



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Eckpunkte für den Aktionsplan Drogen und Sucht

Juni 2002

Gliederung:

1. Einleitung
2. Bestandsaufnahme Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan
 - 2.1. Maßnahmen von 1990 –1998
 - 2.1.1. Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage nach illegalen Drogen
 - 2.1.2. Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf nationaler Ebene einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen
 - 2.1.3. Internationale Zusammenarbeit
 - 2.1.4. Weitere Maßnahmen
 - 2.2. Maßnahmen seit 1998
 - 2.2.1. Maßnahmen zur Verbesserung von Prävention und Behandlung
 - 2.2.2. Gesetzgeberische Maßnahmen
 - 2.2.3. Internationale Zusammenarbeit
3. Ziele zur Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme
 - 3.1. Übergeordnete Ziele
 - 3.2. Legale Drogen
 - 3.2.1. Tabak
 - 3.2.2. Alkohol
 - 3.2.3. Arzneimittel
 - 3.2.4. Pathologisches Spielverhalten
 - 3.3. Illegale Drogen
4. Maßnahmen zur Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme
 - 4.1. Prävention
 - 4.2. Beratung und Therapie
 - 4.3. Überlebenshilfen
 - 4.4. Repression und Angebotsreduzierung
 - 4.4.1. Gesetzgeberische Maßnahmen
 - 4.4.2. Bekämpfung der organisierten Kriminalität
 - 4.4.3. Bekämpfung des Straßen- und Kleinhandels und Erschwerung des Zugangs zu Drogen
5. Forschung
6. Internationale Zusammenarbeit
7. Ausblick

1. Einleitung

Suchtprobleme sind in unserer Gesellschaft noch immer eine enorme gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung. Sie verursachen für Betroffene und ihre Angehörigen viel Leid und für das Gesundheitssystem hohe Kosten. Deshalb ist es ein prioritäres gesundheitspolitisches Ziel, Missbrauch und Abhängigkeit in unserer Gesellschaft mit allem Nachdruck zu verhüten, denn jedes fünfte Bett in deutschen Krankenhäusern ist ein "Suchtbett", jeder zehnte Arztbesuch ein "Sucht-Besuch". Suchtprävention erhält damit einen herausragenden Stellenwert im Gesamtspektrum des Aktionsplans Drogen und Sucht. Gleichzeitig gibt es in Deutschland einen Anspruch auf Hilfe und diesem Anspruch wird durch ein differenziertes Sucht- und Drogenhilfesystem mit vielfältigen Angeboten für Menschen mit Suchtproblemen entsprochen. Wir stehen mit diesem Behandlungssystem europa- und weltweit ganz vorn. Aber nach wie vor gibt es Defizite in der Erreichbarkeit und in der Behandlung von Suchtkranken und von Menschen, die stark suchgefährdet sind.

Es ist heute eine allgemein anerkannte Tatsache, dass Abhängigkeitserkrankungen ein multifaktorielles Geschehen, also Anlage, Entwicklung, Lebens- und Lerngeschichte sowie die aktuelle Lebenssituation zugrunde liegt.

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 auch das Strafrecht und andere ordnungsrechtliche Maßnahmen einsetzen - vor allem Verbote des Anbaus, Erwerbs und Verkaufs bestimmter psychoaktiver Substanzen - , aber auch bei legalen Substanzen steuernde Mechanismen entwickeln, um etwa über Preisgestaltung, Lizenzierung, Produktionskontrollen, Verkaufsbeschränkungen und Werbeeinschränkungen den Konsum psychoaktiver¹ Substanzen zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Wir benötigen für die nächsten Jahre **eine übergreifende Gesamtstrategie** in einem **Aktionsplan Drogen und Sucht** für den Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft, die dazu beiträgt, **konkrete Zielsetzungen und Maßnahmen** festzulegen, um **das Gesundheitsbewusstsein zu verändern** und den **gesundheitsschädlichen Konsum und die damit verbundenen Folgen 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 neuen Risikogruppen der Kinder aus suchtkranken Familien, die Partydrogenszene und junge Aussiedler zugeschnitten. Zudem ist er zu einseitig auf illegale Drogen ausgerichtet und übersieht damit die gravierenden sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des schädlichen Konsums² legaler Suchtstoffe. Auch 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

¹ Der Begriff psychoaktiv (neuerer Begriff für psychotrop) bezeichnet alle Stoffe, die eine Wirkung auf das zentrale Nervensystem haben.

² 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 fortschreitende 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)

internationalen Drogenhandel entstanden sind, die neue Antworten für die Drogen- und Suchtpolitik verlangen.

2. Bestandsaufnahme des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans

2.1. 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 erstaußälligen 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

2.1.1. 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 sog. "Drogenkontaktlehrer" geschaffen. Die systematische Implementierung von suchtpreventiven Strukturen ist in den Schulen allerdings noch sehr unterschiedlich entwickelt.

Die BZgA führte verschiedene Maßnahmen zur Suchtprevention durch, wie 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 - erreiche, sondern eher die gegenüber Drogen zurückhaltende Mehrheit der Jugendlichen anspreche.

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 sog. "Booster-Programm" zur Unterstützung niedrigschwelliger Hilfen. Mit diesen Programmen wurde zur Verbesserung der Behandlung und der Erreichbarkeit von Langzeitabhängigen beigetragen.

