sind in den Aktionsplan Drogen und Sucht integriert.

Der Aktionsplan Drogen und Sucht beschreibt prioritäre Handlungsfelder und legt Ziele fest,

die in den vier Säulen Prävention, Beratung/Behandlung, Überlebenshilfe/Schadensreduzierung und Repression/Angebotsreduzierung dargestellt werden. Die meisten Länder haben Überlebenshilfen in die Säule der Beratung/Behandlung integriert.

Zu den Handlungsfeldern werden Maßnahmen beschrieben, um die festgelegten Ziele zu erreichen. Eine klare Zeit- und Zielplanung sowie die Evaluation der Maßnahmen sind wichtige Bestandteile des Plans.

Die Vorschläge zur Verbesserung und Optimierung der Suchtkrankenhilfe sollen dabei in die Gesamtreform des Gesundheitswesens eingebunden werden. Die vorhandenen Ressourcen und Handlungsfelder im Gesundheitswesen (Prävention, Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege) sollen gebündelt und in ihrer Zielorientierung auch entsprechend den Bedürfnissen und Lebenslagen chronisch kranker und behinderter Menschen ausgerichtet werden⁵.

Die Umsetzung des Aktionsplanes soll durch einen Drogen- und Suchtrat begleitet werden, in dem alle gesellschaftlich relevanten Gruppen und Institutionen vertreten sind, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und den Hilfen für Suchtkranke beteiligt sind. Aufgabe des Drogen- und Suchtrates ist, die Umsetzung der festgelegten Ziele in entsprechenden Maßnahmen zu überprüfen. Die Vertreterinnen und Vertreter wirken darauf hin, dass die Maßnahmen in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich umgesetzt werden.

⁵ Der somatisch geprägte Krankheitsbegriff soll um die sozialen und psychischen Dimensionen mit dem Ziel der möglichst uneingeschränkten Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erweitert werden (siehe auch: Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen, August 2002). Gemäß dem Grundgesetz ist das Gesundheitswesen übergeordneten Grundsätzen verpflichtet. Hierzu gehören der Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). In diesem Zusammenhang stellt die Förderung der körperlichen, psychischen und seelischen Gesundheit und die Abwehr entsprechender Gefährdungen eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik dar.

2. Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme als Ziel

2.1. Allgemeine Ziele

Bund und Länder haben sich in der Drogen- und Suchtpolitik vorgenommen, das Hilfesystem weiterzuentwickeln und einen Schwerpunkt auf die Bekämpfung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, vor allem auf die Reduzierung des Tabak- und des riskanten Alkoholkonsums, zu legen. Der Stellenwert der Prävention soll dabei weiter gestärkt werden.

FÜR DIE SUCHTPOLITIK GELTEN FOLGENDE ALLGEMEINE ZIELE

1. Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern.
2. Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren.
3. Das Überleben zu sichern.
4. Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln.
5. Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen.

Dabei dienen folgende Teilziele der Erreichung der allgemeinen Ziele:

Förderung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins zur Verhinderung der Entstehung von Abhängigkeit

Es ist empirisch belegt, dass ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung auch zur Verringerung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen führt. Dabei bedeutet der hier verwendete Begriff von Gesundheit nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit, sondern – im Sinne der Weltgesundheitsorganisation – das psychische und physische Wohlbefinden des Einzelnen, die Verbesserung seiner Lebensqualität und die Stärkung sozialer Kompetenzen, um auch mit schwierigen Lebenssituationen angemessen umgehen zu können. Selbstbewusste und -sichere („starke“) Persönlichkeiten neigen weniger dazu, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Dazu ist auch eine Verbesserung des Informationsstandes der Bevölkerung im Hinblick auf die Kriterien des riskanten, schädlichen und abhängigen Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen und den damit verbundenen Risiken notwendig. Die Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitsbewusstseins kann nicht allein Aufgabe der Suchtpolitik sein. Sie muss Bestandteil einer umfassenden Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Jugendpolitik sein, deren Ziele nur in Kooperation der verschiedenen Akteure erreichbar sind.

Veränderung des gesellschaftlichen Klimas zu einem kritischeren Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist in unserer Gesellschaft insgesamt zu hoch und wird – insbesondere bei legalen Suchtmitteln – zu wenig in seinen gesundheitlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Auswirkungen betrachtet. Er wird häufig mit Freizeit- und Entspannungssituationen in Verbindung gebracht. Da die individuellen und gesellschaftlichen Schäden insgesamt aber ein erhebliches Maß erreichen, ist es notwendig, das gesellschaftliche Klima dahingehend zu beeinflussen, dass ein kritischerer Umgang mit Suchtmitteln entsteht.

Identifikation von Missbrauchsverhalten zum frühestmöglichen Zeitpunkt und Verbesserung der Früherkennung von neuen psychoaktiven Substanzen und Konsummustern

Damit gesundheitsschädliche Entwicklungen beim Konsum psychoaktiver Substanzen frühzeitig erkannt werden, müssen die dafür nötigen diagnostischen Instrumentarien weiterentwickelt und bereitgestellt werden. Beratungsstellen, Gesundheits- und Jugendhilfeeinrichtungen, Schulen, die Ärzteschaft sowie Krankenhäuser müssen frühzeitig eine Suchtentwicklung oder den missbräuchlichen Konsum wahrnehmen, um rechtzeitig weitergehende Hilfen leisten und vermitteln zu können. Das gilt ebenso für neue psychoaktive Substanzen und Konsummuster.

Sensibilisierung für die Gefahren des Mischkonsums

Der Mischkonsum verschiedener legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen hat insbesondere unter Jugendlichen zugenommen. Das gesundheitliche Risiko wird durch diesen Mischkonsum noch potenziert. Zielsetzung ist deshalb, den neuen Konsummustern Rechnung zu tragen, die Prävention und das Hilfesystem für diese Entwicklung und für jugendliche Konsumenten weiter zu öffnen und zu qualifizieren.

Zielgruppenorientierte Unterstützung besonders gefährdeter Gruppen zur Vermeidung von Abhängigkeit

Die Entwicklung einer Suchterkrankung hat komplexe Ursachen. So gibt es biographische und/oder soziale Entwicklungsbelastungen (z. B. suchtkranke Elternteile, traumatisierende Erfahrungen sexueller Gewalt in der Kindheit, fehlende Integration einer ethnischen Gruppe, Migrationserfahrung, Arbeitslosigkeit u. a.), die ein höheres Risiko einer Abhängigkeit bedingen. Diese Belastungssituationen und die Gruppen, die ihnen ausgesetzt sind, sollen gezielter in der Prävention und der Intervention angesprochen werden.

Reduzierung von Unfällen im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz unter Einfluss psychoaktiver Substanzen

Im Jahre 2001 ereigneten sich insgesamt 25.690 alkoholbedingte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, dabei wurden 23.152 Verkehrsteilnehmer leicht verletzt, 10.365 schwer verletzt und 909 getötet. Die Gefährdung der Verkehrssicherheit durch drogenbeeinflusste Kraftfahrer hat in den letzten Jahren zugenommen.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit verursachen in Betrieben erhebliche Kosten. So sind schätzungsweise 10 bis 30 % der Betriebs- und Wegeunfälle alkoholbedingt. Alkoholabhängige bleiben 16 mal häufiger vom Arbeitsplatz fern, sind 2,5 mal häufiger krank und fehlen nach Unfällen länger als ihre Kollegen. Insgesamt können Alkoholranke nur etwa drei Viertel ihrer normalen Arbeitsleistung erbringen.

Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenpolitik umsetzen

Die Sensibilität gegenüber der Bedeutung des Geschlechts ist zu stärken, weil der Substanzkonsum in Verbindung mit kulturellen Mustern von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie männlicher und weiblicher Entwicklung auch zu unterschiedlichen Konsummustern und unterschiedlichen Präferenzen für psychoaktive Substanzen führt. Geschlechtsspezifische Angebote in der Prävention und Suchthilfe sollen verstärkt berücksichtigt werden.

Verankerung der interdisziplinären Kooperation

Eine effektive Drogen- und Suchtpolitik erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure aus den Bereichen Medizin, Pädagogik, soziale Berufe, Selbsthilfe, Politik, Verwaltung, Justiz und Polizei. Die systematische Kooperation der Suchthilfe mit dem Bereich der medizinischen und sozialpsychiatrischen Basisversorgung ist ebenso erforderlich wie mit der Wohnungslosenhilfe, der allgemeinen Sozialberatung, der Jugendhilfe und der Migrationsfachdienste. Dazu müssen verbindliche Absprachen über den Einsatz von Case-Management und den Versorgungsauftrag getroffen werden. Im Übrigen enthält das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wirksame Instrumente, die Koordinierung der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger sicher zu stellen. Hierzu gehören u. a. die Einrichtung gemeinsamer Servicestellen, die rasche Klärung des Hilfebedarfs im Einzelfall und die gesetzliche Verpflichtung zum gemeinsamen Handeln.

Für den Bereich der Kontrolle ist eine Zuschreibung und Verteilung von Kompetenzen zwischen Ordnungsbehörden, Jugendamt und Polizei unerlässlich.

Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität

Die Bedrohung durch den Umgang mit bewusstseinsweiternden Substanzen erstreckt sich aber nicht nur auf den gesundheitspolitischen Aspekt. Schließlich führt nicht jeder Umgang mit legalen wie illegalen Drogen zwangsläufig zur Abhängigkeit. Allen Motivationen zum Rauschmittelgebrauch (Neugierde oder Sucht) gemeinsam ist die Bereitschaft (später Abhängigkeit oder Zwang) zum Konsum. Diese Konsumbereitschaft wiederum stellt unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten ein Nachfragepotenzial dar, das durch ein vielseitiges (legales wie illegales) Angebot an berauschenden Substanzen gedeckt wird. Insbesondere der illegale Drogenmarkt ist auch im Hinblick auf seinen volkswirtschaftlichen Schaden nicht zu unterschätzen.

Darüber hinaus stellt die „Organisierte Kriminalität“ – und hier im Besonderen der illegal organisierte Rauschgifthandel – ein Bedrohungspotenzial dar, das in seiner Ausprägung und Tragweite wegen der Infiltration des legalen Wirtschaftskreislaufes von hoher sicherheits- und wirtschaftspolitischer Bedeutung ist.

2.2. Substanzbezogene Ziele

Die Reduzierung des Tabakkonsums zur Verringerung der tabakbedingten Krankheiten und Todesfälle

Dieses Ziel ist eines der fünf prioritären Gesundheitsziele⁶ in Deutschland und gilt für Aktiv- und Passivraucher. Da die gesundheitlichen Schäden durch den Tabakkonsum nicht unerheblich von der Raucherquote und den Rauchgewohnheiten abhängen, ist es notwendig, die Raucherquote weiter zu senken. Hierzu ist es auch notwendig, die Frequenz des Rauchens zu senken, weil dies sowohl gesundheitliche Schäden reduziert als auch den Ausstieg erleichtert.

Die Bundesregierung wird in einem „Nationalen Anti-Tabak-Programm“ ein Bündel konkreter Maßnahmen zu Prävention, Selbstverpflichtungen der Wirtschaft, Steuermaßnahmen und gesetzlichen Regelungen als Bestandteil zur Umsetzung des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ beschließen.

⁶Der Entschließung der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999 folgend hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Prozess zur Festlegung von bundeseinheitlichen Gesundheitszielen und ihrer Implementierung in den Versorgungsalltag in Gang gesetzt. Mit der Entwicklung von Gesundheitszielen wird ein umfassender Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit in definierten exemplarischen Bereichen und der Verbesserung von Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben, verfolgt. Dabei sollen alle Bevölkerungsschichten erreicht werden, Prävention spielt eine besondere Rolle und die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbsthilfe soll erreicht werden. Es sind fünf prioritäre Gesundheitsziele in enger Abstimmung von Bund, Ländern und Selbstverwaltung ausgewählt worden: Diabetes mellitus; Brustkrebs; Tabakkonsum reduzieren; Ernährung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen; Gesundheitliche Kompetenz von Bürgern und Patienten stärken. Informationen unter www.gesundheitsziele.de

Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit zur Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas zugunsten eines rauchfreien Lebensstiles, Erhöhung des Kenntnisstandes über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens in der Bevölkerung

Die Mehrheit der Bevölkerung raucht nicht. Die Vorteile eines rauchfreien Lebensstils müssen noch stärker öffentlich herausgestellt werden.

Zwar sind mittlerweile – auch durch Aktionen von Nichtregierungsorganisationen – die Informationen über die möglichen gesundheitlichen Schäden durch den Tabakkonsum weit verbreitet worden. Dennoch bleibt es ein wichtiges Ziel, den Kenntnisstand darüber in der Gesamtbevölkerung und insbesondere unter Kindern und Jugendlichen noch weiter zu erhöhen.

Die Reduzierung des Alkoholkonsums pro Kopf zur Senkung der alkoholbedingten Krankheits- und Todesfälle sowie die Verringerung des Bevölkerungsanteils mit einem riskanten Alkoholgebrauch (z. B. Rauschtrinken)

Da die Forschung von einem Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum pro Kopf und den alkoholbedingten gesundheitlichen und sozialen Schäden ausgeht, gilt es, den durchschnittlichen Gesamtkonsum ebenso wie den Anteil derer, die riskant konsumieren, zu reduzieren. Dieses Ziel basiert auch auf der Tatsache, dass die Jahreskonsummenge pro Kopf in Deutschland noch immer bei über 10 Litern reinen Alkohols liegt und damit im europäischen Vergleich einen Platz im oberen Drittel einnimmt.

Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums illegaler Drogen

Generelle Zielsetzung ist es – auch wenn es unterschiedliche gesundheitliche Gefährdungs- und Abhängigkeitspotenziale der verschiedenen Substanzen gibt – den Konsum der illegalen psychoaktiven Substanzen aufgrund der damit verbundenen Gesundheitsgefahren zu vermeiden oder zumindest zu verringern. Der Erwerb und Besitz bestimmter psychoaktiver Substanzen ist daher – auch nach den Bestimmungen der internationalen Suchtstoffübereinkommen – im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) strafbewehrt verboten. Insbesondere durch mangelnde Hygiene beim Injizieren von bestimmten Substanzen, aber auch durch ungeschützte sexuelle Aktivitäten unter Drogeneinfluss steigt gleichzeitig das Risiko von bestimmten Infektionserkrankungen (insbesondere Hepatitiden und HIV). Bis zu 80 % der Drogenabhängigen in offenen Szenen sind bereits mit Hepatitis C infiziert. Diese Infektionen verlaufen in der Regel chronisch und führen zu erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen, schlimmstenfalls zum Tode.

Zudem gibt es neue Hinweise aus der Forschung auf hirnorganische Beeinträchtigungen

und Langzeitschäden durch den Konsum synthetischer Drogen. Die Reduzierung von Gesundheitsschäden infolge des Konsums von Designerdrogen mit Hilfe von Präventionsmaßnahmen und der Eindämmung von Herstellung und Handel ist deshalb ein wichtiges Anliegen der europäischen Drogenpolitik. In der Party- und Technoszene ist die Prävalenz von Cannabis- und Ecstasykonsum nahezu zehnmal so hoch wie in der gleichen Altersgruppe außerhalb dieser Szene.

Reduzierung des Missbrauchs und Förderung von Früherkennung und Frühintervention bei unsachgemäßem Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten

Durch gezielte Aufklärung sollen insbesondere Frauen angesprochen werden, auf psychische Befindlichkeitsstörungen und Belastungssituationen nicht mit dem Konsum psychoaktiver Arzneimittel zu reagieren. Nur ein kleiner Teil medikamentenabhängiger Menschen – überwiegend Frauen – befindet sich in einer spezifischen Behandlung.

Stärkung des Problembewusstseins im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel

Immer mehr Menschen – zwei Drittel davon sind Männer – sind vom pathologischen Glücksspiel betroffen und ruinieren sich selbst und ihre Familien. Deshalb muss es das Ziel sein, bei den Anbietern von Glücksspielen und in der Öffentlichkeit das Gefährdungspotenzial des Glücksspiels deutlicher zu machen.

3. Maßnahmen zur Reduzierung von Suchtproblemen

3.1. Prävention

Die heutige Suchtprävention hat zum Ziel, Gesundheit zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern. Prävention hat eine doppelte Zielsetzung: Zum einen hilft sie dem Einzelnen, eine Suchtkrankheit zu vermeiden, zum anderen dient sie der Gesellschaft, langfristig Folgekosten der Suchterkrankungen zu reduzieren.

ELEMENTARE BESTANDTEILE DER PRÄVENTIONSARBEIT SIND:

1. Eine konzeptionelle Gesamtstrategie, die in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung eingebettet ist.
2. Die Erweiterung der Lebenskompetenzen.
3. Die Vermittlung positiver Botschaften, zum Beispiel: „Nichtrauchen ist cool“.
4. Die zielgruppengerechte Ansprache.
5. Die Einbeziehung von „Peers“ und der Selbsthilfe.
6. Die Langfristigkeit der Maßnahmen.

Wirksam und nachhaltig kann Suchtprävention nur sein, wenn sie einer konzeptionellen Gesamtstrategie folgt und verschiedene komplementäre Maßnahmen von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern ineinander greifen und sich ergänzen. Dezentralisierte und kommunale Konzepte sollten dabei im Vordergrund stehen, da die Effektivität vor Ort am höchsten ist.

Suchtprävention muss umfassend angelegt sein und Kinder und Jugendliche noch stärker in den Mittelpunkt stellen. Abschreckung und der erhobene Zeigefinger sind hier keine geeigneten Maßnahmen. Suchtprävention muss deshalb darauf ausgerichtet sein, Kinder stark zu machen. Denn selbstbewusste und lebenskompetente Kinder und Jugendliche, die auch „nein“ sagen können, sind am besten vor Suchtgefahren geschützt.

Prinzipiell sollten sich alle Maßnahmen der Prävention am Alltag und der Lebenswelt der Zielgruppe orientieren sowie die vorhandenen Stärken von Betroffenen fördern und sie selbst einbeziehen (peer education), denn Gleichaltrige wirken glaubwürdiger. Durch die Förderung von interaktiven Angeboten, die ein aktives Mitgestalten und Entwickeln ermöglichen, können neue Zielgruppen angesprochen und erreicht werden.

Suchtpräventionsmaßnahmen zielen aber nicht nur auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ab. So sind gerade Eltern ebenso Ansprechpartner für derartige Projekte wie auch ältere Menschen, insbesondere im Hinblick auf die Problematik des Medikamenten-

missbrauchs. Gerade im Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr, dem Freizeitverhalten junger Menschen, dem Umgang mit legalen und illegalen Drogen sowie den sozialen und psychologischen Entwicklungsphasen junger Volljähriger sind auch Maßnahmen für die Altersgruppe zwischen 18 und 27 Jahren zu verstärken.

Präventionsmaßnahmen müssen auch genauer auf geschlechterbezogene Faktoren abgestimmt werden. Mädchen und Frauen konsumieren meist anders als Jungen und Männer, oft auf verdecktere Weise und durch andere Vorbilder beeinflusst. Präventionsmaßnahmen müssen hierauf abgestimmt werden, um einen höheren Wirkungsgrad zu erzielen.

Da Prävention auf Verhaltensänderung zielt, haben nur längerfristig angelegte Programme eine nachhaltige Wirkung. Eine einmalige Botschaft reicht nicht aus, sondern sie muss wiederkehrend in unterschiedlichen Bezügen vermittelt werden.

Zukünftig soll in der Präventionsarbeit zudem stärker auf Mischkonsum und riskante Konsummuster eingegangen werden, da die Trennung von illegalen und legalen Drogen immer weniger dem realen Konsumverhalten, insbesondere von Jugendlichen, entspricht.