2.1.2. Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität auf nationaler Ebene einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen

Im Bereich der polizeilichen Rauschgiftbekämpfung wurden 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 weiterbetrieben 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 sogenannter verdeckter Ermittler geschaffen.

Insbesondere durch das OrgKG wurde 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 Betäubungsmitteldelikten, 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 in das BtMG vorgenommen werden kann, wurde 1992 in das BtMG eingefügt (§ 1 Abs. 3 BtMG).

2.1.3. 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. 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 von Amsterdam von 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 Nachrichtenaustausches 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 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 44 angewachsen ist, wird die drogenpolitische Zusammenarbeit in der sog. 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.

2.1.4. 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 Betäubungsmittel-Änderungsgesetz von 1992 neu gefasst (jetzt §§ 31 a und 35 BtMG).

Dass die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige kein „Verschaffen von Gelegenheit zum Verbrauch“ im Sinne des § 29 Abs. 1 BtMG darstellt, wurde durch das BtMG-Änderungsgesetz 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 berausenden 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.

2.2. Maßnahmen seit 1998

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

2.2.1. 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. Durch Selbsttests können die Jugendlichen ihre Konsummuster überprüfen. Ein pädagogisch betreuter Chat ermöglicht die anonyme Kontaktaufnahme und eine Vermittlung in Beratung und Hilfe.

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.

2.2.2. Gesetzgeberische Maßnahmen

Das 3. BtMG-Änderungsgesetz 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 die Hauptursache für die hohe Anzahl der Verkehrstoten.

Verbesserungen gibt es für suchtkranke Menschen auch durch das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (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. 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.

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 suchtherapeutische Qualifikation verlangt und ein Meldesystem für das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister) verbindlich einführt.

Am 1.1. 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 Bundeskabinett wurde im April 2002 die Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Betrieben verabschiedet. Nach dem Inkrafttreten der Verordnung, hat jeder Arbeitgeber Maßnahmen zum Schutz der nichtrauchenden Beschäftigten zu treffen.

Das Bundeskabinett hat am 8. Mai 2002 den Entwurf eines Jugendschutzgesetzes als Formulierungshilfe für die Regierungsfaktionen beschlossen. Danach soll unter anderem die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren verboten werden. Auch Zigarettenautomaten sollen spätestens zum 1. Januar 2007 mit technischen Sicherungsmaßnahmen ausgestattet werden, damit Jugendliche unter 16 Jahren keine Zigaretten aus Automaten ziehen können. Darüber hinaus soll die Vorführung der Werbefilme für alkoholische Getränke und Tabakwaren im Kino beschränkt werden. Zurzeit wird der Gesetzentwurf der Regierungsfaktionen im Deutschen Bundestag beraten. Er bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

2.2.3. 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 förderte 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).

3. Ziele zur Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme

3.1. Übergeordnete Ziele

Der Konsum legaler psychoaktiver Substanzen wie Tabak und Alkohol bewegt sich weiterhin auf einem hohem Niveau. Dabei ist auffällig, dass das Einstiegsalter besorgniserregend sinkt. Schon 5 % der 12-Jährigen trinken regelmäßig Alkohol, 7% sind regelmäßige Zigarettenraucher. Jeder vierte hat einen Suchtkranken in der Familie. Allein die Folgekosten des missbräuchlichen Alkoholkonsums betragen jährlich 20 Milliarden Euro.

Der Konsum illegaler Substanzen nimmt bei Heroin leicht ab und bei Kokain leicht zu. Darüber hinaus gibt es starke Anstiege bei Cannabis und Ecstasy, insbesondere unter Jugendlichen. Dabei konsumieren mehr und mehr junge Menschen legale und illegale Drogen im Kontext einer "Spaßkultur", ohne sich der Risiken bewusst zu sein. Die Zahl der Drogendelikte hat in den letzten Jahren ebenfalls zugenommen.

Wir benötigen deshalb eine gesellschaftliche Diskussion über die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken im Zusammenhang mit dem Konsum von **legalen** und **illegalen** Suchtmitteln.

Die Bundesregierung hat sich in der Drogen- und Suchtpolitik vorgenommen, das Hilfesystem weiterzuentwickeln und die einseitige Fixierung auf illegale Suchtmittel um den Blick auf legale Suchtformen, vor allem den Tabak- und den riskanten Alkoholkonsum, zu erweitern. Der Stellenwert der Prävention soll dabei gestärkt werden, denn Prävention hat eine doppelte Dividende: zum einen hilft sie dem Einzelnen, eine Suchtkrankheit zu vermeiden, zum anderen hilft sie der Gesellschaft, langfristig Folgekosten der Suchterkrankungen zu reduzieren.

Die übergeordneten Ziele der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung für den Umgang mit Suchtmitteln sind:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern2. Riskante Konsummuster frühzeitig zu reduzieren3. Eine Abhängigkeit mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten von der Abstinenz- bis zur medikamentengestützten Therapie zu behandeln |
|---|

Folgende Teilziele dienen der Erreichung der übergeordneten Ziele:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Förderung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins zur Verhinderung der Entstehung von Abhängigkeit |
|--|

Es ist aus der Gesundheitswissenschaft bekannt, dass ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung auch zur Verringerung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen führt. Dabei bedeutet dieses Gesundheitsbewusstsein 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 Persönlichkeiten neigen weniger dazu, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

2. Veränderung des gesellschaftlichen Klimas zu einem kritischeren Umgang mit legalen Suchtmitteln

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

3. Identifikation von Missbrauchsverhalten zum frühestmöglichen Zeitpunkt

Damit frühzeitiger gesundheitsschädliche Entwicklungen beim Konsum psychoaktiver Substanzen erkannt werden können, müssen die dafür nötigen diagnostischen Instrumentarien weiterentwickelt und bereitgestellt werden. Beratungsstellen, Ämter und niedergelassene Ärzte müssen frühzeitiger eine Suchtentwicklung wahrnehmen und möglichst rechtzeitig weitergehende Hilfen vermitteln.

4. Verbesserung der Früherkennung von neuen Substanzen und Konsummustern

Durch die Möglichkeiten der Synthetisierung von Drogen kommt es oft zu einem schnellen Wechsel auch in der Präferenz für bestimmte psychoaktive Substanzen. Auch Konsummuster können sich insbesondere in Teilgruppen von Jugendlichen schnell verändern. Daher kommen Hilfen oft zu spät oder sind nicht angemessen. Ziel der Drogen- und Suchtpolitik ist deshalb, Veränderungen in den Konsummitteln und -mustern frühzeitiger zu erkennen, um schneller Hilfen anbieten zu können.

5. Sensibilisierung für die Gefahren des Mischkonsums

Der Mischkonsum verschiedener legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen hat insbesondere unter Jugendlichen zugenommen. Das gesundheitliche und psychische Risiko wird durch diesen Mischkonsum noch potenziert. Das Hilfesystem ist aber noch zu sehr auf spezifische Abhängigkeitsgruppen ausgerichtet. Zielsetzung ist deshalb, den neuen Konsummustern Rechnung zu tragen und das Hilfesystem für diese Entwicklung zu öffnen.

6. Zielgruppenorientierte Unterstützung besonders gefährdeter Gruppen zur Vermeidung von Abhängigkeit

Auch wenn die Entwicklung einer Suchterkrankung komplexe Ursachen hat und die Gefahr einer Stigmatisierung besteht, wenn gesellschaftliche Gruppen mit einer stärkeren Vulnerabilität für eine Suchtentwicklung in Verbindung gebracht werden, gibt es dennoch biographische oder soziale Entwicklungsbelastungen (z.B. suchtkranke Elternteile, traumatisierende Erfahrungen sexueller Gewalt in der Kindheit, fehlende Integration einer ethnischen Gruppe 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.

7. Gender Mainstreaming in der 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 in den Konsummitteln führt.

8. Verankerung der interdisziplinären Kooperation

Eine effektive Drogen- und Suchtpolitik erfordert die kooperative und interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Ärzteschaft, Heilberufe, Sozialpädagogik,

Gesundheitsverwaltung, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger), der ambulanten und der stationären Einrichtungen sowie der verschiedenen Entscheidungsträger aus Bund, Ländern und Kommunen.

3.2. Legale Drogen

3.2.1. Tabak

Die Anzahl von 16,7 Mio. Rauchern (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen) in Deutschland, davon knapp 4 Mio. abhängige Raucher nach den Kriterien des DSM-IV³, ist, auch im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern, sehr hoch. Besorgniserregend ist die Zunahme jugendlicher Raucher und die Zunahme rauchender 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.

Oberziel im Umgang mit Tabak ist:

⇒ Die Reduzierung des Tabakkonsums zur Verringerung der tabakbedingten Krankheiten und Todesfälle.

Dieses Ziel ist eines der fünf prioritären Gesundheitsziele in Deutschland. 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.

Um das Oberziel zu erreichen, werden folgende **Teilziele** angestrebt:

1. 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 das Ziel, diesen Zugang zu erschweren.

2. Stabilisierung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen

Die Quote der Nieraucher(innen) unter Kindern und Jugendlichen ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich gestiegen und liegt 2001 bei 52 %. Die Zielsetzung ist deshalb, diese Quote weiter zu erhöhen, da nach wissenschaftlichen Erkenntnissen der Großteil der Jugendlichen, die bis zum 18 Lebensjahr nicht mit dem Rauchen begonnen haben, auch später nicht beginnen wird.

3. Verbesserung des gesellschaftlichen Klimas zugunsten eines rauchfreien Lebensstiles

Die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung raucht nicht. Deshalb müssen die Vorteile eines rauchfreien Lebensstils stärker öffentlich herausgestellt werden.

4. Erhöhung des Kenntnisstandes über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens in der Bevölkerung

Zwar sind mittlerweile insbesondere 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.

³ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der US-amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, das neben dem ICD das gebräuchlichste Klassifikationssystem ist

5. Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen für Nichtraucher

Die Änderung der Arbeitsstättenverordnung, die den Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz stärkt, in dem sie die Arbeitgeber verpflichtet, für rauchfreie Arbeitsplätze zu sorgen, ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Lebensqualität. Darüber hinaus wird angestrebt, den Nichtraucherschutz auch in anderen Lebensbereichen, z.B. Gaststätten, Bahnhöfen und Flughäfen zu verbessern.

6. Rauchfreie öffentliche Einrichtungen

Öffentliche Einrichtungen, insbesondere Schulen und Krankenhäuser, sind Orte, an denen der Nichtraucherschutz deutlich verbessert werden und ein Klima zur Unterstützung der Rauchfreiheit geschaffen werden muss. Ziel ist es, bundesweit Rauchfreiheit oder rauchfreie Zonen in öffentlichen Einrichtungen durchzusetzen.