3.1.1. Suchtmittelunspecifische Präventionsmaßnahmen

Ausbau struktureller Maßnahmen

Strukturelle Maßnahmen betreffen die Verbesserung des Lebens- und Wohnumfeldes von Menschen, die Verstärkung der Kooperation auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene, die Nutzung von Synergieeffekten und Einsparpotenzialen durch intensivere Zusammenarbeit und durch die Absicherung der Arbeit der Fachkräfte zur Suchtprävention. Auch Erhalt und Ausbau des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes in den Ländern und Kommunen sind im Rahmen struktureller Maßnahmen notwendig. Sie umfassen ebenfalls Beschränkungen der Werbung und Preisgestaltung für legale Substanzen und die Intensivierung der Selbstverpflichtungen der Tabak-, Alkohol- und Glücksspielindustrie.

Umsetzung und Erweiterung gesetzlicher Maßnahmen

Die erfolgte Novellierung des Jugendschutzgesetzes zur Begrenzung des schädlichen Einflusses von Suchtmitteln auf Kinder und Jugendliche sowie der Bewerbung von Tabak und Alkohol in den Medien ist ein wichtiges Mittel des Staates und der Gesellschaft, um die Entwicklung von Suchterkrankungen zu reduzieren. Die Umsetzung gesetzgeberischer Maßnahmen zur Reduzierung des Zugangs zu psychoaktiven Substanzen insbesondere für Jugendliche muss stärker vor Ort kontrolliert werden. Darüber hinaus ist auch anzustreben,

den Gedanken der Prävention als vorrangige gesundheitspolitische Maßnahme stärker in den Leistungsgesetzen der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Mit der Neufassung des § 20 Abs. 1 SGB V (Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches) wurden die gesetzlichen Krankenkassen beauftragt, in der Prävention insbesondere der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegen zu wirken.

Errichtung eines aus mehreren Quellen gespeisten „Finanzierungspools“ für suchtpreventive Maßnahmen

Die staatlichen Finanzmittel zur Förderung präventiver Maßnahmen reichen nicht aus. Deshalb ist ein Konzept für einen „Finanzierungspool“ (Krankenkassen, Bund, Länder, Kommunen, etc.) zu prüfen, um präventive Aktivitäten zu fördern und finanzielle Mittel zu bündeln.

Die Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern, Alkoholwirtschaft und Werbeindustrie in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Förderung von schadensreduzierenden Maßnahmen und die beabsichtigten gemeinsamen Maßnahmen knüpfen an die Ansätze an, die bereits in einigen Bundesländern als gemeinsam mit der Alkoholwirtschaft und Sozialversicherungsträgern finanzierte Präventionsmaßnahmen (Aktionsbündnisse) initiiert werden. In diesem Zusammenhang steht auch die vertragliche Vereinbarung des Bundesgesundheitsministeriums mit der Zigarettenindustrie über die Zahlung von Mitteln für jugendspezifische Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob Steuermittel aus der Tabak- und Alkoholsteuer zu einem gewissen Prozentsatz für die Prävention und Behandlung der tabak- und alkoholbedingten Gesundheitsprobleme verwendet werden können.

Qualitätssicherung in der Prävention

Konkrete Interventionen erfordern regelmäßige systematische Evaluation und Qualitätssicherung. Dazu gehören Standards und Leitlinien für Präventionsmaßnahmen. Darüber hinaus wird ein EDV-gestütztes „Dokumentationstool“ für Präventionsfachstellen sowie ein gemeinsames Präventionsnetzwerk als Internetportal bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt.

Förderung vernetzter kommunaler Strategien und Entwicklung eines Maßnahmenkataloges von „Models of Good Practice“

Bürgernahe Strategien der Prävention orientieren sich an regionalen Gegebenheiten. Der geforderten Vernetzung auf regionaler Ebene dienen entsprechende Arbeitsgemein-

schaften, die ihrerseits durch überregionale Fachstellen angeleitet werden können. Über den vom Bund initiierten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ werden positive Erfahrungen in einem auch international nutzbaren Maßnahmenkatalog zusammengefasst. Gelungene Beispiele sind den örtlichen Gegebenheiten anzupassen.

Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung im Kindergarten und Schulbereich

Bereits im sozialräumlichen Setting von Kindergärten machen Kinder die ersten Erfahrungen sozialen Lernens und des Umgangs mit Gruppendruck. Sie erlernen auch Grundfertigkeiten für gesundheitsbewusstes Verhalten. Programme, die diese Fertigkeiten auch im schulischen Bereich vermitteln, wie sie etwa den Projekten „Klasse2000“, „Lions Quest“ oder „Eigenständig werden“ zugrunde liegen, sollen stärker genutzt werden.

Das von der BZgA entwickelte „Curriculum für die Elternbildungsarbeit“ soll von den Trägern der Elternbildungsarbeit stärker aufgegriffen und genutzt werden. Sowohl in der Ausbildung als auch in der Qualifizierung von Erzieherinnen und Erziehern sollen die bereits vorhandenen curricularen Grundlagen verbindlich eingeführt werden. Die Schule als überwiegender Lebensraum von Kindern und Jugendlichen muss stärker in suchtpreventive Maßnahmen einbezogen werden, weil hier Verhaltensmuster für das Erwachsenenalter entscheidend geprägt werden. Dazu ist es notwendig, dass Suchtprävention als integraler Bestandteil der Curricula verschiedener Querschnittsfächer verankert wird. Bereits in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern soll schulische Gesundheitserziehung und -förderung verankert werden. Zudem sollen für den Ausbau der schulischen sekundären Suchtprävention für besonders gefährdete Gruppen (z. B. Tabak konsumierende Kinder) Manuale zur Verfügung gestellt werden, um Suchtprobleme frühzeitig zu erkennen und angemessene Schritte zu deren Reduzierung einzuleiten. Darüber hinaus muss auch ein positives Schulklima gefördert werden und die Vorbildfunktion des Lehrerkollegiums hinzukommen, damit positive Ressourcen bei Schülerinnen und Schülern gestärkt werden können. Es soll ein bundesweites Label „Gesunde Schule“ entwickelt werden, das insbesondere die Einführung „rauchfreier Schulen“ und „alkoholfreier Schulen“ anerkennt.

Förderung der Vernetzung von Suchtprävention und Jugendhilfe

Jugendliche verbringen nach Schulschluss einen Großteil ihres Lebensalltags im nachbarschaftlichen Sozialraum. Die Angebote der außerschulischen Jugendarbeit sowie die Maßnahmen und Angebote der Jugendhilfe und der Suchthilfe müssen wieder stärker vernetzt werden, damit frühe Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gemeinsam aufgefangen werden können. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen der Jugendhilfe, ins-

besondere der offenen Jugendarbeit und Jugendverbandsarbeit wie auch in stationären Einrichtungen der Erziehungshilfe, sollen arbeitsfeldspezifische Handreichungen und Arbeitshilfen an die Hand gegeben werden, damit sie mit konsumierenden Jugendlichen besser präventiv arbeiten können. Alle, die professionell mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, müssen entsprechend qualifiziert und sensibilisiert werden. Angebote der Aus- und Fortbildung zur Problematik sind ausreichend anzubieten.

Suchtprävention ist auch eine pädagogische, sozialpädagogische und gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe, die alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen betrifft. Eine effektive und effiziente Jugendhilfe leistet deshalb einen wichtigen Beitrag für eine qualifizierte Suchtprävention.

Intensivierung der zielgruppengerechten Prävention

Für eine Suchtentwicklung von Kindern und Jugendlichen sind auch soziale Indikatoren (wie das soziale Umfeld) von Bedeutung. Deshalb sind hier Maßnahmen zur Suchtprävention vorrangig zu verankern. Dabei ist eine stärkere Forcierung von gemeinwesenorientierter Arbeit und Setting-Ansätzen⁷ ebenso wichtig wie die Arbeit mit den betroffenen Kindern- und Jugendlichen.

PRÄVENTIONSANSÄTZE SIND NOTWENDIG

- für alte Menschen,
- für psychisch behinderte Menschen,
- für arbeitslose Menschen,
- für Menschen in schwieriger sozialer Situation
- und für Menschen mit anderer ethnischer Zugehörigkeit.

Hierbei geht es vor allem darum, die bestehenden Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen zu erkennen und zu aktivieren. Darüber hinaus ist auch die Arbeit mit suchtkranken Eltern wichtig, um eine Suchterkrankung der Kinder zu vermeiden. Die direkte Ansprache von Konsumenten illegaler Drogen über das Internet hat sich bewährt. Allerdings ist die Inanspruchnahme dieses Angebotes noch deutlich zu erhöhen und gegebenenfalls durch eine differenziertere Ansprache über Kooperationspartner aus der Szene (Party-Projekte) noch stärker auf einzelne Konsumentengruppen auszurichten.

Implementierung suchtpräventiver Arbeit in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Arztpraxen und Krankenhäusern, Durchführung von Schulungen zum Thema Suchtprävention

Suchtkranke werden häufig in den Gesundheitsdiensten, in Arztpraxen oder im Kranken-

⁷ Mit dem Übergang zu einem Lebensweisenansatz trat der Einbezug des lebensweltlichen oder subkulturellen Kontextes der Adressaten in den Vordergrund. Unabhängig von einem Risiko oder Suchtpotenzial werden Zielgruppen nach ihren unterschiedlichen Lebenswelten, -weisen oder -stilen differenziert, unter Berücksichtigung der jeweiligen Belastungs- oder Protektivfaktoren, Ritualisierungen von Konsum, symbolischen Bedeutungen von Substanzen, sozialen Netzen oder Risikokompetenzen. Das Phänomen kann enger (z. B. Crack-Konsum) oder weiter (z. B. Abhängigkeitsentwicklung) gefasst sein bzw. sich auf Substanzen oder auf vermittelnde Aspekte (z. B. Life Skills) beziehen. Dies gilt, sowohl wenn man von Substanzen her denkt (z. B. Rauchen – Welche Gruppen sind davon am stärksten betroffen?), als auch wenn man von Zielgruppen ausgeht (z. B. alte Menschen – von welchem Phänomen sind sie am stärksten betroffen?). Die allgemeinen Aussagen gelten für alle Substanzen, die Gegenstand der Suchtprävention sind, einschließlich Psychopharmaka.

haus auffällig. Die Diagnose von Suchterkrankungen ist stärker in den Curricula der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu berücksichtigen. Es müssen regelmäßige Fortbildungsangebote für den entsprechenden Personenkreis angeboten werden.

Einbindung von Fernsehen, Radio und Printmedien in Aufklärungs- und Informationskampagnen

Die Massenmedien müssen in eine Gesamtstrategie eines Aktionsplans Drogen und Sucht mit einbezogen werden, damit dessen Zielsetzungen in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden können und ein positives Klima für suchtpreventive Botschaften hergestellt werden kann. Es soll überprüft werden, ob in die jeweiligen Landesrundfunkgesetze eine Verpflichtung zur zielgruppenspezifischen Ausstrahlung von Spots der Gesundheitsaufklärung aufgenommen werden kann. Die Medien sollen dafür gewonnen werden, durch eine freiwillige Selbstbeschränkung bei der Werbung insbesondere für Alkohol und Tabak einen Beitrag zur Suchtprevention zu leisten.

Fortführung der Kooperation mit Sportverbänden in der Suchtprevention

Die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Sportverbänden und der BZgA sowie auf der Länderebene soll fortgesetzt werden, um Jugendliche über den Weg der Einbindung in sportliche Aktivitäten mit primärpräventiven Angeboten zu erreichen.

3.1.2. Suchtmittelspezifische Präventionsmaßnahmen

Verbesserung des Nichtraucherschutzes durch Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung

Die Änderung der Arbeitsstättenverordnung mit Wirkung vom 3. Oktober 2002, die den Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz stärkt, indem sie die Arbeitgeber verpflichtet, für rauchfreie Arbeitsplätze zu sorgen, ist ein wichtiger Schritt. Die gesundheitlichen Gefährdungen durch Passivrauchen sollen stärker problematisiert werden. Darüber hinaus wird angestrebt, den Nichtraucherschutz auch in anderen Lebensbereichen, z. B. Gaststätten, Bahnhöfen und Flughäfen, zu verbessern. Öffentliche Einrichtungen, insbesondere Schulen und medizinische Einrichtungen, sind Orte, an denen der Nichtraucherschutz deutlich verbessert und ein Klima zur Unterstützung der Rauchfreiheit geschaffen werden muss. Ziel ist es, bundesweit Rauchfreiheit oder rauchfreie Zonen in öffentlichen Einrichtungen durchzusetzen.

Unterstützung eines alkoholfreien Lebensstils, Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol

Ein alkoholfreier Lebensstil muss als eigenständiger Lebensstil gewürdigt werden. Noch immer sind die Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung nicht genügend bekannt oder werden bagatellisiert. Deshalb muss die Aufklärung darüber verstärkt werden. Hierbei haben insbesondere die Ärzte in der Allgemeinpraxis und im Krankenhaus eine wichtige Funktion. Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol wird ein Schwerpunktthema sein.

Förderung der Punktnüchternheit

Unter Punktnüchternheit wird der Verzicht auf Alkoholkonsum in bestimmten Situationen, in denen dieser Konsum zur unmittelbaren Gefährdung anderer oder zu eigenen Beeinträchtigungen führt, verstanden. Zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol gehört demnach Punktnüchternheit am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, während der Schwangerschaft, Stillzeit und Einnahme von Medikamenten. Konsumverzicht wird ebenfalls angestrebt bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 16 Jahren.

Verbesserung der bestimmungsgemäßen Verschreibung von Medikamenten

Um die Erreichbarkeit der medikamentenabhängigen Personen – überwiegend Frauen – zu erhöhen, ist anzustreben, dass eine Medikamentenabhängigkeit frühzeitiger in der ärztlichen Praxis, im Krankenhaus, aber auch im Rahmen anderer spezifischer Unterstützungssysteme (z. B. Mutter-Kind-Kuren) erkannt wird und die Betroffenen zu einer Behandlung motiviert werden.

Bei der Verschreibung von psychoaktiven Arzneimitteln muss eine besondere Sorgfalt angestrebt werden, die dem Grundsatz „weniger ist mehr“ entspricht.

Die bislang unterschätzten Risiken einer Arzneimittelabhängigkeit können reduziert werden durch:

- verstärkte Aufklärung über die Risiken und Gefahren des Missbrauchs und über Alternativen zum Arzneimittelgebrauch,
- die systematische Erfassung und Bewertung des problematischen Arzneimittelgebrauches (Aufbau eines Monitoringsystems),
- gezielte präventive Maßnahmen für spezielle Zielgruppen,
- Verbesserung der Qualifikation (Pharmakologie/Psychiatrie/Pharmazie) der Ärzte und Apotheker⁹.

⁹Anwendung von Methylphenidat bei der Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) soll durch qualitätssichernde und bedarfsgerechte Standards verbessert werden.

Bereitstellung von Gewinnen aus Glücksspielerlösen als Mittel für Präventions- und Hilfemaßnahmen von Suchterkrankungen

Ein Teil der Gewinne von Spielbanken u. ä. Einrichtungen fließt in der Regel in die Landeshaushalte. Die Einnahmen sollen zu bestimmten Teilen der Suchtprävention und -hilfe zur Verfügung gestellt werden.

3.2. Beratung, Behandlung und Rehabilitation

Die Maßnahmen im o. g. Bereich zielen darauf ab, gefährdete oder bereits abhängige Menschen

- frühzeitig für Hilfen zu erreichen,
- ihr Überleben zu sichern,
- zu motivieren, weiterführende Hilfen anzunehmen,
- gesundheitlich zu stabilisieren,
- und sozial und beruflich zu rehabilitieren.

Folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Beratung und Therapie sind notwendig:

Einrichtung eines bundesweiten Drogen- und Suchttelefons (einheitliche Nummer)

Der Ausbau einer telefonischen Drogen- und Suchtberatung mit einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer ist zu prüfen. Bereits bestehende Telefonberatungen, die nur regional erreichbar sind, sollen so miteinander vernetzt werden, dass Menschen mit Suchtproblemen oder deren Angehörige schneller professionelle Hilfe erhalten können⁹.

Verbesserung der Zusammenarbeit der Sucht- und Jugendhilfe mit dem Ziel einer früheren Intervention bei Gefährdeten

Die verbesserte Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe soll zur früheren Intervention bei Gefährdeten beitragen und die Entstehung einer Sucht verhindern. Dies soll unterstützt werden durch:

- die Initiierung von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen und Expertentagungen,
- die Entwicklung eines Manuals zur Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe,
- Kooperationsvereinbarungen auf kommunaler Ebene, die festlegen, dass bei

⁹ Seit 12.11.2003 ist unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 01805-31 30 31 die Sucht- und DrogenHotline geschaltet.

Suchtmittelmissbrauch von jungen Menschen und Eltern, deren Erziehungskompetenz durch die Suchtkrankheit eingeschränkt ist, die Suchthilfe und die Jugendhilfe sich grundsätzlich gegenseitig einschalten,

- die weitere Förderung des begonnenen Austausches von bereits bestehenden Kooperationsmaßnahmen in den beiden Bereichen,
- den Ausbau der Vernetzung auf die Jugendgerichtshilfe und Migrationsberatungsstellen.

Frühere Erreichung von Gefährdeten bei illegalen Substanzen

Der Einstieg in den Konsum illegaler Drogen findet häufig in bestimmten Teilgruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen statt (etwa jugendlichen Aussiedlern, bei verhaltensauffälligen Jugendlichen oder in der Techno-Party-Szene). Deshalb müssen aufsuchende Hilfen spezifischen Zugang zu diesen Teilgruppen suchen (besonders unter Einbeziehung von Peers in diese niedrigschwellige Arbeit), um die gefährdeten Jugendlichen zu erreichen, einen Einstieg zu verhindern bzw. zu einem frühzeitigen Ausstieg aus dem Konsum zu motivieren.

Verbesserung und Ausbau der ambulanten Behandlung Suchtkranker

Die Suchtbehandlung sollte möglichst wohnortnah und leichter zugänglich angelegt sein. Die durch das SGB IX eröffnete Möglichkeit, ambulante und teilstationäre Rehabilitation stärker zu nutzen, ist in der Verwaltungspraxis der Rehabilitationsträger umzusetzen. Die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger vom 4. Mai 2001 geht von einer besseren Differentialdiagnostik aus, um eine passgenaue Behandlung vorzunehmen, und erweitert die Behandlungsmöglichkeiten um eine substitions-gestützte ambulante (wie stationäre) Rehabilitation.

Ambulante Maßnahmen sollten verstärkt werden, z. B. durch den Einsatz von Opiatantagonisten oder durch andere Medikamente zur Rückfallprophylaxe. Auch eine qualifizierte Entzugsbehandlung sollte ambulant erfolgen können. Die Einbeziehung der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten ist in diesem Bereich zu verstärken.

Weiterentwicklung der stationären Abstinenztherapien für Suchtkranke

Die stationären Einrichtungen der professionellen Suchtkrankenhilfe

- in Krankenhäusern und Stationen zur akutmedizinischen/-psychiatrischen Behandlung Suchtkranker zur Entzugsbehandlung,

- in den Fach- und Rehabilitationskliniken sowie Rehabilitationsabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser zur Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistungen mit differenziertem Indikationsprogramm,
- in therapeutischen Gemeinschaften insbesondere für junge Suchtkranke und Drogenabhängige,
- sowie in Adaptionseinrichtungen zur sozialen und gesellschaftlichen Integration der Betroffenen

behandeln Suchtkranke fachgerecht. Mittlerweile gibt es zunehmend eine Individualisierung der Therapien, in die motivierende Verfahren (motivierende Gesprächsführung) einbezogen sind.

Die stationären Einrichtungen beteiligen sich an dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert (§ 20 SGB IX). Es ist zu prüfen, ein Qualitätssiegel (Gütesiegel) zu vergeben, gemeinsam Katamnesestandards zu entwickeln und Forschungsprojekte zu formulieren. In der stationären Therapie geht es auch um die Reduzierung der langfristigen Folgen intensiven Drogenkonsums, die mit einer Veränderung der neurologischen Struktur der Klienten verbunden sein können (Ausbildung eines starken Cravings nach Suchtmitteln). Die Behandlung muss die Bewältigung dieses Cravings zum Ziel haben. Es gehört außerdem zur Behandlung, Vorbelastungen, Traumatisierungen und psychische Erkrankungen mit zu bewältigen.