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

Es gibt zwar mittlerweile eine Reihe von effektiven Ausstiegshilfen aus der Nikotinsucht, aber es sollte Ziel sein - gemeinsam mit den Krankenkassen - ein umfassendes Angebot zu entwickeln, das die Raucherentwöhnung - auch schon bei Jugendlichen - erleichtert.

3.2.2. Alkohol

In vielfältigen Studien konnte gezeigt werden, dass zwischen der Höhe des Alkoholkonsums in einer 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.

Oberziel im Umgang mit Alkohol ist:

⇒ Die Reduzierung des durchschnittlichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung sowie die Verringerung des Bevölkerungsanteils mit einem kritischen Alkoholgebrauch zur Senkung der alkoholbedingten Krankheits- und Todesfälle

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

Um das Oberziel zu erreichen, werden folgende **Teilziele** angestrebt:

1. Unterstützung eines alkoholfreien Lebensstils

Die Zielsetzung bedeutet, dass ein alkoholfreier Lebensstil nicht weiterhin als Lebensstil von Außenseitern wahrgenommen wird - sondern als eigenständige Entscheidung gewürdigt wird und zwar nicht nur nach einer überwundenen Abhängigkeit.

2. Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol

Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol wird ein Schwerpunkt der Präventionspolitik im Bereich Alkohol sein. Alkoholgenuss und Alkoholmissbrauch in der öffentlichen Diskussion voneinander zu unterscheiden, ist ein wichtiger Schritt zur Aufklärung über die Risiken von Alkoholkonsum.

3. Erhöhung des Kenntnisstandes über die Folgen übermäßigen Alkoholkonsums

Noch immer sind die Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung nicht genügend bekannt oder werden bagatellisiert. Deshalb soll die Aufklärung darüber verstärkt werden, insbesondere weil es noch viele Mythen gibt ("Ein Gläschen in Ehren...") über die vermeintlich geringe Schädlichkeit des Alkoholkonsums.

4. Förderung von Früherkennung und Frühintervention

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

5. Förderung der Punktnüchternheit, beispielsweise am Arbeitsplatz, im Verkehr oder während der Schwangerschaft

Es ist unrealistisch zu erwarten, dass in unserer Gesellschaft - insbesondere im Freizeitbereich - auf den Konsum von Alkohol gänzlich verzichtet wird. Es ist aber anzustreben, dass der Verzicht auf Alkoholkonsum in bestimmten Situationen, in denen dieser Konsum zur unmittelbaren Gefährdung anderer oder zu eigenen Beeinträchtigungen führt, zur Regel wird.

6. Ausbau der Überlebenshilfe/Schadensminderung für Alkoholabhängige

Die Behandlungsangebote der Suchtkrankenhilfe für alkoholranke Menschen sind weitgehend darauf ausgerichtet, abstinenzmotivierte Klienten zu erreichen und in der Abstinenz zu stabilisieren. Der weitaus größte Teil alkoholkranker Menschen nimmt aber keine Abstinenzbehandlung wahr. Insbesondere chronisch-mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige werden oft durch die Angebote der Suchtkrankenhilfe nicht erreicht oder dort nicht gehalten. Das Bundesmodellprogramm "Nachgehende Sozialarbeit" (Case Management) 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.

7. Qualitative Verbesserung der Behandlungsangebote

Die Behandlung von alkoholabhängigen Menschen findet in Deutschland auf einem hohen qualitativen Niveau statt. Die von den medizinischen Fachgesellschaften in Kooperation mit den Dachverbänden der Suchtkrankenhilfe in Arbeit befindlichen "Behandlungsleitlinien" werden zur Verbesserung der Diagnostik und Behandlung substanzbezogener Störungen beitragen. Es soll Ziel sein, diese Behandlungsleitlinien zum Behandlungsstandard werden zu lassen, nicht nur in Fachkliniken, sondern auch in der allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Versorgung.

3.2.3. Arzneimittel

Arzneimittelmissbrauch ist ein weit verbreitetes gesellschaftliches Problem, das häufig zu Abhängigkeit führt. 6-8 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Insgesamt wird die Anzahl der Arzneimittelabhängigen mit 1,5 Mio., davon zwei Drittel Frauen, angegeben. Insbesondere werden psychoaktiv wirkende Arzneimittel (Schlaf- und Beruhigungsmittel), Lifestyledrogen (Appetitzügler, Anabolika), Schmerzmittel und Abführmittel 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. 54,9 Mrd. DM (2000) im erheblichen Umfang Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden könnten.

Folgende **Ziele** sollen im Umgang mit Arzneimitteln erreicht werden:

1. Reduzierung des individuellen Missbrauchs

Durch gezielte Aufklärung sollen insbesondere Frauen angesprochen werden, auf psychische Befindlichkeitsstörungen und Belastungssituationen nicht allein mit dem Konsum psychoaktiver Arzneimittel zu reagieren.

2. Förderung von Früherkennung und Frühintervention bei unsachgemäßem Medikamentengebrauch

Nur ein kleiner Teil medikamentenabhängiger Menschen - überwiegend Frauen - befinden sich in einer spezifischen Behandlung. Es ist daher anzustreben, dass eine Medikamentenabhängigkeit frühzeitig 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.

3. Verbesserung der bestimmungsgemäßen Verschreibung von Medikamenten

Bei der Verschreibung von psychoaktiven Arzneimitteln muss eine besondere Sorgfalt angestrebt werden, die dem Grundsatz "weniger ist mehr" entspricht. Des Weiteren soll die ärztliche Kompetenz gestärkt werden, die einer medikamentösen Behandlung zu Grunde liegenden seelischen Störungen besser und frühzeitiger zu erkennen und zu behandeln.

4. Vermittlung eines kritischeren Umgangs mit Medikamenten

Insbesondere im Rahmen der medizinischen Ausbildung muss gewährleistet werden, dass Ärzte einen kritischen Umgang mit der Verschreibung von Arzneimitteln erlernen, insbesondere mit solchen, die eine psychoaktive Wirkung haben. Darüber hinaus muss auch angestrebt werden, dass dieses kritische Bewusstsein in der Allgemeinbevölkerung und insbesondere bei Frauen wächst, um im Rahmen der Selbstmedikation entstehende Abhängigkeiten zu vermeiden, da diese lange Zeit nicht sichtbar werden und nur schwer therapierbar sind.

3.2.4. Pathologisches Spielverhalten

Das „pathologische Spielverhalten“ ist für rund 80.000 bis 130.000 beratungs- und behandlungsbedürftige Spielerinnen und Spieler und deren Angehörige eine bedrückende Realität. 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. Allerdings weist die seit Anfang der 80er Jahre ansteigende Zahl von Selbsthilfegruppen sogenannter „Anonymer Spieler“ darauf hin, dass die Gruppe der Betroffenen deutlich größer ist, als die Anzahl derjenigen, die sich in eine Behandlung begeben.

Folgende **Ziele** sollen im Umgang mit pathologischem Spielverhalten erreicht werden:

1. Stärkung des Problembewusstseins

Obwohl die Spiellust in jedem Menschen angelegt und auch die Lust am Risiko eine Grundform der Lebensbewältigung und der Selbstverwirklichung ist, sind immer mehr Menschen - hauptsächlich Männer - 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 insgesamt die negativen Aspekte eines pathologischen Spielverhaltens deutlicher zu machen.

2. Bereitstellung von Mitteln für die Prävention und zur Behandlung

Die Einnahmen von Spielbanken u.ä. Einrichtungen fließen in der Regel in die Landesh Haushalte. Mit den Bundesländern soll verhandelt werden, einen Teil der Einnahmen der Prävention von pathologischem Glücksspiel und dessen Behandlung zur Verfügung zu stellen.

3. Verbesserung der Hilfsangebote für pathologisches Spielverhalten

Nur ein sehr kleiner Teil der Gesamtklientenzahl der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe sind pathologische Glücksspieler. Die guten therapeutischen Erfolge - zwischen 50 und 80 % werden nach einer Behandlung nicht wieder spielsüchtig oder verbessern ihr spielsüchtiges Verhalten - lassen jedenfalls die Hoffnung zu, dass auch in diesem Bereich eine Suchttherapie lohnt. Ziel ist deshalb, die Zahl der Behandelten im Rahmen der Möglichkeiten der Empfehlungsvereinbarung der Rentenversicherungsträger vom März 2001 zu erhöhen.

3.3. Illegale Drogen

Bei den illegalen Drogen spielt Cannabiskonsum die Hauptrolle, über ein Viertel der Jugendlichen hat damit Erfahrungen, wobei es nur noch geringe Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland gibt. 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.

Der Konsum von Opiaten, hier vor allem Heroin, stagniert weiterhin auf einem hohen Niveau. Bei Teilgruppen von jugendlichen Aussiedlern gibt es einen frühen Einstieg in den Heroinkonsum. Der Kokainkonsum steigt leicht, aber stetig. 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.

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

Hauptziel der Drogenpolitik ist es, die durch den Umgang mit illegalen Drogen (Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, Heroin u.a.) hervorgerufenen Gesundheitsgefahren, Krankheiten und Todesfälle so weit wie möglich zu vermeiden. Folgende Oberziele sollen hierzu erreicht werden:

⇒ Die Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums (Nachfragereduzierung)

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 BtMG strafbewehrt verboten. Insbesondere durch das Injizieren von bestimmten Substanzen, aber auch durch ungeschützte sexuelle Aktivitäten unter Drogeneinfluss steigt gleichzeitig auch das Risiko, sich mit bestimmten Infektionserkrankungen zu infizieren. Bis zu 80 % der Drogenhängigen in offenen Szenen sind bereits mit Hepatitis C infiziert. Diese Infektionen verlaufen in der Regel chronisch und führen zu erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen und schlimmstenfalls zum Tode.

⇒ Reduzierung der Verfügbarkeit von illegalen Drogen bzw. Erschwerung des Zugangs (Angebotsreduzierung)

Da der Konsum illegaler Substanzen in erheblichem Maße auch von ihrer Zugänglichkeit abhängt, muss diese 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.