Verbesserung der sach- und fachgerechten Behandlung psychischer Störungen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen

Im Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen treten häufig eine Reihe psychopathologisch bedeutsamer Symptome auf, die einen eigenen Krankheitswert erreichen können. In späteren Phasen von Abhängigkeitserkrankungen finden sich v. a. Depressionen, Angstzustände und hirnorganische Psychosyndrome. Andererseits können auch primär seelische Erkrankungen, z. B. Angststörungen, zu einem Kontakt mit Suchtmitteln (z. B. Tranquilizern) und zu einem Missbrauch bzw. Abhängigkeit führen. Das Erkennen sowie die sach- und fachgerechte Behandlung dieser psychischen Störungen ist von besonderer Bedeutung auch im Hinblick auf eine Vermeidung der Entstehung bzw. Verkomplizierung von Abhängigkeitssymptomen. Ein besonderes Problem stellt das Zusammentreffen von schizophrenen Psychosen und Drogenmissbrauch dar. Neben deskriptiven Klassifikationssystemen sollten diagnostische Instrumente zur Frühidentifikation einer Abhängigkeitserkrankung und zur Komorbidität entwickelt werden. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 ist eine deutliche Zunahme der Zahl psychotherapeutisch tätiger Leistungs-

erbringer zu verzeichnen, so dass es zu einer Verbesserung der Versorgungssituation kommen kann. Deshalb sollen „Kompetenznetzwerke Sucht“ geschaffen werden.

Stärkung der Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Abstinenzangeboten und medikamentengestützten Behandlungen

Auch Substituierte können für eine Abstinenztherapie motiviert werden. Die Voraussetzungen für die Finanzierung einer solchen Behandlung haben die Leistungsträger geschaffen. Nun kommt es darauf an, in den ambulanten substitutionsgestützten Behandlungen Klienten für eine solche Möglichkeit anzusprechen. Dazu muss die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und ambulanten bzw. stationären Drogenhilfeeinrichtungen verstärkt werden. Es müssen zudem stationäre Drogentherapieeinrichtungen Plätze für eine substitutionsgestützte Eingangsphase mit anschließender Abstinenzbehandlung zur Verfügung stellen.

Ausbau der Leistungen zur beruflichen Integration

Die durch das SGB IX vorgesehenen Möglichkeiten der Leistungsgewährung im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben sind von den Rehabilitationsträgern –bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen– konsequent zu nutzen. Es gilt zukünftig die Umsetzung des Gesetzes in die Praxis aufmerksam zu begleiten. Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen Prozesse der Armutsentwicklung sind mit einer Vielzahl von psychosozialen Risiken verbunden, die verstärkend auf den Konsum von Suchtmitteln und die Entwicklung einer substanzbezogenen Abhängigkeit wirken können. Deshalb kommt der Integration von suchtmittelabhängigen Menschen durch Arbeit und Beschäftigung eine sehr große Bedeutung zu. Zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen verbindliche Vereinbarungen mit den Trägern der medizinischen Rehabilitation über die Kooperation in der Rehabilitation, aber auch mit den zuständigen Arbeitsverwaltungen getroffen werden.

Stärkere Berücksichtigung von geschlechtsspezifischer Gewalterfahrung im Zusammenhang mit Suchterkrankungen

Die Erfahrungen von Gewalt, insbesondere sexueller Gewalt, sind als Mitverursacher bei der Entstehung weiblicher Suchterkrankungen von erheblichem Belang. Es muss daher darauf hingewirkt werden, dass diese Erkenntnis systematisch in ihrer Bedeutung für die Erkrankung, Diagnose und Behandlung aufgegriffen wird, beispielsweise durch entsprechende Schulungen des Klinikpersonals, Einstellung von weiblichen therapeutischen Fachkräften oder Einrichtung von geschützten Räumen für Frauen in Kliniken.

Förderung der interkulturellen Kompetenz und Berücksichtigung von migrationsbedingten Hintergründen bei Suchterkrankungen

Die interkulturellen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Suchtberatungsstellen müssen ausgebaut werden durch:

- eine engere Kooperation zwischen Migrations- und Suchthilfeberatungsstellen,
- gemeinsame Fortbildungen von Migrations- und Suchthilfeberatungsstellen,
- Auswertung der Erfahrungen aus Modellvorhaben zur Suchtprävention unter Migrantinnen und Migranten,
- Bereitstellung angemessener spezifischer therapeutischer Angebote, die den Migrationshintergrund durch interkulturelle Qualifikation berücksichtigen,
- Einbeziehung ethnischer Vereine in die Präventions- und Behandlungsarbeit.

Eine erfolgreiche Rehabilitation von suchtkranken Migrantinnen und Migranten ist nur auf der Basis vorgeschalteter integrativer Maßnahmen möglich (z. B. Förderung der deutschen Sprache, Verständigung über die Kultur).

Förderung und Qualifizierung der Selbsthilfe

Nach § 20 Abs. 4 SGB V fördern die Krankenkassen Selbsthilfegruppen, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten nach dem Verzeichnis der Krankheitsbilder zum Ziel gesetzt haben. Nach § 29 SGB IX sollen Selbsthilfegruppen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, von den Rehabilitationsträgern nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Da die Selbsthilfe eine entscheidende Komponente zum Behandlungserfolg einer Suchterkrankung darstellt, soll sie unterstützt werden durch:

- bessere Finanzierung von Selbsthilfegruppen und -organisationen,
- die Einbindung von Selbsthilfe in Planungen zu Suchthilfemaßnahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene,
- die Qualifizierung von Selbsthilfegruppen,
- kostenlose Überlassung von Räumlichkeiten für Meetings.

Selbsthilfegruppen (inkl. Elternselbsthilfegruppen) sollen stärker in die koordinierende und planende Arbeit für Maßnahmen zur Reduzierung von Problemen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen einbezogen werden, sie sind unverzichtbarer Bestandteil der Hilfsangebote für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen.

Ausweitung des Beratungsangebotes zur Raucherentwöhnung und zur Vermittlung von individuell abgestimmten Entwöhnungsstrategien

Aufbauend auf den bisher entwickelten Ausstiegshilfen aus der Tabaksucht sind weitere Angebote gemeinsam mit den Krankenkassen zu entwickeln. Gerade bei Jugendlichen sind spezielle Maßnahmen zur Raucherentwöhnung zu erproben. Dabei sind die niedergelassenen Ärzte einzubeziehen.

Förderung von Früherkennung und Frühintervention suchtmittelbedingter gesundheitlicher Störungen

Die frühzeitige Erkennung suchtmittelbedingter Probleme und eine fachgerechte Reaktion können langfristige Schädigungen vermeiden helfen. Dies soll unterstützt werden durch:

- Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen zur Früherkennung von suchtmittelbezogenen Problemen und zum Umgang mit Betroffenen,
- Beratungsverpflichtung für Krankenhäuser bei stationärem Aufenthalt von Patienten,
- Durchführung von Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte zur Früherkennung und zur Gesprächsführung,
- Verbesserung der ärztlichen Beratung von Schwangeren.

Da in Praxen niedergelassener Ärzte nahezu jeder zehnte Patient ein den akuten Beschwerden zugrunde liegendes Suchtproblem hat, ist es dringend geboten, insbesondere die Früherkennung von alkoholbedingten Problemen oder Erkrankungen zu verbessern. Es gibt mittlerweile entsprechende Beratungsleitfäden, die in Kooperation zwischen der BZgA, den Verbänden der Suchthilfe und der Bundesärztekammer entwickelt worden sind und in verschiedenen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen erprobt werden.

Verbesserung der Hilfeangebote bei pathologischem Glücksspiel

Nur ein sehr kleiner Teil der Gesamtklientenzahl der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe sind pathologische Glücksspieler. Ziel ist daher, die Zahl der Behandelten im Rahmen der Möglichkeiten der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel vom 05. Februar 2001 zu erhöhen.

Verbesserung der substitions-gestützten Behandlung

Zielrichtung der substitions-gestützten Behandlung ist die gesundheitliche Stabilisierung von Drogenabhängigen und die allmähliche Erreichung der Abstinenz des Patienten. Es kommt darauf an, die Zugänglichkeit und die Qualität der substitions-gestützten Behandlung weiter zu verbessern. Neben der Umsetzung der dazu bislang vorgesehenen Maßnahmen (Einführung eines Substitutionsregisters und einer spezifischen suchttherapeutischen Qualifikation für substituierende Ärztinnen und Ärzte, Einhaltung von Richtlinien der Bundesärztekammer) ist es erforderlich:

- die psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zu verbessern und auch hier die Soziotherapie nach § 37a SGB V zur Anwendung zu bringen,
- auf regionaler Ebene Qualitätszirkel zur substitions-gestützten Behandlung einzurichten.

Weiterhin soll das Angebot der substitions-gestützten ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen ausgebaut werden, die die Zielsetzung der Abstinenz haben (gem. Anlage 4 „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen vom 4. Mai 2001).

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur GKV-Finanzierung substitions-gestützter Behandlungen Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien) sind entsprechend den neueren Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft am 28. Oktober 2002 novelliert worden, wobei insbesondere die manifeste Opiatabhängigkeit als alleinige Behandlungsindikation anerkannt und das bisherige Antragsverfahren durch ein Meldeverfahren ersetzt worden ist. Die Auswirkungen der Novellierung werden durch das BMGS geprüft. Hierzu gehören auch die Durchführung und Finanzierung der Psychosozialen Begleitung (PSB).

Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem Modellprogramm der heroingestützten Behandlung bei der Fortentwicklung der Suchtkrankenhilfe

Die im Jahr 2004 zu erwartenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger werden ausgewertet. Die Ergebnisse sollen in die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe für die Gruppe der schwerst heroinabhängigen Menschen einfließen.

Verbesserung der sozialen Integration nach Therapie

Gerade der Übergang von einer Therapie in den Alltag ist eine schwierige Phase in der Rehabilitation von Suchtkranken. Dieser Prozess soll gestützt werden durch:

- flexible Nutzung von Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten,
- die Möglichkeit der Nachsorge und Beratung nach abgeschlossener stationärer Therapie.

Ausbau von Therapiemotivation und Beratung im Strafvollzug

Sowohl die Suchtberatung im Strafvollzug als auch die Kooperation mit externen Suchtberatungsstellen und anderen Fachdiensten sollen verbessert werden, insbesondere auch für Straftäter mit Alkoholproblemen.

3.3. Überlebenshilfen und Schadensreduzierung

Überlebenshilfen sollen vor allem zur Senkung der Mortalität und Morbidität von Suchtkranken führen. Sowohl die Einrichtung von niedrighwelligen Kontaktläden und Drogenkonsumräumen als auch qualitätsgesicherte Substitutionsbehandlungen haben neben der Hilfe zum Ausstieg insbesondere die Zielrichtung, die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumenten zu senken.

Darüber hinaus sind diese Hilfen darauf abgestellt, mit dem Substanzkonsum verbundene soziale, psychische und somatische Folgeschäden zu reduzieren. Durch Vernetzung mit anderen Angeboten ist sicher gestellt, dass die Zielgruppen der Überlebenshilfen auch weiterführende Maßnahmen ohne große Hürden in Anspruch nehmen können.

Förderung von niedrighwelligen Hilfeprogrammen zur Erreichung chronisch Alkoholkranker, Reduzierung der alkoholbedingten Todesfälle und Ausbau der Überlebenshilfe/Schadensreduzierung für Alkoholabhängige

Die Angebote der professionellen Suchtkrankenhilfe für alkoholranke Menschen erreichen nur einen kleinen Teil der Betroffenen, da sie überwiegend abstinenzorientiert arbeiten. Der weitaus größte Teil alkoholkranker Menschen nimmt aber keine Abstinenzbehandlung wahr. Insbesondere chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige werden oft durch die Angebote der eher „hochschwelligen“ Suchtkrankenhilfe nicht erreicht oder dort nicht gehalten. Das Bundesmodellprogramm "Nachgehende Sozialarbeit" (Case Management),

das in enger Kooperation mit den Ländern durchgeführt worden ist, hat aber gezeigt, dass diese Zielgruppe erreichbar ist und dass es durch niedrigschwellige Angebote der Hilfe auch zur Reduzierung alkoholbedingter Folgeerkrankungen kommt. Es muss daher Ziel sein, diese Angebote auszubauen und die bestehenden Hilfen für Suchtkranke und für Wohnungslose besser zu vernetzen. Niedrigschwellige Hilfsprogramme zur Erreichung von chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholkranken sollen in Kooperation mit den Angeboten der Wohnungslosenhilfe verbessert werden, um die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle zu reduzieren. Akutbehandlungen sollen mit einer Motivationsphase verbunden werden, um Rückfälle zu reduzieren und Alternativen zum chronischen Alkoholkonsum zu entwickeln, einschließlich verhaltenstherapeutischer Maßnahmen zur Reduzierung der Trinkanlässe und -mengen. Neben Formen der aufsuchenden Arbeit sind hier auch Aufenthalts- und (betreute) Wohnmöglichkeiten sowie Arbeits- und Beschäftigungsangebote notwendig. Die Versorgung von chronisch mehrfachgeschädigten alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen muss als Versorgungsaufgabe in einem gemeindenahen integrierten Hilfeverbund begriffen werden. Dazu bedarf es verbindlicher regionaler Versorgungskonzepte mit gemeinsam festgelegten Zielen, verbindlicher „Fallverantwortung“ und niedrigschwelliger Zugangsvoraussetzung.

Weiterentwicklung von schadensreduzierenden Maßnahmen bei riskantem Konsum von illegalen Drogen

Das Injizieren von Heroin oder Kokain ist eine besonders riskante und gesundheitsgefährdende Konsumart. Bei Cannabis, Ecstasy, Amphetaminen u. a. Substanzen gibt es exzessive Formen des Konsums. Ziel ist, die bereits Konsumierenden für risikoärmere Arten des Konsums und für eine Konsumreduzierung zu gewinnen, solange ein völliger Verzicht auf den Konsum illegaler Drogen noch nicht zu erreichen ist. Damit soll ihr Überleben gesichert und langfristig für den Ausstieg aus dem Konsum motiviert werden. Dazu müssen entsprechende Informationsmaterialien entwickelt und Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiter in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe angeboten werden.

Angebote von Drogenkonsumräumen

Die Bundesregierung hat die Einrichtung von Drogenkonsumräumen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Einige Bundesländer haben die erforderlichen Ausführungsbestimmungen geschaffen. Mittlerweile haben Kommunen von den gesetzlichen Möglichkeiten Gebrauch gemacht und Drogenkonsumräume eingerichtet. Erste Ergebnisse der bundesweiten Evaluation deuten darauf hin, dass die Drogenkonsumräume ihre Zielgruppe erreichen und auch für sehr schwer erreichbare, langjährig Heroinabhängige weiterführende Hilfen angeboten werden können; ferner konnten Drogenkonsumräume neben anderen Faktoren

einen spezifischen Beitrag zur Senkung von Drogentodesfällen leisten. Es sollte geprüft werden, ob weitere Angebote eingerichtet werden.

Verbesserung der Notfallhilfe

Noch immer könnten wesentlich mehr Todesfälle durch rechtzeitige notfallmedizinische Hilfen verhindert werden. Die Notfallhilfe soll durch Schulung von Betroffenen zur gegenseitigen Unterstützung gefördert werden.

Förderung von Massnahmen im Strafvollzug zur Infektionsreduzierung

Die Bundesregierung wird gemeinsam mit den Landesjustizverwaltungen darauf hinwirken, dass die Justizvollzugsanstalten die Maßnahmen zur gesundheitlichen Schadensreduzierung bei besonderen Gefangenengruppen intensivieren. Hierzu gehören z. B. Aufklärungsmaßnahmen und die Prüfung der Frage, ob und inwieweit Impfprogramme und die Substitution Opiatabhängiger durchgeführt bzw. ausgeweitet werden sollen. Die Bundesregierung wird das z. T. modellhafte Verfahren der Ausgabe steriler Spritzen im Vollzug aufmerksam beobachten und die Ergebnisse sorgfältig prüfen.

3.4. Repression und Angebotsreduzierung

Repressive Maßnahmen, insbesondere das Strafrecht, bilden eine traditionelle Säule der Drogenpolitik, mit der einerseits das Angebot an Suchtmitteln, andererseits die Nachfrage reduziert werden sollen. Vor allem gewinnt das Strafrecht als wichtiges Instrument für die Bekämpfung des illegalen Drogenhandels auf nationaler und internationaler Ebene an Bedeutung. Das Betäubungsmittel-Strafrecht ist weitgehend von internationalen Abkommen und zunehmend auch vom EU-Recht bestimmt. Es muss regelmäßig überprüft werden, ob es:

- die mit ihm verfolgten Ziele erreicht,
- angemessen ist und
- wirkungsvoller gestaltet werden kann.

Neben der Repression ist die „Alternative Entwicklung“ eine weitere Strategie der Angebotsreduzierung, die direkt in den Anbauländern von Drogenpflanzen zur Herstellung illegaler Drogen zur Anwendung kommt. Alternative Entwicklung umfasst einen Prozess, durch den die Produktion illegaler Drogenkulturen (z. B. Koka-Büsche, Schlafmohn) durch spezifische Maßnahmen zur ländlichen Entwicklung verhindert, verringert oder beseitigt wird.

Dieser Prozess wird als eine offene und flexible Strategie verstanden, die angepasst an lokale Bedingungen und Gegebenheiten verfolgt werden muss. Sie fällt damit auch unter den Bereich der internationalen Zusammenarbeit, weshalb die Maßnahmen zu ihrer Umsetzung unter Punkt 4 (Internationale Zusammenarbeit) näher dargestellt werden.

3.4.1. Reduzierung des Angebotes an illegalen Drogen

Wirksame Kontrolle der legalen Ausgangsstoffe zur Herstellung illegaler Drogen (Grundstoffüberwachung)

Ohne chemische Vorläufersubstanzen (so genannte Grundstoffe) können Drogen in der Regel nicht hergestellt werden. Deshalb wurden in Deutschland sowie den anderen Mitgliedsstaaten der EU die Kontrolle und Überwachung des Binnen- und Drittlandhandels mit Grundstoffen ausgebaut. Es erfolgt eine ständige Überprüfung nach den neuesten Erkenntnissen der Forschung in Kooperation mit der chemischen Industrie. Zielsetzung ist, die Herstellung illegaler Drogen zu erschweren.

Reduzierung der Verfügbarkeit von illegalen Drogen bzw. Erschwerung des Zugangs hierzu

Da der Konsum illegaler Substanzen in erheblichem Maße auch von ihrer Zugänglichkeit abhängt, muss die Zugänglichkeit durch geeignete Maßnahmen weiterhin erschwert werden. Hier ist in besonderem Maße das strafrechtliche Instrumentarium zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels gefordert, aber auch Maßnahmen der alternativen Entwicklung in den Anbauländern.

Verhinderung bzw. Reduzierung des Handels mit illegalen Drogen, insbesondere des internationalen und/oder organisierten illegalen Drogenhandels

Eine wirksame Reduzierung des Angebots illegaler Drogen lässt sich nur erreichen, wenn vor allem der organisierte Drogenhandel als Teil der Organisierten Kriminalität bekämpft wird. Deshalb ist es vorrangiges Ziel polizeilicher und justizieller Maßnahmen, die Strukturen der Organisierten Kriminalität zu bekämpfen. Die Bekämpfung der Strukturen der Organisierten Kriminalität setzt ein strategisches und ganzheitliches Vorgehen voraus. Der international organisierte Drogenhandel ist auf Groß- und Zwischenhandelsebene von zahlreichen bandenmäßigen Zusammenschlüssen bis hin zu Organisationen gekennzeichnet, die in ihren Strukturen mit Wirtschaftsunternehmen vergleichbar sind und die sich der Mittel und Methoden der Organisierten Kriminalität bedienen. Damit den international vernetzten

Händlerorganisationen wirkungsvoll und nachhaltig entgegengetreten werden kann, bedarf es einer national und international abgestimmten Strategie, die von Aktivitäten in den Anbauregionen bis hin zu einzelnen Ermittlungs- und Kontrollmaßnahmen innerhalb des Absatzmarktes Europa reicht. Bei der Entwicklung einer solchen Strategie bietet es sich an, an bestehende und bewährte Konzepte im internationalen Bereich anzuknüpfen. Dies ist für den Bereich der EU deren Aktionsplan 2000–2004.