Auf der Nachfrageseite werden - in Ergänzung der oben genannten repressiven Maßnahmen - folgende **Teilziele** angestrebt:

1. Frühere Erreichung von Gefährdeten

Der Einstieg in den Konsum illegaler Drogen findet häufig – außer bei Cannabis - in bestimmten Teilgruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen statt (etwa bei einer Teilgruppe von jugendlichen Aussiedlern oder in der Gruppe verhaltensauffälliger Jugendlicher oder in der Techno-Party-Szene). Deshalb müssen aufsuchende Hilfen z.B. spezifischen Zugang zu diesen Teilgruppen suchen, um die gefährdeten Jugendlichen zu erreichen, einen Einstieg zu verhindern bzw. zu einem frühzeitigen Ausstieg aus der Sucht zu motivieren.

2. Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelter Drogenabhängiger und Verbesserung der sozialen Rehabilitation

Zur Zeit werden ca. 60 % der Opiatabhängigen durch eine Substitutionsbehandlung oder eine drogenfreie Therapie erreicht. Diese Zahl sollte noch gesteigert werden, weil eine nicht-behandelte Opiatabhängigkeit mit erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen verbunden und durch die damit einhergehende Beschaffungskriminalität auch die öffentliche Sicherheit und Ordnung beeinträchtigt ist. Darüber hinaus werden Menschen, die von Kokain oder Cannabis abhängig sind, durch das Drogenhilfesystem bislang kaum erreicht. Die Stabilisierung von Therapieerfolgen hängt zudem davon ab, ob eine soziale und berufliche (Re-)Integration der Betroffenen gelingt.

3. Reduzierung von riskanten Konsummustern

Das Injizieren von Heroin oder Kokain ist ein besonders riskantes und gesundheitsgefährdendes Konsummuster. Bei Cannabis, Ecstasy, Amphetaminen u.a. Substanzen gibt es exzessive Konsummuster. Ziel ist, die bereits Konsumierenden für risikoärmere Muster des Konsums zu gewinnen, mit dem langfristigen Ziel, sie für den Ausstieg aus dem Konsum zu motivieren.

Zur **Reduzierung des Angebotes an illegalen Drogen** werden folgende **Teilziele** angestrebt:

1. Reduzierung des Anbaus von Drogenpflanzen zur Produktion illegaler Drogen

Maßnahmen zur Verhinderung der Einfuhr illegaler Drogen werden letztlich nur erfolgreich sein, wenn gleichzeitig der Anbau erheblich reduziert werden kann. Dies kann wirksam nur erfolgen, wenn insbesondere den Kleinbauern in den Andenstaaten und in Afghanistan und benachbarten Regionen eine Alternative geboten werden kann, die ihre wirtschaftliche Abhängigkeit vom Anbau von Drogenpflanzen verringert.

2. Verbesserung der Kontrolle der legalen Ausgangsstoffe zur Herstellung illegaler Drogen (Grundstoffüberwachung)

Ohne chemische Vorläufersubstanzen (sog. Grundstoffe) können Drogen in der Regel nicht hergestellt werden. Deshalb wurde in Deutschland sowie den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union die Kontrolle und Überwachung des Binnen- und Drittlandhandels mit Grundstoffen ausgebaut und wird ständig nach den neuesten Erkenntnissen der Forschung in Kooperation mit der chemischen Industrie überprüft. Zielsetzung ist es, dadurch die Herstellung illegaler Drogen zu erschweren.

3. Reduzierung der Einfuhr von illegalen Drogen

Schwerpunkt der polizeilichen 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.

4. 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 Maßnahmen, die Strukturen der organisierten Kriminalität zu bekämpfen.

4. Maßnahmen zur Reduzierung von Drogen- und Suchtproblemen

Die Bundesregierung hat seit 1998 in der Drogen- und Suchtpolitik den Reformstau in einigen Bereichen aufgehoben, insbesondere was die Absicherung von Überlebenshilfen anbetrifft. Darüber hinaus wurde das Hilfesystem weiterentwickelt und die frühere einseitige Fixierung auf die illegalen Suchtmittel aufgegeben.

Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung steht heute auf **vier Säulen**:

- 1. Säule: Prävention**
- 2. Säule: Therapie/Beratung**
- 3. Säule: Überlebenshilfen**
- 4. Säule: Repression und Angebotsreduzierung**

Es geht darum, diese Grundlagen in den verschiedenen Feldern der Drogen- und Suchtpolitik mit den Beteiligten in Bund und Ländern, mit den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern und mit den Verbänden der Suchtkrankenhilfe sowie gesellschaftlichen Kräften wie Kirchen, Arbeitgebern und Gewerkschaften abzustimmen, um zu einer *kohärenten* und *gemeinsam* getragenen Drogen- und Suchtpolitik zu gelangen.

4.1. Prävention

Die heutige Suchtprävention hat zum Ziel, Gesundheit möglichst maximal zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch zu verhindern. Wirksam und nachhaltig kann Suchtprävention nur sein, wenn sie einer konzeptionellen Gesamtstrategie folgt und verschiedene komplementäre Maßnahmen von Bund, Ländern und Kommunen 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 stärker in den Mittelpunkt stellen. Abschreckung und der erhobene Zeigefinger sind keine geeigneten Maßnahmen in der Prävention. Suchtprävention muss deshalb – wie auch die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - darauf ausgerichtet sein, Kinder stark zu machen. Denn selbstbewusste und lebensstüchtige 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 und 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.

Präventionsmaßnahmen müssen gleichzeitig 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. Hierauf müssen Präventionsmaßnahmen abgestimmt werden, um einen höheren Wirkungsgrad zu erzielen.

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.