3.4.2. Überprüfung gesetzgeberischer Maßnahmen

Gesetzgeberische Maßnahmen, die in der Vergangenheit ergriffen wurden und nun in die Praxis umgesetzt werden, sind im Lichte ihrer Bedeutung und Einflussnahme auf das gemeinsame Ziel der nachhaltigen Reduzierung der Drogenkriminalität und suchtbbezogener Probleme zu prüfen. Polizeiliche und justizielle Erfahrungen im Zusammenhang mit den zur Verfügung stehenden Ermittlungsinstrumentarien müssen evaluiert werden – insoweit wird vor allem auf das Erfahrungswissen der Länder zurückzugreifen sein.

Prüfung gesetzgeberischen Handlungsbedarfs

Insbesondere vor dem Hintergrund sich abzeichnender neuer Tendenzen der organisierten Drogenkriminalität wie der Entwicklung weg vom Anbau von Pflanzendrogen in Entwicklungsländern hin zur Produktion von synthetischen Drogen wird zu prüfen sein, ob Maßnahmen auf dem Gebiet des Betäubungsmittel-, Arzneimittel- oder Strafverfahrensrechts zu veranlassen sind. Die Länder werden die polizeiliche und strafrechtliche Praxis vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden neuen Tendenzen dahingehend evaluieren, inwieweit dort Defizite zutage getreten sind, denen mit organisatorischen Maßnahmen allein nicht begegnet werden kann und die deshalb eine Prüfung gesetzgeberischer Maßnahmen veranlasst erscheinen lassen.

Derzeit wird auf EU-Ebene der Vorschlag eines Rahmenbeschlusses des Rates zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Handels mit Drogen erörtert. Ein Abschluss ist aber bislang nicht zustande gekommen. Bei einem Abschluss wird zu prüfen sein, ob die diesbezüglichen Regelungen Änderungen im nationalen Recht erforderlich machen.

Erschwerung der Verfügbarkeit von Tabakprodukten für Kinder und Jugendliche

Da die leichte Verfügbarkeit von und der legale Zugang zu Tabakprodukten für Kinder und Jugendliche den frühen Einstieg in den Konsum begünstigen, ist es das Ziel, diesen Zugang

zu erschweren. Das im neuen Jugendschutzgesetz festgelegte Abgabeverbot für Tabakwaren an Kinder- und Jugendliche unter 16 Jahren ist dabei konsequent einzuhalten. Ebenfalls ist die spätestens ab 2007 in Kraft tretende Regelung, dass Zigarettenautomaten nicht mehr für Kinder- und Jugendliche bis 16 Jahren zugänglich sein dürfen, auf ihre Umsetzung hin zu prüfen.

Evaluation der Auswirkungen der Regelungen der §§ 35 ff. BtMG

Die Bestimmungen der seit 1982 geltenden §§ 35 ff. BtMG („Therapie statt Strafe“) bzw. der Strafaussetzung zur Bewährung mit Therapieauflage, die für betäubungsmittelabhängige Straftäter sowohl einen Aufschub einer noch ausstehenden als auch die Unterbrechung einer begonnenen Strafvollstreckung zugunsten einer Behandlung ermöglichen, haben sich insgesamt bewährt. Gleichwohl kommt es aber auch in einem erheblichen Teil der Fälle zu einem Widerruf der Zurückstellung der Vollstreckung bzw. der Strafaussetzung. Die Bundesregierung wird in Abstimmung mit den Ländern prüfen, ob im Wege einer rechtstatsächlichen Untersuchung die konkreten Ursachen für diese relativ hohen Widerrufszahlen näher eruiert werden sollten, um so bewerten zu können, wie die Anwendung der §§ 35 ff. BtMG in der Praxis weiter verbessert werden kann.

Evaluation der Auswirkungen der Regelungen des § 31a BtMG

Die gesetzliche Regelung, gemäß § 31a BtMG von Strafverfolgung absehen zu können, wird unter dem Gesichtspunkt bundeseinheitlicher Rechtsanwendung und effektiver Prävention nach den Vorgaben des BVerfG von 1994 erneut überprüft werden. Eine aufgrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahre 1997 erstellte rechtstatsächliche Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle (KrimZ) „Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten“ hatte ergeben, dass die staatsanwaltschaftliche Praxis bei Fallgestaltungen im Bereich bis zu 10 g Cannabis in hohem Maße übereinstimmt, obwohl stark differierende Grenzwerte für die Bestimmung der geringen Menge in den entsprechenden Richtlinien bzw. Empfehlungen an die Staatsanwaltschaften teilweise sehr viel größere Handlungsspielräume eröffnen.

Diese Ergebnisse werden aufgrund der inzwischen verstrichenen Zeit gerade erneut überprüft. Dabei wird gleichzeitig der Frage nachgegangen, welche spezialpräventiven Auswirkungen die Anwendung des § 31a BtMG auf die Betroffenen hat.

Prüfung der Auswirkungen der Änderungen des Straßenverkehrsgesetzes und der Fahrerlaubnisverordnung

Das Führen von Kraftfahrzeugen unter Wirkung eines in der Anlage zu § 24a Abs. 2 Straßenverkehrsgesetz genannten berauschenden Mittels (dazu gehören u. a. Cannabis, Heroin und Kokain) wird seit dem 1. August 1998 als Ordnungswidrigkeit mit Geldbuße und Fahrverbot geahndet. Damit wurde ein wichtiger Auffangtatbestand zu den bestehenden strafrechtlichen Bestimmungen geschaffen, der unabhängig von der Feststellung der Fahrtüchtigkeit anwendbar ist. Die Liste der verbotenen berauschenden Mittel wird nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen fortgeschrieben. Die Maßnahmen dienen der Reduzierung von Verkehrsunfällen unter Einfluss psychoaktiver Substanzen, die geeignet sind, die Fahrtüchtigkeit zu verringern. Begleitend wurde ein Schulungsprogramm für Polizeibeamte durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen entworfen und herausgegeben. Das Schulungsprogramm behandelt u. a. die Drogenerkennung im Straßenverkehr und den Nachweis verkehrsrelevanter Beeinträchtigungen nach dem Konsum von Drogen.

Das Schulungsprogramm zur Drogenerkennung im Straßenverkehr und zum Nachweis verkehrsrelevanter Beeinträchtigungen nach dem Konsum von Drogen sollte in spezifizierter Form auch zur Schulung von Beschäftigten im Bereich der Jugendhilfe eingesetzt werden, da sie mit der angesprochenen Zielgruppe dieser Maßnahmen in den Jugendeinrichtungen (Jugendclubs) arbeiten.

Durch ein Forschungsprojekt der Bundesanstalt für Straßenwesen werden die Auswirkungen der zum 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Regelung der Fahrerlaubnisverordnung hinsichtlich der Klärung von Eignungszweifeln bei Betäubungsmittel- und Arzneimittelkonsum untersucht, um einen Überblick über die Anzahl der Eignungsüberprüfungen wegen Fahrens unter Drogeneinfluss, wegen Drogenbesitzes und die Anzahl der daraus resultierenden Fahrerlaubnisentziehungen zu erhalten.

3.4.3. Effizientere Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität

Bündelung der Ressourcen der Strafverfolgungsbehörden

Die Kräftebündelung aller Strafverfolgungsbehörden nach Maßgabe der ihnen zugewiesenen gesetzlichen Aufgaben stellt eine wichtige Maxime innerhalb der Kriminalitätsbekämpfung dar. Effektiver Ressourceneinsatz innerhalb der Strafverfolgungsbehörden ist das Ergebnis einer abgestimmten Bekämpfungsstrategie. Als Beispiel gemeinsam erzielter Synergieeffekte sind die Einrichtungen der Gemeinsamen Ermittlungsgruppen (GER: Zoll/Polizei) bzw. die Etablierung der Gemeinsamen Grundstoffüberwachungsstelle (GÜS: BKA/Zoll) zu nennen. Auf justizieller Seite sind auf der Ebene der Staatsanwaltschaften die organisatorischen Maßnahmen zu nennen, um zu einer Zuständigkeitskonzentration bei Betäu-

bungsmitteldelikten mit Bezug zur Organisierten Kriminalität zu gelangen. Zur weiteren Effizienzsteigerung bei der Durchführung von Strukturermittlungsverfahren und für die Verwertung der im Rahmen der Strukturermittlungsverfahren gewonnenen Erkenntnisse im Strafverfahren ist auch auf Seiten der Justiz der weitere Ausbau der hier notwendigen Ressourcen anzustreben.

Intensivierung der Ermittlungsinstrumente

Mit dem Ziel einer Intensivierung von Ermittlungen ist der Ausbau gesetzlicher Ermittlungsinstrumente, etwa im Bereich der Telefonkommunikationsüberwachung oder der Verbindungsdatenerhebung, zu prüfen. In diese Prüfung ist insbesondere auch die notwendige Abwägung zwischen dem Fernmeldegeheimnis, dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung, dem Gebot der konkreten Bestimmung des Zwecks der Datenverarbeitung, den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit sowie der Datenvermeidung und -sparsamkeit und den schutzwürdigen Interessen von Telekommunikationsdiensteanbietern einerseits sowie der berechtigten Interessen der Strafverfolgungsbehörden andererseits einzubeziehen.

Ausbau der Strategien zur Strukturerkennung krimineller Organisationen

Unter methodischer Berücksichtigung des Unternehmensansatzes betreibt das Bundeskriminalamt im Rahmen seiner Strategie zur Bekämpfung der international organisierten Drogenkriminalität Informationsanalysen zur Strukturerkennung hinsichtlich krimineller Organisationen. Dabei werden vorrangig folgende Ziele verfolgt:

- Gewinnung aktueller, aussagekräftiger Lagebilder,
- Fortschreibung strategischer und operativer Konzepte zur Bekämpfung der Drogenkriminalität und
- Initiierung entsprechender Ermittlungsverfahren, auch unter Beteiligung der Länder bzw. in Abstimmung mit ausländischen Staaten.

Zur Zielerreichung dienen unter anderem Sonderauswertungen, die in enger Abstimmung und Kooperation mit den an der Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität beteiligten Behörden des Bundes und der Länder, namentlich den verfahrensleitenden Staatsanwaltschaften, durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um priorisierte Komplexe im Rahmen der operativen Auswertung, in denen den Finanzermittlungen sowie der Erkennung international angelegter Täter- und Logistikstrukturen und deren Ausläufern in Deutschland eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Mit diesem Maßnahmenpaket sollen kriminelle Strukturen erkannt und weitergehende Ermittlungen ermöglicht werden, um diese Strukturen nachhaltig zu beeinträchtigen.

Bekämpfung des Zigarettenschmuggels

Der Anteil des Zigarettenschmuggels am Gesamtmarkt wird für Deutschland auf rund 10 % geschätzt. 1999 haben Zollbeamte in Deutschland 653 Millionen geschmuggelte Zigaretten beschlagnahmt. Durch den illegalen Verkauf von billigen Zigaretten werden gesundheitspolitische Bemühungen zur Reduzierung des Tabakkonsums unterlaufen.

Reduzierung der Einfuhr von illegalen Drogen

Schwerpunkt der polizeilichen und justiziellen Maßnahmen ist weiterhin, die Einfuhr von illegalen Drogen – in enger Kooperation mit den Mitgliedsstaaten der EU und den Anrainerstaaten in Ost- und Südosteuropa – zu reduzieren.

In diesem Bereich verfügen neben den Staatsanwaltschaften sowohl Polizei als auch Zoll über Zuständigkeiten; sie müssen entsprechende Maßnahmen ergreifen. Hierzu zählen sowohl internationale als auch nationale Maßnahmen, z. B. die Verbesserung der Risikoanalyse durch den Abschluss weiterer Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Transportunternehmen und den elektronischen Zugriff der Bundeszollverwaltung auf Fracht- und Passagierinformationen der Transportunternehmen.

Weitere Intensivierung der Grenzkontrollen

Grenzkontrollen gilt es zu intensivieren durch:

- die Beteiligung an der Entwicklung und dem Einsatz neuer und mobiler Detektionstechnik,
- die Errichtung weiterer Container-Prüfanlagen,
- die Intensivierung regionaler, bilateraler und zeitlich begrenzter Kontrollmaßnahmen,
- die Verstärkung der mobilen Kontrollgruppen,
- die Intensivierung der Ausfuhrkontrollen an deutschen Flughäfen in Zusammenhang mit der Ausfuhr und dem Transit von synthetischen Drogen,
- die Entwicklung eines ganzheitlichen Kontrollansatzes bei schmuggelverdächtigen Fahrzeugen für Kontrollkräfte der Bundeszollverwaltung und der Polizeien der Länder.

3.4.4. Bekämpfung des Straßen- und Kleinhandels

Für die Strafverfolgungsbehörden steht die nachhaltige Reduzierung des Drogenangebotes an erster Stelle. Zum Vorgehen gegen den international organisierten Drogenhandel bedarf es einer Strategie, die alle Ebenen des Rauschgifthandels vom örtlichen Kleinhandel über den regionalen und überregionalen Zwischenhandel bis zum national und international organisierten „Großhandel“ berücksichtigt. Die Bekämpfung des gewerbsmäßigen Straßen- und Kleinhandels sowie die Erschwerung des Erwerbs von illegalen Suchtstoffen fallen in die primäre Zuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden der Länder. Strategische Ansätze können hierbei nur durch ein Zusammenwirken aller beteiligten Strafverfolgungsbehörden auf Bundes- und Landesebene sichergestellt werden.

4. Internationale und europäische Zusammenarbeit

Die Präventions- und Repressionsstrategien in Deutschland orientieren sich an den UN-Suchtstoffkonventionen, den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Erklärung zur Nachfragereduzierung und den neuen Leitlinien zur Nachfragereduzierung der UN-Suchtstoffkommission. Eine besondere Bedeutung haben die auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft verabschiedeten Richtlinien und Empfehlungen zu Tabak, Alkohol und Drogenabhängigkeit.

Die internationale Zusammenarbeit muss entwicklungspolitische Maßnahmen wie die Förderung alternativer Produktions- und Einkommensmöglichkeiten enthalten, um den Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern Alternativen zum Drogenanbau zu erschließen. Angesichts steigender Konsumproblematik in den klassischen Produktionsländern und Transitgebieten gilt es auch, Hilfen beim Aufbau von Präventionsprojekten und Suchthilfestrukturen zu leisten.

Es muss dabei differenziert werden zwischen den Kleinbauern, die aus Gründen der Überlebenssicherung an der ersten Stufe der Produktionskette stehen, und denjenigen, die in den weiteren Stufen mit krimineller Energie und in mafiösen Strukturen die Gewinne abschöpfen. Das Aufzeigen und die Förderung von Anbaualternativen werden aber keinen Erfolg haben, wenn den betroffenen Kleinbauern und Ländern nicht auch Angebote zur Lagerung, zum Transport und zur Vermarktung alternativer Produkte gemacht werden. Das schließt eine Demokratisierung und die wirtschaftliche, soziale und ökologische Stärkung des ländlichen Raumes ein.

Entsprechend den bestehenden Kooperationen und dem fachlichen Austausch auf europäischer Ebene zu drogenrelevanten Projekten und Programmen sollen künftig verstärkt Projekte mit außereuropäischen Partnerländern (v. a. in Entwicklungsländern) entwickelt werden. Dies gilt ebenso für die Entwicklung und die Vermittlung relevanter Qualitätsstandards in der Entwicklungszusammenarbeit.

Die präventiven und repressiven Maßnahmen der Bundesregierung auf internationaler Ebene zielen darauf ab:

- Zu einer international noch besser abgestimmten Strategie zur Kontrolle des internationalen Handels mit Suchtstoffen beizutragen,
- die internationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung der grenzüberschreitenden und organisierten Drogenkriminalität weiter zu intensivieren,
- Partnerländer bei der Entwicklung von Drogenhilfesystemen zu unterstützen (Prävention, Behandlung, schadensreduzierende Maßnahmen und Reintegration) und bei der Etablierung von Kontrollmechanismen (Repression) zur nachhaltigen Reduzierung des illegalen Drogenhandels mitzuwirken (z. B. Vorverlagerungsstra-

terie, polizeiliche Ausbildungs- und Ausstattungshilfe),

- entwicklungspolitische Maßnahmen in den Anbau- und Erzeugerländern mit dem Ziel zu unterstützen, den Anbau von Drogenpflanzen zu reduzieren, die Armut in diesen Regionen abzubauen und die Lebensbedingungen der vom Drogenpflanzenanbau wirtschaftlich abhängigen Menschen zu verbessern, um damit einen Beitrag zur Krisenprävention und zur Friedenssicherung zu leisten. (Eine mit entwicklungspolitischen Maßnahmen unkoordinierte und ungenügend kontrollierte chemische Vernichtung von Drogenpflanzen, wie sie beispielsweise verstärkt in Kolumbien stattfindet, wird abgelehnt.)
- entwicklungspolitische Maßnahmen in den Anbau-, Erzeuger- und Transitländern bei der Erarbeitung weltweiter Strategien zur Kontrolle von Chemikalien, die zur Betäubungsmittelherstellung missbraucht werden können, zu koordinieren sowie
- Zusammenarbeitsvereinbarungen mit denjenigen Ländern abzuschließen, mit denen keine vertraglichen Unterstützungsabkommen im Drogenbereich bestehen.

Spezifische Maßnahmen hierbei sind u. a.:

Unterstützung der Drogenbekämpfungsprogramme der Vereinten Nationen

Die Bundesregierung wird durch ihre Mitarbeit in den Suchtstoffgremien der Vereinten Nationen (CND/UNDCP) die internationale Drogenpolitik weiterhin mitgestalten und dabei insbesondere auf die Angebotsreduzierung und Schadensreduzierung hinwirken. Im Rahmen der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit mit VN-Organisationen, wie z. B. UNDCP, werden Programme und Projekte der Alternativen Entwicklung und der Prävention sowie Maßnahmen in den Bereichen „Good Governance“ und „Law Enforcement“ unterstützt.

Vor dem Hintergrund einer stark zunehmenden Konsumproblematik auch in so genannten Anbau- und Transitländern sind Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung problematischen Konsums verstärkt auszubauen. Insbesondere sind hier die vielfältigen Schnittstellen zwischen Drogenproblematik und Entwicklungsproblematik (Armut, Hunger und Mangelernährung, mangelnde Bildung, fehlende Gesundheitsversorgung, HIV/AIDS, mangelnde Jugendförderung, Gewaltproblematik etc.) zu berücksichtigen.

Die weitere Umsetzung des Europäischen Drogenaktionsplans 2000–2004

Bei der Umsetzung des europäischen Drogenaktionsplans 2000–2004 wird die Bundesregierung den integrierten Ansatz (Berücksichtigung auch der legalen Drogen) und die Ausgewogenheit zwischen Maßnahmen der Nachfrage- wie der Angebotsreduzierung betonen.

Weitere Schwerpunkte sind die Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen, die Bereitstellung angemessener Mittel, die Evaluierung staatlicher Maßnahmen, die Qualifizierung der Behandlungs- und Rehabilitationsangebote, die Verringerung drogenbedingter Kriminalität und die Förderung der Alternativen Entwicklung in den Drogenanbauregionen.

Bereits im Vorfeld der Halbzeitevaluierung bestand im Rat der Europäischen Union Einigkeit, dass es für die europäischen Drogenbekämpfungsmaßnahmen von Vorteil wäre, wenn bestimmte Schwerpunktbereiche festgelegt würden, die in den verbleibenden zwei Jahren der Laufzeit des EU-Drogenaktionsplans im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen sollten. Dabei wurde die allgemeine Ansicht vertreten, dass sich die synthetischen Drogen als ein solcher Schwerpunktbereich anböten.