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

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

Folgende Faktoren stehen für eine erfolgreiche Präventionsarbeit:

1. Konzeptionelle Gesamtstrategie, die in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung eingebettet ist
2. Lebenskompetenzen erweitern
3. Positive Botschaften vermitteln. Statt "Du darfst nicht" – "Du darfst"-Botschaften
4. Zielgruppengerechte Ansprache
5. Einbeziehung der "Peers"
6. Langfristigkeit der Maßnahmen

Folgende Präventionsmaßnahmen sollen (weiter-) entwickelt, ausgebaut und umgesetzt werden:

1. Ausbau struktureller Maßnahmen

Strukturelle Maßnahmen betreffen sowohl die Verbesserung des Lebens- und Wohnumfeldes von Menschen, wie auch die Verstärkung der Kooperation auf Bundes- Landes- und Gemeindeebene und die Nutzung von Synergieeffekten und Einsparpotenzialen durch intensivere Zusammenarbeit sowie den Aufbau von Fachstellen zur Suchtprävention. Sie umfassen aber auch Beschränkungen der Werbung für legale Suchtmittel, die Preisgestaltung für legale Substanzen und die Verschärfung der Selbstverpflichtungen der Tabak- und Alkoholindustrie.

2. Ausbau gesetzlicher Maßnahmen

Die Novellierung des Jugendschutzgesetzes, zur Begrenzung des schädlichen Einflusses von Suchtmitteln oder Medien auf Kinder und Jugendliche, ist ein wichtiges Mittel des Staates und der Gesellschaft, um die Entwicklung von Suchterkrankungen zu reduzieren. Die Abgabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren soll verboten werden. Zigarettenautomaten müssen so gesichert werden, dass dieser Altersgruppe der Zugang zu den Automaten nicht möglich ist. Für den Umbau ist eine Übergangsregelung vorgesehen. Werbefilme für alkoholische Getränke und Tabakwaren in Kinos sollen nur noch beschränkt freigegeben werden. Darüber hinaus ist auch anzustreben, den Gedanken der Prävention als vorrangige, gesundheitspolitische Maßnahme stärker in den Leistungsgesetzen der gesetzlichen Krankenversicherungen zu verankern.

3. Errichtung eines aus mehreren Quellen gespeisten "Finanzierungspools" (Krankenkassen, Bund, Länder, Kommunen, etc.) für suchtpreventive Maßnahmen

Die staatlichen Finanzmittel zur Förderung präventiver Maßnahmen reichen nicht aus. Deshalb ist ein Konzept für einen bundesweiten „Finanzierungspool“ zu entwickeln, um präventive Aktivitäten zu fördern und finanzielle Mittel zu bündeln. Die vertragliche Vereinbarung des Bundesgesundheitsministeriums mit der Zigarettenindustrie über die Zahlung von 11,8 Mio. Euro für jugendspezifische Präventionsmaßnahmen ist ein Schritt in diese Richtung. Gleichzeitig übernimmt die Industrie erstmalig die Verantwortung für ihr Produkt.

4. Dokumentierung und Evaluierung der Präventionsaktivitäten

Bei konkreten Interventionen sollten regelmäßige systematische Evaluation und Qualitätssicherung zum unabwiesbaren Standard werden. Sie sind entsprechend deutlich stärker zu verankern als bisher.

5. Förderung vernetzter kommunaler Strategien

Bürgernahe und kommunale Strategien der Prävention orientieren sich an regionalen Gegebenheiten und beziehen die kommunalen Akteure unmittelbar in die Verantwortung für gesundheitsfördernde Strukturen und Maßnahmen ein. Sie können nachhaltige Methoden zur Reduzierung von

Gesundheitsschäden, auch zur Vermeidung von Suchterkrankungen entwickeln. Deshalb sind derartige Netzwerke vorrangig zu unterstützen.

6. Entwicklung eines Maßnahmenkataloges von "Models of Best Practice"

Der Ideenaustausch zwischen kommunalen Angeboten zur Suchtprävention soll nicht zur plakativen Übertragung von Modellen führen, sondern dazu, die positiven Erfahrungen eines gelungenen Beispiels den eigenen örtlichen Gegebenheiten anzupassen und davon zu profitieren. Die generalisierbaren Muster solcher positiven Erfahrungen sollen in einem für alle nutzbaren Maßnahmenkatalog zusammengetragen werden. Der in 2002 durchgeführte kommunale Wettbewerb zu Strategien der kommunalen Suchtprävention dient als Ausgangspunkt für längerfristige Strategien.

7. Förderung edukativer Programme zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung mit Kindergartenkindern sowie Einbindung der Suchtprävention in die schulische Gesundheitserziehung und -förderung

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 vermitteln, wie sie etwa dem Projekt „Klasse2000“ zugrunde liegen, sollen stärker genutzt werden.

8. Implementierung der Suchtprävention als integraler Bestandteil des schulischen Curriculums

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 des Curriculums verschiedener Querschnittsfächer verankert wird. Darüber hinaus muss auch ein positives Schulklima gefördert und die Vorbildfunktion des Lehrerkollegiums hinzukommen, damit positive Ressourcen bei Schülerinnen und Schülern gestärkt werden können. Weiterhin sollen mehr Schulen dafür gewonnen werden, sich dem "Netzwerk gesunde Schule" der WHO anzuschließen.