Der Rat der Europäischen Union hat daher im November 2002 einen Plan zur Durchführung von Maßnahmen gegen das Angebot an synthetischen Drogen angenommen. Dieser Plan beruht auf Titel VI des EU-Vertrags und dient der Umsetzung verschiedener Punkte des EU-Drogenaktionsplans 2000–2004. Er sieht konkrete Initiativen zu folgenden Themenbereichen in Bezug auf das Angebot von synthetischen Drogen vor, mit denen sich die Europäische Union in den nächsten Jahren intensiver befassen sollte: Lieferung von Grundstoffen an die illegale Industrie, Maßnahmen betreffend illegale Labors und illegal tätige Chemiker, Maßnahmen betreffend die Verteilungsnetze und die Verteilung an den Endverbraucher sowie Maßnahmen betreffend die Herstellung und Verteilung synthetischer Drogen außerhalb der Europäischen Union. Außerdem werden die geeigneten Gremien (Mitgliedstaaten, Rat, Kommission und Europol) aufgeführt, die innerhalb bestimmter Fristen die Arbeit voranbringen sollen. Schlüsselemente für die erfolgreiche Durchführung der dargelegten Maßnahmen sind der effiziente Austausch von vergleichbaren Daten, kontinuierliche Anstrengung, um Doppelarbeit zu vermeiden, und das Bemühen, sich auf bestehende Strukturen zu stützen.

Weiterentwicklung des Erfahrungsaustausches durch die Europäische Drogenbeobachtungsstelle

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und deren deutsche Referenzstelle (DBDD) sollen stärker als bisher den Erfahrungsaustausch über innovative Projekte im Bereich Prävention, Behandlung, Überlebenshilfe und Repression sowie zur Entwicklung von Qualitätsstandards fördern.

Zusammenarbeit bei der Umsetzung von Richtlinien und Empfehlungen des Europäischen Parlaments und des Rates zur Reduzierung von tabak- und alkoholbedingten Schäden

Notwendig ist

- die Umsetzung der Richtlinien des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen (Tabakwerberichtlinie) und der Richtlinien zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (Tabakprodukterichtlinie).
- die Umsetzung der Empfehlungen des Rates zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen und zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit.

Förderung der europäischen Zusammenarbeit im Bereich der Rehabilitation

Die Rehabilitationsträger sollten bestrebt sein, gemeinsame Qualitätsstandards zu entwickeln, Partnerschaftsmodelle zu erproben, Benchmarkingprozesse zu betreiben und die Rehabilitationsforschung stärker europäisch zu vernetzen.

Bilaterale Entwicklungszusammenarbeit

Die Bundesregierung unterstützt in der direkten entwicklungspolitischen Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern und Transform-Ländern (Partnerländer) Maßnahmen und Projekte, die auf die Beseitigung sozialer, wirtschaftlicher und politischer Ursachen der Drogenproblematik abzielen und auf eine Reduzierung des Drogenpflanzenanbaus hinwirken.

Darüber hinaus unterstützt sie vermehrt Maßnahmen im Bereich Prävention, Therapie, Überlebenshilfe und Risikoreduzierung sowie der Rehabilitation im Hinblick auf die steigende Konsumproblematik in Partnerländern der Entwicklungszusammenarbeit. Auch diese Maßnahmen sollen auf dem „Vier-Säulen-Modell“ beruhen und multidisziplinär auf drei Interventionsebenen ansetzen. Mikroprojekte dienen dabei der Fortbildung von Fachpersonal und der Erprobung innovativer Methoden im Rahmen von Pilotprojekten; auf der Meso-Ebene werden nachhaltige multisektorale Kooperationen gefördert und auf der Makro-Ebene politische Entscheidungsträger, Judikative und Exekutive für die komplexen Problemzusammenhänge sensibilisiert und fachlich unterstützt.

Zentrales Element der Bundesregierung in der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit im Drogenbereich ist das 1990 ins Leben gerufene „Aktionsprogramm Drogen und Entwick-

lung" (ADE), das im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (gtz) durchgeführt wird. Als Schnittstelle zwischen der Drogenkontrolle und der Entwicklungszusammenarbeit kommt dem ADE eine zentrale Rolle zu. Es bringt die Erfahrungen und Prinzipien der Entwicklungszusammenarbeit in die Drogenkontrolle ein und zielt umgekehrt darauf ab, die Belange der Drogenkontrolle stärker in der Entwicklungszusammenarbeit zu verankern. Es hat ein Finanzvolumen von ca. 6,1 Mio. € (1990 bis 2003) und wurde im April 2003 abgelöst von einem „Programm zur Förderung entwicklungsorientierter Drogenkontrolle und Drogenhilfe in Entwicklungsländern“. Dies ist verstärkt ausgerichtet auf Drogenkontrolle und Drogenhilfe im Kontext von Krisenprävention, Armutsminderung, Jugend- und Genderförderung sowie HIV/AIDS-Prävention.

Der Schwerpunkt der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit im Drogenbereich liegt derzeit regional in Lateinamerika (v. a. Bolivien, Peru und Kolumbien). Es werden überwiegend Projekte der Alternativen Entwicklung bzw. der ländlichen Entwicklung unterstützt. Jeweils ein Projekt der Drogenprävention im Rahmen der technischen Zusammenarbeit wird derzeit in San Salvador, Peru und Chile gefördert. Das Gesamtvolumen der geförderten Projekte in Lateinamerika beträgt etwa 81,0 Mio. €.

In Asien liegt der regionale Schwerpunkt der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit vor allem in Laos, wo Projekte der Alternativen Entwicklung kombiniert mit Komponenten zur Drogenprävention im Mittelpunkt stehen. Des Weiteren werden Projekte der technischen Zusammenarbeit in Thailand und Indien gefördert. Das Gesamtvolumen der geförderten Projekte in Asien beträgt etwa 37,5 Mio. €.

Projekte der technischen Zusammenarbeit werden überwiegend von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, aber auch von anderen nichtstaatlichen Durchführungsorganisationen sowie im Auftrag der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) durchgeführt.

Internationale polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit

Aufgrund der Internationalisierung der Kriminalität, die aus der Globalisierung des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens und im engeren Bereich aus der zunehmenden europäischen Integration erwächst, ist die internationale polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit eine Haupt- und Zukunftsaufgabe. Sie findet bilateral und multilateral statt. Für die multilaterale polizeiliche Zusammenarbeit sind Interpol und Europol etablierte bzw. erfolversprechende Kooperationsrahmen. Daneben ist für die Polizei und Justiz die Schengener Kooperation gleichermaßen bedeutsam. Diese Formen der Zusammenarbeit ergänzen einander hinsichtlich der Aufgabenstellung und -erfüllung und stellen komplementäre Systeme mit jeweils spezifischer Ausprägung und Zielrichtung dar.

Für die polizeiliche Zusammenarbeit im Bereich der Europäischen Union ist die Zusammenarbeit mit dem Europäischen Polizeiamt (Europol) hervorzuheben. Europol, das seit 1994 bereits in beschränktem Umfang als Europol-Drogenstelle tätig war, hat am 1. Juli 1999 seine Tätigkeiten in vollem Umfang aufgenommen, wobei die Bekämpfung der Drogenkriminalität nach wie vor ein bedeutender Tätigkeitsbereich ist. Zunächst als Zentralstelle für den polizeilichen Informationsaustausch und die Verbrechensanalyse konzipiert, soll Europol zukünftig die zuständigen Behörden unterstützen und ihre Ermittlungsmaßnahmen koordinieren, z. B. durch die Unterstützung gemeinsamer EU-Ermittlungsteams durch Europol-Mitarbeiter und durch die Möglichkeit, nationale Ermittlungsbehörden um die Einleitung von Ermittlungsverfahren zu bitten.

Daneben kooperiert das BKA auch im Rahmen der Vereinten Nationen (z. B. UNDCP) und vertritt in seiner Zentralstellenfunktion dabei die Interessen der bundesdeutschen Polizei in einer Reihe von internationalen Gremien. Ziel dieser Gremienarbeit ist neben dem allgemeinen Informationsaustausch über Entwicklungen der Rauschgiftkriminalität die Erarbeitung von kohärenten Bekämpfungskonzepten sowie die Initiierung gemeinsamer operativer Maßnahmen.

Als Beispiele der im Rahmen der Gremienarbeit vereinbarten Maßnahmen sind zu nennen:

- **Operation PURPLE:**

Die „Operation Purple“ (OPP) dient als besondere Maßnahme zur internationalen Überwachung der zur Kokainherstellung missbrauchten „Schlüsselchemikalie“ Kaliumpermanganat (PP). In Deutschland wird seit Anfang 1999 kein PP mehr hergestellt, sondern lediglich noch veredelt, gehandelt und (re-)exportiert. Die nationale Umsetzung der OPP gestaltete sich vor dem Hintergrund der hier auf der Grundlage der mittels GÜG umgesetzten Erfordernisse und Verpflichtungen aus der VN-Konvention von 1988 und den einschlägigen EU-Regulativen sowie den zusätzlichen Maßnahmen im Rahmen des Monitoring-Systems (freiwillige Zusammenarbeit der Wirtschaftsbeteiligten mit Ermittlungsbehörden) bestehenden Grundstoffkontroll- und Überwachungsmaßnahmen reibungslos und effektiv.

- **Operation TOPAZ:**

Für die Produktion von Heroin ist die Chemikalie Essigsäureanhydrid notwendig. Nach einer Sondersitzung Rauschgift der Vollversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) 1998, in der Essigsäureanhydrid für die besondere Beobachtung im Rahmen des UNGASS-Aktionsplans ausgesucht wurde, haben die Vereinten Nationen eine Resolution herausgegeben, die interessierte Länder ermutigt, angemessene Maßnahmen zu ergreifen, um diese Chemikalie zu überwachen. Unter Beteiligung des BKA wurde eine Steuerungsgruppe eingerichtet, die weltweite Richtlinien und Standardprozeduren für diese Operation geschaffen hat. Ein Grenzwert für die Überwachung von Essigsäureanhydrid-Lieferungen, die für den Export bestimmt sind, wurde festgelegt, und Meldeformulare wurden entwickelt. Das BKA geht

davon aus, dass das Engagement und die Zusammenarbeit von allen beteiligten Parteien, sowohl innerhalb der Europäischen Union als auch weltweit, zu einem Erfolg der Operation Topaz führen werden, vor allem im Hinblick auf die Prävention und die Bekämpfung des Handels mit Vorläufersubstanzen.

- **PRISM**

Hierbei handelt es sich um ein Projekt, das die Überwachung von Grundstoffen zur Herstellung synthetischer Drogen (u. a. Ephedrin, Pseudoephedrin, Safrol, Sassafrasöl) zum Gegenstand hat. Ziel von Prism ist die Identifizierung von Produktionsquellen. Durchführungsvoraussetzung ist insbesondere auch eine weitere Verbesserung der bereits guten Zusammenarbeit mit China in grundstoffrelevanten Sachverhalten.

- **Joint Precursor Unit**

Auf europäischer Ebene bestehen fortgesetzt Überlegungen, die Produktion synthetischer Drogen in der EU durch die Verbesserung der Zusammenarbeit der Ermittlungsbehörden und Initiierung staatenübergreifender Ermittlungsmaßnahmen im Bereich der Grundstoffkontrolle zu unterbinden. Ergebnis dieser Überlegungen ist u. a. die Bildung einer „European Joint Unit on Precursor Chemicals“, die im November letzten Jahres ihren auf zunächst sechs Monate befristeten Probetrieb aufgenommen hat. Diese Einheit setzt sich aus Experten ausgewählter EU-Mitgliedsstaaten (UK, F, NL, B und D) zusammen, welche im Grundstoffbereich bisher die größten Aktivitäten entfaltet haben bzw. von dem Phänomen der Grundstoffabzweigung/der Rauschgiftproduktion hauptsächlich betroffen sind. Parallel dazu soll bei Europol die Einrichtung eines Analytical Work File (AWF) für Amphetamin-Type-Stimulants(ATS)-Grundstoffe vorgenommen werden.

Multilaterale polizeiliche Kooperation ist wichtig, kann aber die bilaterale Zusammenarbeit nicht ersetzen. Die bilaterale polizeiliche Zusammenarbeit beruht in vielfältiger Weise auf multi- und bilateralen Vereinbarungen, die Art und Umfang, aber auch die Grenzen polizeilicher Kooperationsmöglichkeiten in völkerrechtlich verbindlicher Weise festlegen. Das Netz der bilateralen Verträge zwischen der Bundesrepublik Deutschland und seinen Partnerstaaten wird weiter ausgebaut.

Ein weiteres Element der Optimierung der internationalen Zusammenarbeit ist die Strategie der Vorverlagerung. Diese setzt sich aus den Komponenten Ausbildungs- und Ausstattungshilfe sowie Verbindungsbeamtensystem zusammen. Letzteres wird durch das BKA als ein sehr effizientes Instrument der Verbrechensbekämpfung angesehen, sowohl im operativen als auch im strategischen Bereich. Die Verbindungsbeamten beraten ihre polizeilichen Partner im Gastland und gewinnen Erkenntnisse, z. B. über Organisationsstrukturen der Rauschgift- und Organisierten Kriminalität, und tragen so zu deren Bekämpfung bei. Mit der Leistung von Ausbildungs- und Ausstattungshilfe wird es den mit dem BKA kooperierenden Strafverfolgungsdienststellen in diesen Ländern möglich, das gemeinsame Ziel der Verbrechensbekämpfung effektiver zu verfolgen.

Das BKA kooperiert zielgerichtet bi- und multilateral insbesondere mit jenen Ländern, die im Rahmen des Anbaus von Drogenkulturen, der Produktion und des Vertriebs von illegalen Substanzen nach Europa eine wichtige Rolle einnehmen. Als aktuelles Beispiel ist das Engagement des BKA bei der Gewährung von Ausbildungs- und Ausstattungshilfe für die zentralasiatischen Staaten zu nennen. In Afghanistan hat Deutschland auf Wunsch der Staatengemeinschaft und der afghanischen Übergangsregierung die Führungsrolle bei der Beratung der afghanischen Sicherheitsbehörden beim Aufbau einer rechtsstaatlichen Grundsätzen und der Beachtung der Menschenrechte verpflichteten afghanischen Polizei und bei der Bekämpfung des Drogenanbaus, der -verarbeitung sowie des -handels übernommen. Von entscheidender Wichtigkeit sind auch der Ausbau und die Verbesserung der grenzüberschreitenden justiziellen Zusammenarbeit. Insbesondere im Bereich der Europäischen Union gewinnen dabei Gremien wie das Europäische Justizielle Netz (EJN) und Eurojust zunehmend an Bedeutung. So dient die noch recht junge, jedoch nicht minder zukunftssträchtige Institution Eurojust der Verbesserung der justiziellen Zusammenarbeit, insbesondere der Koordinierung und Förderung von grenzüberschreitenden Ermittlungs- und Strafverfolgungsmaßnahmen im Bereich der schweren Kriminalität. Um seine Ziele zu erreichen, arbeitet Eurojust eng mit den nationalen Strafverfolgungsbehörden und anderen europäischen Institutionen, z. B. mit Europol und dem EJN, zusammen. Die Zuständigkeit von Eurojust bezieht sich u. a. auf Kriminalitätsformen wie den Drogenhandel und die Wäsche von Erträgen aus Straftaten.

Sowohl das EJN als auch Eurojust sind weiter nachhaltig zu unterstützen.

Schließlich gilt es, die justizielle Rechtshilfe insbesondere (aber nicht nur) im Bereich der Europäischen Union auszubauen und soweit wie möglich zu vereinfachen.

Internationale Maßnahmen zur Reduzierung der Einfuhr von illegalen Drogen

Zu diesen Maßnahmen zählen etwa:

- der weitere Ausbau der Verbindungsbeamtennetze des Bundeskriminalamtes und des Zolls,
- der verstärkte Ausbau von Ausbildungs- und Ausbildungsmaßnahmen für ausländische Polizei- und Zollverwaltungen in Rauschgiftherkunfts- und Rauschgifttransitländern,
- die Teilnahme an internationalen Überwachungsteams zur vorverlagerten Informationsgewinnung im Ausland,
- die verstärkte Zusammenarbeit mit Europol, sowohl innerhalb der EU als auch im Verhältnis zu Drittstaaten, einschließlich einvernehmlicher Nutzung technischer und organisatorischer Mittel auf dem Wege der Amtshilfe, verstärkte Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden unter Einbindung des Europäischen Justiziellen Netzes und Eurojusts,
- Vereinfachung der justiziellen Rechtshilfe,
- Förderung von Einrichtungen, die der grenzüberschreitenden justiziellen Zusammenarbeit dienen.

5. Forschung

Die Suchtforschung schafft eine wissenschaftliche Basis für Verbesserungen in Prävention und Behandlung. Wichtig für die Anwendungsorientierung ist eine versorgungsnaher Suchtforschung, die sich mit Risikofaktoren zu Suchtentstehung, Verbesserungen in der Früherkennung und Frühintervention sowie Strategien zur Sekundärprävention und Rückfallprophylaxe beschäftigt. Ambulante Therapieverfahren und Qualitätsmanagement in der ambulanten Praxis sind weitere Forschungsfelder von Bedeutung. Das aktuelle Forschungsinteresse liegt schwerpunktmäßig auf Alkohol- und Tabakkonsum, befasst sich aber auch mit illegalen Drogen.

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung werden daher interdisziplinäre Forschungsverbünde aufgebaut, in denen substanzspezifische und substanzübergreifende Fragen bearbeitet werden sollen. Durch die Förderung von anwendungsorientierter Forschung in enger Kooperation mit Versorgungseinrichtungen wird darauf abgezielt, die Ergebnisse der Forschung den beratenden und behandelnden Institutionen zugänglich zu machen und dadurch eine Übertragung in den Versorgungsalltag zu gewährleisten.

Die Einbeziehung von Versorgungseinrichtungen in die Forschungsarbeit ist unverzichtbar, da in den Einrichtungen vielfältiges Wissen in der Beratung und Versorgung gewonnen wird, dort aber nicht allein wissenschaftlich ausgewertet werden kann. Die Kooperation von Forschung und Praxis ist notwendig, um den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis zu verbessern. Die Suchtforschung muss an den Hochschulen dauerhaft etabliert werden, damit Forschung und Lehre verknüpft werden können.

Mit dem Ziel der Verbesserung der Verkehrssicherheit wurden in den letzten Jahren von der Bundesanstalt für Straßenwesen zu der Problematik „Drogen und Arzneimittel“ weitere Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesens durchgeführt bzw. begonnen.

MASSNAHMEN IM BEREICH DER FORSCHUNG:

- Aufbau eines Monitoringsystems zur Früherkennung riskanter Substanz- und Konsummuster
- Förderung von Forschungsvorhaben, die auf die Verbesserung von Prävention und Behandlung zielen
- Förderung von Forschungsvorhaben zu Suchtursachen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie zu sekundärpräventiven Maßnahmen
- Förderung von Forschungsvorhaben zu den Einflüssen von Drogen- und Arzneimittelkonsum auf das Fahrvermögen und das allgemeine Unfallgeschehen in Haus, Beruf oder Schule
- Förderung von Forschungsvorhaben zur Untersuchung des Alkoholmissbrauchs als Risikofaktor bei der Entstehung von Gewaltdelinquenz
- Erforschung von Wirkungsfaktoren im Rehabilitationsprozess zur Entwicklung von Rehabilitationsleitlinien, von Aufwand-Nutzen-Analysen und zur differentiellen Rehabilitationszuweisung

6. Ziele und Beispiele für Maßnahmen zur Umsetzung

Hier sind zunächst exemplarische Maßnahmen des Bundes aufgelistet, die allerdings nicht allein ausreichen werden, die genannten Ziele zu erreichen bzw. die gewählten Indikatoren auch tatsächlich in die gewünschte Richtung zu verändern. Die Zielerreichung wird nur durch aufeinander abgestimmte Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, Leistungsträger und -erbringer sowie freier Träger und Initiativen möglich werden. Es bedarf zudem einer Feinabstimmung über konkrete Einzelziele, Maßnahmen und Evaluationsschritte, um die Effektivität der Maßnahmen zu überprüfen.

TEILZIEL: FÖRDERUNG DES ALLGEMEINEN GESUNDHEITSBEWUSSTSEINS ZUR VERHINDERUNG DER ENTSTEHUNG VON ABHÄNGIGKEIT	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung und Weiterentwicklung der Kampagne „Kinder stark machen“ der BZgA • Durchführung der Ausstellung „SehnSucht“ der BZgA • Aktualisierung von Aufklärungsmaterialien der BZgA und der DHS über Sucht und Drogen (auch für das Internetportal www.drugcom.de)
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Höheres Gesundheitsbewusstsein und verbesserte Informationslage über Suchtgefahren in der Bevölkerung
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang des Konsums psychoaktiver Substanzen • Rückgang von Todesfällen im Zusammenhang mit dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Repräsentativerhebung des IFT 2003/2004 • BZgA-Wiederholungsstudie 2003/2004 • Krankenhausstatistik
Partner	Bund, Länder, BKA, IFT, BZgA, DHS, Bundesärztekammer, Medien
TEILZIEL: VERÄNDERUNG DES GESELLSCHAFTLICHEN KLIMAS HIN ZU EINEM KRITISCHEREN UMGANG MIT LEGALEN UND ILLEGALEN SUCHTMITTELN	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten • Streuung der Informationsmaterialien des BMGS, der BZgA, der DHS • Einbindung der Ärzteschaft in die Aufklärung der Bevölkerung
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Informationslage über Suchtgefahren in der Bevölkerung
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang des Konsums psychoaktiver Substanzen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Repräsentativerhebung des IFT 2003/2004 • BZgA-Wiederholungsstudie 2003/2004 • Presseauswertungen
Partner	Bund, Länder, BZgA, DHS, Bundesärztekammer, Medien

TEILZIEL: IDENTIFIKATION VON MISSBRAUCHSVERHALTEN ZUM FRÜHESTMÖGLICHEN ZEITPUNKT	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung des Manuals von Bundesärztekammer und BZgA zur Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen • Förderung einer suchtmmedizinischen Qualifikation bei Allgemeinmedizinern und Krankenhausärzten
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Behandlungs- und Vermittlungsquote von Suchtgefährdeten in ärztlichen Praxen und Krankenhäusern
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausstatistik • EBIS-Statistik über Vermittlungsquellen in Beratung und Behandlung
Partner	Bund, Länder, BZgA, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung

TEILZIEL: VERBESSERUNG DER FRÜHERKENNUNG VON NEUEN SUBSTANZEN UND KONSUMMUSTERN	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Publikation von Informationen der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle und des BKA zu neuen Gefahren durch synthetische Drogen • Aufklärungsarbeit durch szenenahe Projekte • Aktualisierung von Infos über das Internetportal www.drugcom.de
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Höheres Gesundheitsbewusstsein und verbesserte Informationslage bei Gruppen mit riskanten Konsummustern (z. B. Partydrogenkonsumenten)
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang des Konsums von so genannten Partydrogen • Rückgang von Todesfällen im Zusammenhang mit dem Missbrauch von so genannten Partydrogen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Repräsentativerhebung des IFT 2003/2004 • BZgA-Wiederholungsstudie 2003/2004 • Aktuelle Informationen von EBDD, DBDD und BKA • Krankenhausstatistik
Partner	Bund, Länder, EBDD, DBDD, BKA, BZgA, www.drugcom.de

TEILZIEL: SENSIBILISIERUNG FÜR DIE GEFAHREN DES MISCHKONSUMS	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung von Aufklärungsflyern für gefährdete Jugendliche (BZgA) • Fortbildungen für Mitarbeiter in niedrigschwelligen Einrichtungen
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung des Mischkonsums von psychoaktiven Substanzen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Drogenaffinitätsstudie der BZgA/Wiederholungsbefragung 2003/2004 • EBIS-Statistik über Vermittlungsquellen in Beratung und Behandlung
Partner	Bund, Länder, BZgA, www.drugcom.de , niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen

TEILZIEL: ZIELGRUPPENORIENTIERTE UNTERSTÜTZUNG BESONDERS GEFÄHRDETER GRUPPEN ZUR VERMEIDUNG VON ABHÄNGIGKEIT	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungen für Mitarbeiter in Schnittstellenbereichen von Migrations- und Drogenhilfe und Jugend- und Drogenhilfe und Stärkung der interkulturellen Kompetenz • Verbreitung der russischsprachigen Materialien zur Aufklärung von Aussiedlern • Auswertung der Studie zu Kindern aus suchtbelasteten Familien • Durchführung einer Tagung zu Kindern aus suchtbelasteten Familien und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Familien-, Jugend- und Drogenhilfe
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Quote der Erreichbarkeit von besonders gefährdeten Gruppen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Informationen von Drogenberatungsstellen • EBIS-Statistik
Partner	Bund, Länder, Fachverbände, niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen
TEILZIEL: REDUZIERUNG VON VERKEHRSUNFÄLLEN INFOLGE DER TEILNAHME AM STRASSENVERKEHR UNTER EINFLUSS PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Präventionskampagne des Deutschen Verkehrssicherheitsrates zur Ansprache der 14–21-jährigen bzw. 24-jährigen • Flächendeckende Einführung von Drogenschnelltests
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung der Verkehrsunfälle von Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von positiven Drogenscreenings durch die Polizei
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Polizeistatistik
Partner	Bund (BMVBW), Länder, Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR), Verkehrsverbände (ADAC, VCD); BZgA, Berufsgenossenschaften, Autokonzerne, Medien
TEILZIEL: GENDER MAINSTREAMING IN DER SUCHT- UND DROGENPOLITIK UMSETZEN	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten • Streuung der Informationsmaterialien • Streuung der Publikation über die Fachtagung „Frauen und Sucht“ • Durchführung einer Tagung zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ • Weitere Sensibilisierung von Schwangeren für das Nichtrauchen
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Informationslage in der Bevölkerung über Gender Mainstreaming und Einbeziehung des Konzeptes in die Leitlinien der Suchtkrankenhilfe
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung des Rauchens in der Schwangerschaft • Entstehung weiterer Hilfen für suchtbelastete Familien
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Sichtung der Konzepte/Leitlinien
Partner	Bund, Länder, BZgA, DHS, Bundesärztekammer, Medien

TEILZIEL: VERANKERUNG DER INTERDISZIPLINÄREN KOOPERATION	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Einsetzung eines Rates zur Umsetzung des Aktionsplans • Verbreitung von Informationen über das SGB IX in den Verbänden der Suchtkrankenhilfe
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung von gemeinsamen Servicestellen
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarungen zu definierten Hilfeleistungen für Suchtkranke
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Abfrage über Kooperationsvereinbarungen
Partner	Bund, Länder, VDR, Verbände der Krankenkassen, Jugend-/Sozialhilfeträger, DHS, Bundesärztekammer

Zur Umsetzung der Zielsetzungen und dazu notwendiger Maßnahmen des „Aktionsplans“ sollen im Jahr 2003 folgende Schwerpunkte gebildet werden:

REDUZIERUNG DES TABAKKONSUMS UND TABAKBEDINGTER SCHÄDEN

OBERZIEL: REDUZIERUNG DES TABAKKONSUMS	
TEILZIEL: ERSCHWERUNG DER VERFÜGBARKEIT VON TABAKPRODUKTEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten des Jugendschutzgesetzes: Abgabeverbot an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren
ab 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Zugänglichkeit zu Tabakautomaten nur über Chipkarte
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der Raucherprävalenzen unter Kindern und Jugendlichen
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der Verstöße gegen das Abgabeverbot
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • ESPAD-Studie 2003 • BZgA-Wiederholungsstudie 2003/2004
Partner	Bund, Länder, Kommunen, Tabakverkaufseinrichtungen

OBERZIEL: RAUCHFREIE ÖFFENTLICHE EINRICHTUNGEN**TEILZIEL: ABSCHLUSS VON DIENSTVEREINBARUNGEN**

Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung einer vorbildhaften Dienstvereinbarung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung • Förderung weiterer Dienstvereinbarungen im öffentlichen Dienst und in der Wirtschaft
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der Raucherprävalenz unter den Mitarbeitern
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der rauchfreien Zimmer im BMGS • Teilnehmende Mitarbeiter an Raucherentwöhnungsangeboten
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Hausinterne Evaluation
Partner	Leitung, Personalrat, ärztlicher und sozialer Dienst, Mitarbeiter, Gewerkschaften

OBERZIEL: RAUCHFREIE GASTSTÄTTEN**TEILZIEL: ABSCHLUSS EINER FREIWILLIGEN VEREINBARUNG MIT DER DEHOGA**

Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Initiative für ein Label „Rauchfreie Gaststätten“
ab 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Verleihung des Labels an Gaststätten
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der teilnehmenden Gaststätten
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang von Beschwerden von Gästen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Umfrage der DEHOGA
Partner	Bund, DEHOGA

REDUZIERUNG DES ALKOHOLKONSUMS UND ALKOHOLBEDINGTER SCHÄDEN

OBERZIEL: RÜCKGANG DER ZAHL DER ALKHOLENTGIFTUNGS-BEHANDLUNGEN	
TEILZIELE: <ul style="list-style-type: none"> • REDUZIERUNG DES SO GENANTEN „RAUSCHTRINKENS“ (BINGE DRINKING) • RÜCKGANG DER ZAHL DER ALKHOLENTGIFTUNGSBEHANDLUNGEN BEI JUGENDLICHEN 	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Modellprogramms zur Frühintervention in Krankenhäusern zur Reduzierung des Rauschtrinkens • www.drugcom.de (Alkohol-Selbsttest)
ab 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesweite Implementierung von qualifizierten Behandlungen von Jugendlichen mit einer Alkoholvergiftung in Allgemeinkrankenhäusern
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang des binge drinking
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang von Akutentgiftungen bei Jugendlichen
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • ESPAD-Studie 2003 • BZgA-Wiederholungsstudie 2003/2004 • Krankenhausstatistik
Partner	Bund, Länder, Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer

REDUZIERUNG DES ILLEGALEN DROGENKONSUMS UND DROGENBEDINGTER SCHÄDEN

OBERZIEL: REDUZIERUNG VON RISKANTEN KONSUMMUSTERN BEI SO GENANTEN PARTYDROGEN	
TEILZIELE: <ul style="list-style-type: none"> • PRÄVENTION VON MISCHKONSUM VON ECSTASY, ANDEREN ILLEGALEN DROGEN UND ALKOHOL • REDUZIERUNG VON TODESFÄLLEN NACH ECSTASYKONSUM 	
Maßnahmen in 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung eines Expertengesprächs zu neuen Untersuchungen über gesundheitliche Risiken beim Ecstasykonsum (insbesondere hirnorganische Langzeitschäden) • Aktualisierung von Aufklärungsmaterialien (auch für das Internetportal www.drugcom.de) • Durchführung einer gemeinsamen Kampagne von Aufklärungsprojekten in der Partyszene
Hauptindikator	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der Konsumprävalenz und -frequenz
Weitere Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang von Akutbehandlungen in Krankenhäusern und in der Psychiatrie • Rückgang von Todesfällen im Zusammenhang mit Ecstasykonsum
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • BZgA-Wiederholungsstudie 2003/2004 • Krankenhausstatistik
Partner	Bund, Länder, BKA, BfArM, BZgA, Projekt www.drugcom.de , Präventionsprojekte in der Partyszene

7. Zusammensetzung und Aufgaben des Drogen- und Suchtrates

Der Drogen- und Suchtrat hat die Aufgabe, die im Aktionsplan festgelegten Ziele und Maßnahmen in ihrer Umsetzung zu begleiten und die Ergebnisse der Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung zu evaluieren und die Ziele und Maßnahmen gegebenenfalls anzupassen.

Nach Erstellung einer Rahmenkonzeption über die näheren Aufgaben und Verfahrensweisen des zu gründenden nationalen Sucht- und Drogenrates durch Bund und Länder legen diese die Zusammensetzung des Rates fest.

8. Anhänge

8.1. Drogenaktionsplan der Europäischen Union 2000-2004

Der Europäische Rat von Feira hatte im Juni 2000 den EU-Drogenaktionsplan 2000-2004 verabschiedet, der eine Halbzeitevaluierung nach 2 Jahren vorsieht. Diese Evaluierung wurde von der EU-Kommission am 4. November 2002 fertiggestellt. Sie analysiert sorgfältig die Entwicklung auf einzelstaatlicher und auf EU-Ebene in den fünf Bereichen des EU-Drogenaktionsplans, nämlich

- Koordinierung der Drogenpolitik;
- Information und Evaluierung der Maßnahmen;
- Verringerung der Nachfrage nach Drogen, Verhütung des Drogenkonsums und von Drogenstraftaten;
- Verringerung des Drogenangebots;
- Internationale Zusammenarbeit.

Sie stellt in diesen Bereichen sowohl Fortschritte als auch Defizite fest. Für die nächsten 2 Jahre sieht sie folgenden Handlungsbedarf:

- Der Eindämmung synthetischer Drogen soll Vorrang eingeräumt werden.
- Die Evaluierung der Drogenpolitik und ihrer Maßnahmen muss vorangetrieben werden.
- Mit den Beitrittsländern muss eng kooperiert werden.
- Maßnahmen der EU in Drittländern müssen effizienter koordiniert werden.

Der Rat der EU hat am 28. November 2002 die Halbzeitevaluierung zur Kenntnis genommen. Er hat in seiner Erklärung die Schlussfolgerungen der Kommission gebilligt und sich bemüht, ihre Umsetzung zu konkretisieren. Insbesondere hat er sich der Schwerpunktsetzung der Kommission hinsichtlich der synthetischen Drogen angeschlossen. Darüber hinaus fordert er für die weitere Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans eine deutlichere Prioritätensetzung, jeweils verbunden mit konkreten Zielen und Fristen. Der Europäische Rat hat am 12./13. Dezember 2002 ebenfalls die Halbzeitevaluierung zur Kenntnis genommen und gebilligt.

Die Halbzeitevaluierung und ihre Schlussfolgerungen dienen als Grundlage für die drogenpolitischen Aktivitäten der EU in der 2. Halbzeit des Aktionsplans 2000-2004. Voraussichtlich Ende 2003 wird die Kommission die Arbeiten für die abschließende Evaluierung des Aktionsplans aufnehmen. Die Bundesregierung hat sowohl bei der Erarbeitung der Halbzeitevaluierung als auch bei ihrer Erörterung und Bewertung durch den Rat mitgewirkt. Sie teilt die Auffassung der Kommission und des Rates.

Zielsetzungen des Drogenaktionsplanes der EU 2000–2004:

Dokument:

Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Umsetzung des Drogenaktionsplans der EU (2000–2004) vom 8. Juni 2001 (KOM(2001)301endgültig); Brüssel.

Die elf allgemeinen Zielsetzungen der Drogenstrategie sind:

- sicherzustellen, dass die Drogenproblematik weiterhin Vorrang bei den Maßnahmen der EU hat;
- sicherzustellen, dass die Drogenbekämpfungsmaßnahmen einer Bewertung unterzogen werden;
- das ausgewogene Anti-Drogenkonzept fortzuführen;
- die Bereiche Drogenprävention, Reduzierung der Nachfrage und Reduzierung der negativen Auswirkungen des Drogenkonsums stärker in den Mittelpunkt zu rücken;
- die Bekämpfung des Drogenhandels zu stärken und die polizeiliche Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten auszubauen;
- die Zusammenarbeit zwischen einer Vielzahl von Einrichtungen und die Einbeziehung der Bürgergesellschaft zu fördern;
- die neuen Möglichkeiten des Vertrages von Amsterdam voll auszuschöpfen;
- die Sammlung und Verbreitung von verlässlichen und vergleichbaren Daten über das Drogenphänomen in der EU sicherzustellen;
- die Beitrittsländer schrittweise einzubeziehen und die internationale Zusammenarbeit zu intensivieren;
- die internationale Zusammenarbeit entsprechend den auf der UNGASS verabschiedeten Grundsätzen zu unterstützen;
- hervorzuheben, dass die Unterstützung der Strategie angemessene Mittel erfordert.

Der EU-Drogenaktionsplan konzentriert sich dabei auf sechs Hauptziele:

1. Der Konsum illegaler Drogen sowie die Anzahl der Einsteiger unter 18 Jahren werden in den nächsten fünf Jahren erheblich verringert;
2. Die Auswirkungen drogenkonsumbedingter Krankheiten (HIV, Hepatitis B und C, Tbc usw.) und die Anzahl der Drogentoten sollen in den nächsten fünf Jahren erheblich verringert werden;
3. Erhebliche Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelter Drogenabhängiger;
4. Erhebliche Reduzierung der Verfügbarkeit illegaler Drogen in den nächsten fünf Jahren;
5. Erhebliche Verringerung der Anzahl der Drogenstraftaten in den nächsten fünf Jahren;
6. Erhebliche Verringerung der Geldwäsche und des illegalen Handels mit Grundstoffen in den nächsten fünf Jahren.

8.2. Bestandsaufnahme der Bundesregierung zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans von 1990

Maßnahmen von 1990–1998

Der „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ wurde am 13. Juni 1990 verabschiedet. Er basierte u. a. auf der Einschätzung der damals sich andeutenden dramatischen Entwicklung der Zahl der Drogentodesfälle und der erstauffälligen Konsumenten illegaler Drogen.

Er konzentrierte sich im Wesentlichen auf drei Bereiche:

- Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage nach illegalen Drogen
- Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf nationaler Ebene einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen
- Internationale Zusammenarbeit.

Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage nach illegalen Drogen

Der Bund hat verschiedene Bundesmodellprogramme durchgeführt, etwa zur „Mobilen Drogenprävention“. Außerdem hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Unterrichtsmaterialien zum Thema Sucht- und Drogenprävention entwickelt. An vielen Schulen wurden so genannte „Drogenkontaktlehrer“ eingesetzt. Die systematische Implementierung von suchtpreventiven Strukturen ist in den Schulen allerdings noch sehr unterschiedlich entwickelt.

Die BZgA führte verschiedene Maßnahmen zur Suchtprävention durch, z. B. die Kampagne „Kinder stark machen“ und die Wanderausstellung „SehnSucht“. Die Kampagne „Keine Macht den Drogen“ wurde 1998 abgesetzt, nachdem diese in der Fachöffentlichkeit zunehmend kritisiert worden war, weil sie nicht die eigentliche Zielgruppe – nämlich drogenexperimentierende und drogenkonsumierende Jugendliche – erreicht, sondern eher die gegenüber Drogen zurückhaltende Mehrheit der Jugendlichen angesprochen hätte.

Zur Verbesserung der Behandlungsmaßnahmen für bereits langjährig Abhängige wurde eine Reihe von Modellprojekten durchgeführt, u. a. „Aufsuchende Sozialarbeit“, „Stationäre Krisenintervention“ zur Reduzierung von Therapieabbrüchen oder die Betreuung von HIV-infizierten Drogenabhängigen und das so genannte „Booster-Programm“ zur Unterstützung niedrigschwelliger Hilfen. Mit diesen Programmen wurde zur Verbesserung der Behandlung und der Erreichbarkeit von Langzeitabhängigen beigetragen.

Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf nationaler Ebene einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen

Im Bereich der polizeilichen Rauschgiftbekämpfung wurde auf Bundesebene eine Vielzahl von Maßnahmen entsprechend der Maßgabe des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes umgesetzt.

Im Bundeskriminalamt (BKA) erfolgte 1994 eine Neustrukturierung zur Reduzierung von Schnittstellen mit dem Ziel der Effizienzsteigerung.

Die Kooperation zwischen dem BKA und dem Zoll wurde ausgebaut. 1992 nahm die Gemeinsame Finanzermittlungsgruppe BKA/ZKA im Bundeskriminalamt (GFG) ihre Arbeit auf. Mit ihrer Errichtung wurde auch der Tatsache Rechnung getragen, dass beiden Behörden eingeschränkte Zuständigkeiten bei der Verfolgung der Geldwäsche zukommen.

Das polizeiliche Monitoring-System ist konsequent weiter betrieben worden. Seit 1995 ist das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) in Kraft. Das Gesetz dient der Umsetzung einschlägig bindender Rechtsakte der EU in innerstaatliches Recht, einschließlich der dazu erforderlichen Anpassungsmaßnahmen der nationalen Verwaltung. Durch die Einrichtung der Gemeinsamen Grundstoffüberwachungsstelle (GÜS) im BKA im selben Jahr wurde die Basis für eine unmittelbare und enge Zusammenarbeit in diesem Bereich zwischen Polizei und Zoll geschaffen.

Die im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan 1990 vorgesehenen Verbesserungen im Bereich des Strafverfahrensrechts wurden weitgehend umgesetzt. Die Einführung eines länderübergreifenden staatsanwaltschaftlichen Verfahrensregisters erleichtert es den Strafverfolgungsbehörden, die Strafverfolgung und Strafvollstreckung zu beschleunigen und zu intensivieren. Insbesondere durch das Gesetz zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels und anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität (OrgKG, 1992) und das Verbrechensbekämpfungsgesetz (1994) wurden wesentliche im Rauschgiftbekämpfungsplan 1990 vorgesehene Maßnahmen zur Stärkung des Ermittlungsinstrumentariums der Strafverfolgungsbehörden verwirklicht. So wurden beispielsweise Möglichkeiten des Einsatzes bestimmter technischer Mittel wie der Telefonüberwachung erweitert bzw. teilweise auch neu geschaffen. Zudem wurde eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für den Einsatz so genannter verdeckter Ermittler geschaffen.

Insbesondere durch das OrgKG wurden aber auch im Bereich des materiellen Rechts Anpassungen an die Entwicklung der Rauschgiftsituation vorgenommen. So wurden beispielsweise zur Bekämpfung der organisierten und der gegen Kinder und Jugendliche gerichteten Drogenkriminalität vorhandene Strafrahmen erhöht sowie neue Verbrechenstatbestände geschaffen. Außerdem wurden gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen, um den Zugriff auf das durch Straftaten erlangte Vermögen, insbesondere der Täter von Betäubungsmittelde-

likten, zu erleichtern. Das Institut des „Erweiterten Verfalls“ (§ 73d StGB) lässt bei bestimmten Straftatbeständen, zu denen auch die meisten gewerbs- und bandenmäßig begangenen Straftaten nach dem BtMG gehören, nunmehr auch die Abschöpfung von Gewinnen zu, die zwar nicht aus der konkreten Tat, aber nach richterlicher Überzeugung doch jedenfalls aus einer anderen Straftat herrühren. Flankiert werden diese und andere Maßnahmen des staatlichen Zugriffs auf Gegenstände aus Straftaten durch den durch das OrgKG neu geschaffenen Straftatbestand der Geldwäsche (§ 261 StGB).

Die geforderte Ermächtigung zum Erlass von befristeten Verordnungen (ohne Zustimmung des Bundesrats), durch die eine rasche Unterstellung neu auftauchender synthetischer Drogen unter das BtMG vorgenommen werden kann, wurde 1992 in das BtMG eingefügt (§ 1 Abs. 3 BtMG).

Internationale Zusammenarbeit

1990 hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen ein Globales Aktionsprogramm beschlossen und das Jahrzehnt von 1991 bis 2000 zur Dekade der Vereinten Nationen gegen den Drogenmissbrauch bestimmt. Durch Zusammenlegung verschiedener Einheiten wurde 1991 das Büro für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung der Vereinten Nationen (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, UN-ODCCP) geschaffen (seit dem 1. Oktober 2002: Office on Drugs and Crime). Unter dem Dach dieser Einrichtung kam es im gleichen Jahr auch zur Gründung des Internationalen Drogenkontrollprogramms der Vereinten Nationen (United Nations International Drug Control Programme, UNDCP), das mit der Durchführung des Globalen Aktionsprogramms und mit der Umsetzung der Dekade gegen den Drogenmissbrauch beauftragt wurde. UNDCP hat seinen Sitz in Wien und koordiniert mit einem jährlichen Budget von etwa 100 Millionen US-Dollar alle Maßnahmen der Vereinten Nationen auf dem Gebiet der Drogenkontrolle.

Die europäische Zusammenarbeit in der Drogenpolitik hat sich seit 1990 erheblich intensiviert: Im Vertrag von Maastricht aus dem Jahr 1993 fanden Drogen und insbesondere die polizeiliche Zusammenarbeit zur Verhütung und Bekämpfung des illegalen Drogenhandels erstmals Erwähnung im Gemeinschafts-Vertragswerk. Der Amsterdamer Vertrag hat die Vorschriften über Ziele und Instrumente der Drogenbekämpfung weiter ausgebaut (vgl. Art. 29, 31 des Vertrags über die Europäische Union in der Fassung von Amsterdam vom 2. Oktober 1997). Auch das Schengener Durchführungs-Übereinkommen von 1990 enthält Regelungen über Betäubungsmittel (vgl. Art. 70–76).

Durch Interpol wurde die internationale Zusammenarbeit ebenso ausgebaut. Beim internationalen Handel mit synthetischen Drogen wurde zum weiteren Ausbau der internationalen Kooperation eine Intensivierung des nationalen und internationalen polizeilichen Nachrich-

tenaustausches unter Nutzung des Interpolprojektes EXIT (international ecstasy trafficking) vereinbart.

In 40 Staaten befinden sich zur Zeit 56 BKA-Verbindungsbeamte im Einsatz. Die Verbindungsbeamten sollen ihre Partner im Ausland beraten, aber auch Erkenntnisse z. B. über Organisationsstrukturen der Rauschgift- und Organisierten Kriminalität sowie über Methoden zu deren Bekämpfung gewinnen.

Der Erste Drogenbekämpfungsplan wurde 1990 vom Europäischen Rat verabschiedet und 1992 aktualisiert. Es folgte der Aktionsplan der EU zur Drogenbekämpfung 1995–1999.

Auch im Rahmen des Europarats, dessen Mitgliederzahl seit 1990 von 24 auf nunmehr 45 angewachsen ist, wird die drogenpolitische Zusammenarbeit in der so genannten Pompidou-Gruppe fortgesetzt.

Die im Rauschgiftbekämpfungsplan 1990 geforderte Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde 1993 als unabhängige Agentur der EU in Lissabon errichtet, Anfang 1995 nahm sie ihre Arbeit auf. Ihre Aufgabe ist es, der Gemeinschaft und den Mitgliedstaaten objektive, zuverlässige und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik und ihre Folgen zu liefern und dabei auch zu einer verbesserten Zusammenarbeit im repressiven Bereich beizutragen.

Weitere Maßnahmen

Neben diesen Änderungen hat der Gesetzgeber seit 1990 zahlreiche weitere Änderungen des Betäubungsmittelrechts im weiteren Sinne vorgenommen, die der schnell voranschreitenden drogenpolitischen Diskussion und den sich ständig wandelnden Gegebenheiten Rechnung tragen.

Im Jahre 1992 wurde Beratern anerkannter Suchtberatungsstellen für Fragen der Betäubungsmittelabhängigkeit das Recht eingeräumt, über das, was ihnen in dieser Eigenschaft bekannt geworden ist, in einem Strafverfahren das Zeugnis zu verweigern (§ 53 Abs. 1 Nr. 3b StPO). Durch diese Regelung soll das Vertrauen der Gefährdeten und Abhängigen in die Drogenberatungseinrichtungen gestärkt werden.

Die Vorschriften über das Absehen von Verfolgung und die Zurückstellung der Strafvollstreckung wurden durch das Betäubungsmitteländerungsgesetz von 1992 neu gefasst (jetzt §§ 31 a und 35 BtMG).

Dass die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige kein „Ver-

schaffen von Gelegenheit zum Verbrauch“ im Sinne des § 29 Abs. 1 BtMG darstellt, wurde durch das Betäubungsmitteländerungsgesetz von 1992 klargestellt.

Vor allem hat sich der Gesetzgeber bemüht, die Therapie von Drogenabhängigen zu erleichtern und die Not von Schwerstabhängigen zu lindern: So wurde die Substitution durch das BtMG-Änderungsgesetz (1992) auf eine klare rechtliche Grundlage gestellt. Die 5. BtM-ÄndVO von 1994 hat Methadon zusätzlich zur Substitutionsbehandlung zugelassen, die 10. BtM-ÄndVO von 1998 regelte die Substitution mit Codein neu.

Das Führen von Kraftfahrzeugen unter Drogeneinfluss wird seit dem 1. August 1998 als Ordnungswidrigkeit mit Geldbuße und Fahrverbot geahndet. Damit wurde ein wichtiger Auffangtatbestand zu den bestehenden strafrechtlichen Bestimmungen geschaffen, der unabhängig von der Feststellung der Fahrtüchtigkeit anwendbar ist. Die Liste der verbotenen berauschenden Mittel wird nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen fortgeschrieben. Die Maßnahmen dienen der Reduzierung von Verkehrsunfällen unter Einfluss psychoaktiver Substanzen, die die Fahrtüchtigkeit verringern. Begleitend wurde ein Schulungsprogramm für Polizeibeamte durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen entworfen und herausgegeben. Das Schulungsprogramm behandelt u. a. die Drogenerkennung im Straßenverkehr und den Nachweis verkehrsrelevanter Beeinträchtigungen nach dem Konsum von Drogen.

Maßnahmen seit 1998

In den vergangenen Jahren wurden folgende Maßnahmen bereits umgesetzt oder in die Wege geleitet:

Maßnahmen zur Verbesserung von Prävention und Behandlung:

Seit 2000 wird das Modellprojekt "Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten" (FreD) durch das BMG gefördert. Bei FreD werden jugendliche Drogenkonsumenten, die polizeilich erstmals auffällig geworden sind, frühzeitig und gezielt angesprochen und in Beratungsgruppen über die Risiken des Drogenkonsums informiert.

Um Jugendliche mit riskanten Konsumformen zu erreichen, wurde im Sommer 2001 das Internetportal www.drugcom.de eingerichtet. Es richtet sich an junge Menschen, die bereits Erfahrungen mit Drogen haben. Hier können Jugendliche mittels Selbsttest ihr Wissen überprüfen und im Rahmen eines pädagogisch betreuten Chats anonym Kontakt aufnehmen, um fachkundige Beratung in Anspruch zu nehmen.

Im März 2002 hat das Modellprojekt einer heroingestützten Behandlung, das seit 1999 vorbereitet wurde, unter wissenschaftlicher Begleitung begonnen. In sieben Großstädten wird

erprobt, ob eine Gruppe schwerkranker, langjähriger Opiatabhängiger, die bislang weder durch eine Therapie noch durch eine Substitutionsbehandlung erfolgreich behandelt werden konnten, durch dieses Angebot erreicht und ihr gesundheitlicher Zustand verbessert werden kann. Es soll dieser Gruppe von Schwerstabhängigen zudem eine Überlebenshilfe angeboten und ein langfristiger Ausstieg aus der Sucht ermöglicht werden.

Durch die erfolgreichen Verhandlungen des BMG mit der Tabakindustrie wurde im März 2002 vertraglich festgelegt, dass die Zigarettenindustrie in den nächsten 5 Jahren insgesamt 11,8 Mio. Euro für Präventionsmaßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens von Kindern und Jugendlichen zahlen wird. Die Gelder werden der BZgA zur Verfügung gestellt.

Gesetzgeberische Maßnahmen:

Das 3. BtMG-Änderungsgesetz (BGBl. I S. 302) schuf im März 2000 die rechtlichen Voraussetzungen für die Zulassung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen und legte hierfür Mindeststandards fest.

Darüber hinaus wurde klargestellt, dass auch die öffentliche Mitteilung über die Abgabe von Einmalspritzen keine Straftat darstellt (§ 29 Abs. 1 Satz 2 BtMG).

Bei der Bekämpfung des Alkohols am Steuer kommt der zum 1. April 2001 in Kraft getretenen Verschärfung der Sanktionen bei der 0,5-Promillegrenze eine entscheidende Bedeutung zu. Von dieser Neuregelung soll ein deutliches Signal ausgehen, das dem Kraftfahrer die Bedeutung und Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkoholeinfluss klar vor Augen führt, denn Alkohol am Steuer ist noch immer eine der Hauptursachen für die hohe Anzahl der Verkehrstoten.

Verbesserungen gibt es für suchtkranke Menschen auch durch das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) –Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen–, das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist. Suchtkranke Menschen gehören zu dem berechtigten Personenkreis dieses Gesetzes, soweit die Voraussetzungen des § 2 SGB IX erfüllt sind¹⁰. Das SGB IX beschleunigt den Zugang zu den erforderlichen Leistungen, indem die Entscheidung der Leistungsträger über zustehende Leistungen innerhalb weniger Wochen zu treffen ist. Streitigkeiten der Zuständigkeitsklärung gehen nicht mehr zu Lasten der Betroffenen. Die verbesserte Koordination der Leistungen zur Teilhabe und der Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger ist ein weiteres Hauptanliegen des Gesetzes. Das SGB IX sieht vor, dass Leistungen unter Berücksichtigung persönlicher Umstände gleichberechtigt in ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlungsform erfolgen können. Die Qualitätssicherung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist im SGB IX gesetzlich festgeschrieben und soll permanent fortentwickelt werden.

¹⁰ Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die 15. BtMÄndVO aus dem Jahr 2001 verbesserte die Sicherheit und Qualität der Substitutionsbehandlung, indem sie für Ärzte, die Substitutionsmittel verschreiben, eine von den Ärztekammern zu definierende suchtttherapeutische Qualifikation verlangt und ein Meldesystem für das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister) verbindlich einführt.

Am 1. Januar 2002 ist eine Änderung des Gaststättengesetzes in Kraft getreten. Jeder Gastwirt ist seither verpflichtet, mindestens ein alkoholfreies Getränk anzubieten, das günstiger ist als das billigste alkoholhaltige Getränk in gleicher Menge. Diese Maßnahme dient insbesondere dem Jugendschutz, da Jugendliche aufgrund ihrer geringen finanziellen Mittel in Diskotheken häufig das günstigste Getränk kaufen.

Im Bundestag und Bundesrat wurde die Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Betrieben verabschiedet. Nach § 3a der Verordnung, der am 3. Oktober 2002 in Kraft getreten ist, hat jeder Arbeitgeber Maßnahmen zum Schutz der nichtrauchenden Beschäftigten zu treffen.

Die Neuregelung des Jugendschutzgesetzes wurde am 26. Juli 2002 verkündet (BGBl. I S. 2730) und ist im Wesentlichen am 1. April 2003 in Kraft getreten. Danach ist die Abgabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren verboten. Zigarettenautomaten müssen spätestens ab 2007 so gesichert werden, dass der Zugang für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren verhindert wird. Außerdem dürfen Werbefilme für alkoholische Getränke und Tabakwaren erst nach 18.00 Uhr in Kinos gezeigt werden, damit junge Menschen nicht zum Alkohol- und Tabakkonsum animiert werden. Der Bundesrat hat der Neuregelung zugestimmt.

Mit der Tabakprodukte-Verordnung vom 20. November 2002 wird die bisher festgelegte Höchstmenge für den Teergehalt im Rauch von Zigaretten von 12 auf 10 Milligramm herabgesetzt. Begrenzt wird nun auch der Höchstgehalt für Nikotin und Kohlenmonoxid im Zigarettenrauch. Die gemessenen Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalte im Rauch von Zigaretten müssen auf den Packungen angegeben werden.

Hersteller und Importeure werden mit der Verordnung verpflichtet, die bei der Herstellung von Tabakerzeugnissen verwendeten Zusatzstoffe und andere Angaben den zuständigen Behörden zuzuleiten, die dann an die EU-Kommission weitergeleitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Wesentlich verschärft werden die anzubringenden Warnhinweise bei Tabakerzeugnissen. Wechselweise sind die Angaben „Rauchen ist tödlich“ bzw. „Rauchen kann tödlich sein“ und „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“ anzubringen. Diesem Warnhinweis sind die Worte „Die EG-Gesundheitsminister“ voranzustellen.

Darüber hinaus sind 14 ergänzende Warnhinweise anzubringen, die auf die gesundheitlichen Gefahren aufmerksam machen. Alle Warnhinweise müssen in der vorgeschriebenen Weise auffällig auf den Packungen aufgedruckt sein.

Internationale Maßnahmen:

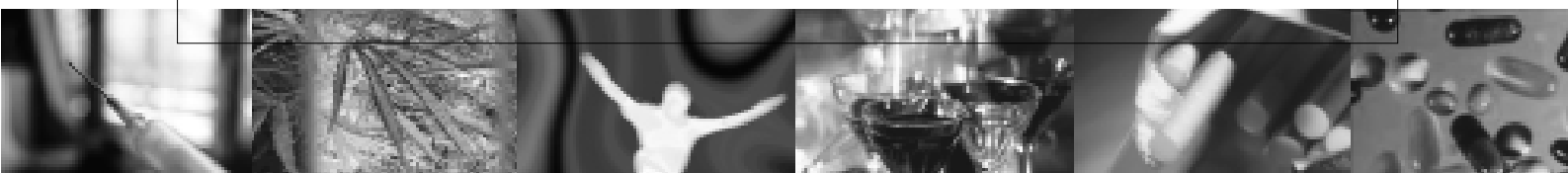
Im Bereich der Angebotsreduzierung gelang den Vereinten Nationen 1998 ein großer Durchbruch durch die Verabschiedung eines „Aktionsprogramms zur internationalen Zusammenarbeit zur Vernichtung illegaler Drogenkulturen und zur Alternativen Entwicklung“. Hierin wird erstmals das zuvor schon viele Jahre praktizierte Konzept der „Alternativen Entwicklung“ formal definiert, mit dem Ansätze einer integrierten ländlichen Entwicklung verfolgt werden. Mit diesem Konzept sollen Drogenkulturen nicht nur durch alternative Kulturen ersetzt werden. Vielmehr wird mit einem umfassenden Ansatz versucht, zur Lösung wirtschaftlicher, ökologischer und sozialer Probleme in Drogenanbaugebieten beizutragen.

Die Bundesrepublik Deutschland fördert UNDCP-Projekte vor allem im Bereich Alternativer Entwicklung und gilt daher auf internationaler Ebene als Verfechterin einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik.

Im Dezember 1999 wurde die Drogenstrategie der EU 2000–2004 beschlossen, auf der der laufende Aktionsplan der EU zur Drogenbekämpfung 2000–2004 basiert.

In zahlreichen Gremien des Rats und der Kommission arbeiten die Mitgliedstaaten der EU in Bezug auf konkrete Fragen der Drogenpolitik eng zusammen. Die Koordinierung der verschiedenen Rats-Arbeitsgruppen obliegt der Horizontalen Gruppe Drogen (HDG).

IV. Beschlüsse der Fachministerkonferenzen der Länder



Beschluss der 76. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) am 2./3.07.2003 in Chemnitz zu TOP 10.1 „Aktionsplan Drogen und Sucht“

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen.

1. Die 76. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder äußert ihre Besorgnis über die unverändert große Zahl von suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen. Sie sieht gerade vor dem Hintergrund des immer häufigeren und frühzeitigeren Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen durch Kinder und Jugendliche einen besonderen gesundheits- und sozialpolitischen Handlungsbedarf.
2. Im Hinblick auf die vielfältigen Ursachen und Entstehungsbedingungen von Sucht versteht die GMK die Suchtbekämpfung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten erfolgreich bewältigt werden kann. Sie stellt fest, dass eine verstärkte Bündelung der Aktivitäten auf Bund-/Länder- und kommunaler Ebene für eine erfolgreiche Eindämmung der Sucht- und Drogenproblematik unabdingbar ist. Darüber hinaus verlangen auch die Auswirkungen der Globalisierung im Bereich der Drogenherstellung und des Drogenhandels ein noch engeres Zusammenwirken sowohl innerhalb der Europäischen Gemeinschaft als auch auf internationaler Ebene.
3. Vor diesem Hintergrund nimmt die GMK den von der Bundesregierung im Benehmen mit den Ländern erarbeiteten „Aktionsplan Drogen und Sucht“ zur Kenntnis. Die Schwerpunkte des Aktionsplans liegen zutreffend in der Intensivierung und Weiterentwicklung der Prävention und Hilfen insbesondere im Bereich des Konsums legaler Suchtmittel, wie z. B. Alkohol und Tabak. Die GMK bestätigt ausdrücklich eine übergreifende Strategie zur Suchtbekämpfung, die aus den Säulen Prävention, Hilfen, Therapie sowie Repression getragen wird. Zugleich trägt der Plan den neuen Erkenntnissen in der Suchtforschung weitgehend Rechnung. Die Novellierung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes und die Integration der Ziele des Aktionsplanes Alkohol sind mit dem vorliegenden Plan erfolgt.
4. Angesichts der gravierenden gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Suchtmittelkonsums hält die GMK folgende suchtpolitischen Zielsetzungen für vordringlich
 - Verhinderung des Konsums von psychoaktiven Substanzen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen,
 - Reduzierung des schädlichen Konsums und Förderung der Eigenverantwortung im Umgang mit psychoaktiven Stoffen,
 - Frühzeitiges Erkennen einer Suchtgefährdung und deren Beseitigung,
 - Behandlung der Suchtkranken durch ein differenziertes Angebot an Hilfen, das neben den primär abstinenzorientierten Hilfen auch Maßnahmen zur Sicherung des Überlebens umfasst,
 - Weitere Eindämmung der Verfügbarkeit von illegalen Drogen.

5. Zur Erreichung dieser Ziele hält die GMK folgende Maßnahmen für unerlässlich:
- Intensivierung der Gesundheits- und Entwicklungsförderung im Kindergarten- und Schulbereich,
 - Förderung der Vernetzung von Sucht- und Jugendhilfe,
 - Ausbau von Angeboten zur Früherkennung und Frühintervention bei Suchtgefährdung,
 - Verbesserung der Finanzierungsmöglichkeiten im Präventions- und Hilfebereich auch durch zweckgebundene zusätzliche Abgaben auf Alkohol- und Tabakerzeugnisse,
 - Positive Darstellung eines suchtmittelfreien Lebensstils,
 - Weitere Einschränkung der Werbung für Alkohol- und Tabakprodukte zum Schutz insbesondere junger Menschen,
 - Aufbau integrativer Hilfeansätze zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung von Suchtkranken,
 - Weiterentwicklung von niedrigschwelligen Hilfeangeboten insbesondere auch für Abhängige von legalen Suchtmitteln,
 - Förderung der Präventions- und Hilfeangebote zur Eindämmung der Suchtproblematik bei Menschen mit Migrationshintergrund,
 - Intensivierung von praxisbezogener Sucht- und Versorgungsforschung.
6. Neben Prävention und Hilfen nach dem Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ sieht die GMK in der Repression auch weiterhin einen unverzichtbaren Pfeiler einer ausgewogenen Sucht- und Drogenpolitik. Diese richtet sich zwar in erster Linie gegen den Drogenhandel und die Drogenkriminalität, beinhaltet aber auch Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln insbesondere für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Jugendschutzes. Die Abgabeverbote von Tabak an Jugendliche unter 16 Jahren sowie die geplanten Maßnahmen zur Einschränkung des Zugangs zu Zigarettenautomaten sind ein wichtiger Schritt, um dem zunehmenden Suchtmittelkonsum im Kindes- und Jugendalter entgegenzuwirken. Die GMK hält die im Aktionsplan vorgesehene regelmäßige Überprüfung und etwaige Anpassung der gesetzgeberischen Maßnahmen für besonders wichtig, um auf neue Suchtmittel, Konsummuster und Problemgruppen adäquat und zeitnah reagieren zu können.
7. Die GMK betont, dass die Verwirklichung der im Aktionsplan festgeschriebenen Ziele und Maßnahmen nur im Rahmen einer Gemeinschaftsinitiative aller im Suchtbereich Verantwortung tragenden Einrichtungen und Institutionen erreicht werden kann. Sie weist darauf hin, dass aufgrund nachhaltiger Anstrengungen und vielfältiger Aktivitäten von Ländern, Kommunen und Verbänden bereits heute ein umfassendes Präventions- und Hilfeangebot besteht, auf dem die im Aktionsplan vorgesehenen Maßnahmen im Rahmen der bestehenden Konzepte bedarfs- und ressourcenorientiert aufbauen können. Die GMK hält die aktive Einbindung aller Beteiligten bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des Aktionsplans für unerlässlich und erwartet, dass auf der Grundlage weiterer Stellungnahmen auch anderer Länderministerkonferenzen weitere Abstimmungsgespräche zwischen dem Bund und den Ländern stattfinden. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass primär die Länder für die Ausgestaltung und Umsetzung sucht- und drogenpolitischer Maßnahmen insbesondere in den Bereichen Prävention und Hilfen zuständig sind. Deshalb muss vor Errich-

tung des im Aktionsplan genannten Drogen- und Suchtrates über dessen Funktion und Zusammensetzung sowie über die sich damit erübrigenden sonstigen Gremien gemeinsam mit den Ländern entschieden werden.

Erklärungen zu Protokoll:

1. Die Länder Bayern und Baden-Württemberg geben zu ihrer Stimmenthaltung folgende Protokollnotiz ab:

Die Bundesregierung hat am 25.06.2003 den Aktionsplan Drogen und Sucht beschlossen. Eine einvernehmliche Fassung ist somit nicht mehr möglich. Länderspezifische Belange spiegeln sich daher nicht ausreichend wider. Dies gilt insbesondere in Bezug

- auf die aufgrund der bestehenden Substitutionsmöglichkeiten nicht vorliegende Notwendigkeit zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger,
- sowie auf die Einrichtung von Drogenkonsumräumen.

2. Protokollerklärung der Länder Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein:

Notwendig ist eine generelle umfassende Einschränkung der Werbung für Alkohol- und Tabakprodukte. Nur im Hinblick auf eine einvernehmliche Beschlussfassung tragen die o. a. Länder die einschränkende Formulierung in Ziffer 5 des Beschlusses mit.

Beschluss der 172. Sitzung der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (IMK) am 14./15.05.2003 in Erfurt zu TOP 25 „Aktionsplan Drogen und Sucht“¹¹

Beschluss:

1. Die IMK nimmt den Entwurf der Arbeitsgruppe für eine Stellungnahme der IMK zum Aktionsplan Drogen und Sucht und den hierzu gefassten Beschluss des AK II vom 23./24.04.2003 zu TOP 36 zur Kenntnis.
2. Die IMK ist der Auffassung, dass die Einführung eines „Nationalen Drogen- und Suchtrates“ ein wirkungsvolles Element zur Förderung einer ganzheitlichen Betrachtung und umfassenden Bekämpfung des Phänomens Drogen und Sucht ist. Sie bekräftigt, dass die 3-Säulen-Systematik beibehalten werden soll. Überlebenshilfe und Schadensminimierung sind Bestandteil der Säule „Beratung, Behandlung und Rehabilitation“. Die IMK beauftragt die Arbeitsgruppe, die Stellungnahme entsprechend anzupassen.
3. Die IMK unterstreicht die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit aller an der Reduzierung von drogen- und suchtbedingten Problemen beteiligten Stellen. Sie bittet, aufgrund der hohen Bedeutung der gesamtgesellschaftlichen Drogen- und Suchtproblematik für die Sicherheitspolitik, um die Berücksichtigung der Innenministerien und -senatsverwaltungen der Länder im Steuerungsgremium des „Nationalen Drogen- und Suchtrates“.

¹¹Ergänzend zum oben stehenden Beschluss hat die IMK eine umfangreiche Stellungnahme zum „Aktionsplan Drogen und Sucht“ verfaßt, die aus technischen Gründen hier nicht abgedruckt ist.

4. Die IMK bittet ihren Vorsitzenden, die Vorsitzende der Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister über diesen Beschluss zu unterrichten.

Protokollnotiz BW, BY, BB, HB, SN, ST und TH:

Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen treten für folgende Änderungen der Stellungnahme der IMK ein, was im Entwurf der Stellungnahme bereits in Form von Protokollnotizen Bayerns und Bremens angemerkt worden ist.

- Eine Notwendigkeit zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger liegt schon aufgrund der bestehenden Substitutionsmöglichkeiten nicht vor.
- Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen kommt für die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen nicht in Betracht. Neben grundsätzlicher drogenpolitischer Erwägungen sind eine Sogwirkung auf Drogenhändler und Konsumenten, die Bildung einer Drogenszene und die Beeinträchtigung des Sicherheitsgefühles der Bevölkerung im Umfeld, Konflikte mit dem polizeilichen Legalitätsprinzip sowie negative Auswirkungen auf die Prävention zu fürchten.

Protokollnotiz HE, HH und NI:

Hamburg, Hessen und Niedersachsen schließen sich der Protokollnotiz der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit Ausnahme des 2. Spiegelstrichs an.

Protokollnotiz SH:

Schleswig-Holstein hält den Entwurf des Aktionsplans insgesamt für eine gute Grundlage für die weitere Diskussion. Die Rolle der Repression ist angemessen darzustellen. Ferner ist die besondere Situation von Schwerstabhängigen zu berücksichtigen.

Protokollnotiz BMI:

Der Bund unterstützt den Entwurf des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

Beschluss der Jugendministerkonferenz (JMK) am 22./23.05.2003 in Ludwigsburg zu TOP 12b „Aktionsplan Drogen und Sucht“

Beschluss: Der Bericht von Bremen wird zur Kenntnis genommen.

Zusammenfassung der im Rahmen der JMK vorgelegten Länderstellungen

1. Die für die Kinder- und Jugendhilfe in den Ländern zuständigen Ministerien sind der Auffassung, dass der vorliegende Entwurf des Aktionsplans Drogen und Sucht aus jugendpoli-

tischer Sicht den Anforderungen an eine fortschrittliche Drogen- und Suchtpolitik gerecht wird und dass ihm daher grundsätzlich zugestimmt werden kann. Insbesondere werden begrüßt:

- die stärkere Gewichtung von Präventionsmaßnahmen und die Betonung der verschiedenen Präventionsstrategien,
- die Hinwendung von Präventionsstrategien auf Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern, die Orientierung von Präventionsmaßnahmen am Alltag und an der Lebenswelt der Zielgruppen,
- die Förderung der Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Schule sowie
- die Überwindung einer auf illegale Drogen ausgerichteten Rauschmittelbekämpfungsstrategie.

Bei der Einrichtung des im Aktionsplan vorgesehenen Drogen- und Suchtrates wird die Einbeziehung der Kinder- und Jugendhilfe der Länder für erforderlich gehalten.

Es wird darauf hingewiesen, dass die im Aktionsplan aufgeführten Maßnahmen unter Haushaltsvorbehalt stehen. Grundsätzlich sollten darin daher keine Forderungen erhoben werden, die für die Kommunen nicht finanzierbar sind.

2. Von einzelnen Ländern wurden Hinweise und Änderungsvorschläge zu den folgenden Punkten vorgelegt:

Die Forderung, den Ausbau von Drogenkonsumräumen fortzusetzen, wird ausdrücklich mit der Begründung abgelehnt, dass diese weder der Suchtprävention dienen noch geeignet seien, um die Abstinenz von bereits abhängigen Personen zu fördern. (BW, BY, SN, SA, TH)
Die Notwendigkeit zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wird aufgrund der vorhandenen Substitutionsmöglichkeiten nicht gesehen. (BY)

Hinsichtlich der Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme wird darauf hingewiesen, dass zum Teilziel „Reduzierung von Unfällen im Straßenverkehr...“ im ausführenden Text noch eine Zielorientierung fehlt. (TH)

Zu Teilziel 2.2 wird vorgeschlagen, einen Absatz zu ergänzen: „Es ist daher anzustreben, dass eine Medikamentenabhängigkeit frühzeitiger in der ärztlichen Praxis, im Krankenhaus, aber auch im Rahmen anderer spezifischer Unterstützungssysteme (z. B. Mutter-Kind-Kuren) erkannt wird und die Betroffenen zu einer Behandlung motiviert werden.“ (BB)

Zu 3.1.1, Teilmaßnahme „Förderung der Vernetzung ...“, wird folgende Neufassung für Satz 5 vorgeschlagen: „Angebote der Aus- und Fortbildung sollten als gemeinsame Maßnahmen von Fachkräften der Jugendhilfe und der Suchthilfe realisiert werden.“(TH)

Hinsichtlich der Festlegung der „geringen Menge“ (§ 31 a BtMG) wird empfohlen, von der Festlegung bundeseinheitlicher Grenzwerte (3.4.2) abzusehen, damit der positiv bewertete einzelfallorientierte, flexible Umgang für die örtliche Staatsanwaltschaft weiterhin möglich bleibt. (BW)

Es wird angeregt, die Aufzählung der Forschungsvorhaben zu Punkt 5 um ein Forschungsprojekt zur Online-/Internet-Sucht zu ergänzen. (SN)

Es wird angeregt, die Maßnahmen des Aktionsplans zur Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme gezielt um nachhaltige Angebote für von Sucht betroffene Familien zu erweitern. (SH)

Beschluss der Konferenz der Justizministerinnen und -minister (JUMIKO) vom 11./12.06.2003 in Glücksburg

Die Justizministerinnen und -minister nehmen den Entwurf des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der Interministeriellen Arbeitsgruppe Drogen und Sucht (Stand: 10.04.2003) und den dazu erstellten Bericht des Strafrechtausschusses zur Kenntnis.

Sie begrüßen die mit dem Aktionsplan verfolgte Absicht einer bundesweiten Bündelung der Maßnahmen zur Bekämpfung des Missbrauchs illegaler und legaler Suchtmittel.

Die Justizministerinnen und -minister betonen ihr Interesse an einer Einbeziehung von Vertretern der Strafverfolgungsbehörden in den zu gründenden „Nationalen Sucht- und Drogenrat“. Sie bieten an, einen Vertreter der Justiz dorthin zu entsenden.

Die Justizministerinnen und -minister weisen darauf hin, dass einzelne Kapitel des Entwurfs – etwa die Abschnitte 3.4.1 „Reduzierung des Angebots an illegalen Drogen“ und 3.4.3 „Effizientere Bekämpfung der organisierten Betäubungsmittelkriminalität“ – die Bedeutung einer engen Kooperation zwischen den Strafverfolgungsbehörden, also Staatsanwaltschaften und Polizei, nicht in ausreichendem Maße darstellen. Sie sind der Auffassung, dass es einer Überarbeitung dieser Kapitel unter angemessener Berücksichtigung insbesondere der Rolle der Staatsanwaltschaft bei der Bekämpfung der organisierten Betäubungsmittelkriminalität bedarf.

Die Justizministerinnen und -minister weisen darauf hin, dass der Abschnitt des Entwurfs „Abschöpfung der Erträge aus Straftaten und deren Verwendung“ missverständlich formuliert ist. Zwar hat sich die 72. Justizministerkonferenz vom 11. bis 13.06.2001 unter TOP II.8 Ziffer 3 Absatz 2 dafür ausgesprochen, zumindest einen Teil der nach der Rückgewinnungshilfe für Opfer von Straftaten verbleibenden Abschöpfungserlöse speziell für Polizei und Justiz zur Verbrechensbekämpfung und weiteren Intensivierung der Vermögensabschöpfung zu verwenden. Entgegen einer Prüfbitte der 9. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen vom 27./28.05.1999 hat sich die Justizministerkonferenz aber gerade nicht dafür ausgesprochen, die nach § 73e StGB mit der Rechtskraft der Entscheidung dem Staat zufallenden Vermögenswerte für Maßnahmen zur Verbesserung der Strafverfolgung von Menschenhändlern einzusetzen oder sie den Institutionen zukommen zu lassen, die Opfer von Menschenhändlern beraten und unterstützen (Beschluss der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister vom 11. bis 13.06.2001 in Trier zu TOP II.9).

Die Justizministerinnen und -minister betonen, dass auch die Maßnahmen der Drogenprävention, -therapie und -bekämpfung einer angemessenen und verlässlichen Finanzierung durch die fachlich zuständigen Ressorts bedürfen; eine solche könnte durch die teilweise Verwendung von Abschöpfungserlösen aus einschlägigen Verfahren nicht gewährleistet werden. Sie regen daher an, den Abschnitt des Entwurfs „Abschöpfung der Erträge aus Straftaten und deren Verwendung“ zu streichen.¹²

Die Justizministerinnen und -minister weisen darauf hin, dass die im Abschnitt 3.3 des Entwurfs enthaltenen Bewertungen von Drogenkonsumräumen nicht von allen Ländern geteilt

¹² Diese Anregung wurde in der Endfassung des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ berücksichtigt.

werden. Mehrere Länder lehnen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen insbesondere aufgrund der damit verbundenen Sogwirkung auf Drogenhändler und Konsumenten, Gefährdung von Präventionsbemühungen, Konflikten mit dem Legalitätsprinzip und Beeinträchtigungen des Sicherheitsgefühls der Bevölkerung ab. Diese Länder weisen darauf hin, dass die Zahl der Drogentoten auch dort zurückgegangen ist. Es wird gebeten, diese abweichende Auffassung in dem Aktionsplan – etwa in einer Fußnote – zum Ausdruck zu bringen¹³.

Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) auf der 349. Sitzung des Schulausschusses am 26.06.2003 in Berlin¹⁴

Die Kultusministerkonferenz hat den von einer interministeriellen Arbeitsgruppe vorgelegten „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (Stand 10.04.2003) am 26.06.2003 zur Kenntnis genommen und den für den Schulbereich einschlägigen Passagen des Aktionsplans unter Einschluss der nachfolgend genannten Änderungswünsche bei Enthaltung Brandenburgs zugestimmt.

1. Die Kultusministerkonferenz begrüßt die übergreifende, langfristig angelegte Gesamtstrategie des Aktionsplans Drogen und Sucht, der eine wesentliche Weiterentwicklung des ursprünglich einseitig auf illegale Drogen ausgerichteten nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans von 1990 darstellt, insbesondere die Absicht, den Tabakkonsum zu reduzieren.
2. Es wird vorgeschlagen, als generalpräventives Ziel unter 2.1. „Allgemeine Ziele“, S. 11, die „Stärkung der Nichtkonsumenten“ mit aufzunehmen.
3. Die Kultusministerkonferenz gibt zu bedenken, dass die Überprüfung der Wirksamkeit suchtpräventiver Maßnahmen am Indikator „Rückgang des Konsums psychoaktiver Substanzen“ voraussetzt, dass gegenläufige, eher suchtfördernde gesellschaftliche Tendenzen, die auf die Zielgruppe einer Maßnahme einwirken, auch untersucht werden.
4. Um die Bedeutung des Aktionsplanes Drogen und Sucht für die Praxis zu stärken, sollte er deutlich verkürzt werden. Dies erhöht die Chance, dass er auch tatsächlich von einem größerem Publikum gelesen wird.

¹³ Mit der Aufnahme der Beschlussniederschriften nebst Protokollerklärungen der einzelnen Fachministerkonferenzen in die vorliegende Veröffentlichung wird dieser Bitte entsprochen.

¹⁴ Ergänzend zum oben stehenden Beschluss hat die KMK weitere Änderungsvorschläge gemacht, die aus technischen Gründen hier nicht abgedruckt sind.

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

10117 Berlin

Stand:

November 2003

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: A605

Telefon: 0180 / 51 51 51 0 (0,12 EUR / Min.)

Fax: 0180 / 51 51 51 1 (0,12 EUR / Min.)

Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500
53108 Bonn

E-Mail: info@bmgs.bund.de

Internet: <http://www.bmgs.bund.de>

Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 0800 / 111 000 5 (zum Nulltarif)

Fax: 0800 / 111 000 1 (zum Nulltarif)

E-Mail: info.gehoerlos@bmgs.bund.de / info.deaf@bmgs.bund.de

Druck: Druckerei Wende, Berlin, gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Hinweis:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben. Sie wird grundsätzlich kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europawahl, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung

10117 Berlin