9. Förderung der Verschränkung von Suchtprävention und Jugendhilfe

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

10. Intensivierung der Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit, vor allem in sozialen Brennpunkten

Es ist von einer größeren Anfälligkeit für eine Suchtentwicklung auszugehen, wenn Kinder- und Jugendliche in sozialen Brennpunkten aufwachsen. Deshalb sind hier Maßnahmen zur Suchtprävention vorrangig zu verankern.

11. Implementierung suchtpreventiver Arbeit in öffentlichen Gesundheitsdiensten, Arztpraxen und Kliniken

Suchterkrankungen werden häufig nicht in der Sozialarbeit auffällig, sondern in den Gesundheitsdiensten, in Arztpraxen oder im Krankenhaus. Die hier tätigen Medizinerinnen und Mediziner, vor allem die Kinder- und Jugendärzte, müssen qualifiziert werden, damit sie die Entwicklung zu schädlichen Konsummustern psychoaktiver Substanzen frühzeitig erkennen und behandeln können. Die Frühdiagnose von Suchterkrankungen muss in die Curricula der medizinischen Aus- und Weiterbildung eingearbeitet werden.

12. Durchführung von Schulungen für Personalverantwortliche, Pädagogen oder Therapeuten zum Thema Suchtvorbeugung

Es müssen regelmäßige Fortbildungsangebote für diesen Personenkreis angeboten werden. Inhalte sind sowohl das (frühzeitige) Erkennen einer Suchterkrankung, als auch das Intervenieren aufgrund einer diagnostizierten Suchterkrankung.

13. Einbindung der Medien (TV, Radio, Plakataktionen) in Aufklärungs- und Informationskampagnen

Auch wenn die Präventionswissenschaft die begrenzte Wirksamkeit von allein massenmedialen Kampagnen zur Prävention kennt, müssen die Massenmedien in eine Gesamtstrategie eines „Aktionsplans Drogen und Sucht“ mit einbezogen werden, damit die Zielsetzungen in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden können und ein positives Klima für suchtpreventive Botschaften hergestellt werden kann.

4.2. Beratung und Therapie

Die Maßnahmen im Bereich der Beratung und Therapie sollen vor allem darauf abzielen, gefährdete oder bereits abhängige Menschen frühzeitiger für Hilfen zu erreichen, ihr Überleben zu sichern und sie für eine Behandlung zu motivieren.

Bei rund jedem fünften Patienten im Krankenhaus und bei jedem zehnten Patienten, der einen niedergelassenen Arzt aufsucht, liegt eine Suchterkrankung vor. Etwa 70% der Menschen mit einer Alkoholproblematik haben mindestens einmal im Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt. Frühzeitiges Erkennen einer Suchterkrankung in der hausärztlichen Praxis ist deshalb ein wichtiger Schritt um eine chronische Alkoholabhängigkeit mit all ihren gesundheitlichen und sozialen Folgen zu verhindern.

Mittlerweile wird jeder zweite Heroinabhängige durch die Drogenhilfe erreicht - entweder durch eine substitions-gestützte Behandlung oder eine drogenfreie Therapie. Angestrebt wird, diese Quote weiter zu erhöhen.

In zunehmendem Maße werden auch Migrantinnen und Migranten von Suchtproblemen betroffen. Auffällig sind zwei Tendenzen: Der Anteil von Rauchern unter Migranten türkischer Herkunft ist überproportional hoch und das Bewusstsein über die damit verbundenen gesundheitlichen Gefährdungen niedrig. Deshalb sollte dieser Problematik eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Weiterhin ist eine Gruppe von jugendlichen Aussiedlern auffällig, die Heroin konsumieren, oft in einer riskanten Mischung mit Alkohol.

Folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Beratung und Therapie sind notwendig:

1. Einrichtung eines bundesweiten Drogen- und Suchttelefons (einheitliche Nummer)

Zusätzlich zu der bereits bestehenden Telefonberatung der BZgA ist es darüber hinaus notwendig, eine für den Anrufer kostengünstige, bundeseinheitliche Notrufnummer – analog der Telefonseelsorge - einzurichten, damit Menschen mit Suchtproblemen oder deren Angehörige schneller professionelle Hilfe erhalten können.

2. Verbesserung der Zusammenarbeit der Drogen- und Jugendhilfe zur früheren Intervention bei Gefährdeten

Die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Schnittstelle von Jugend- und Drogenhilfe kann entscheidend zur Verbesserung von frühzeitigen Behandlungserfolgen beitragen und eine Chronifizierung der Suchterkrankung verhindern. Dies soll unterstützt werden durch:

- die Initiierung von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen/Expertentagungen für beide Arbeitsbereiche,
- die Entwicklung eines Manuals zur Zusammenarbeit von Jugend- und Drogenhilfe,
- Kooperationsvereinbarungen auf kommunaler Ebene, die festlegen, dass bei Drogenmissbrauch von jungen Menschen die Drogenhilfe und die Jugendhilfe sich grundsätzlich gegenseitig einschalten,

- die weitere Förderung des begonnenen Austausches von bereits bestehenden Kooperationsmaßnahmen in den beiden Bereichen, wie dies bereits mit der Homepage www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de geschieht,
- den Ausbau der Vernetzung auf die Jugendgerichtshilfe und Migrationsberatungsstellen.

3. Ausbau der ambulanten, abstinentenorientierten Behandlung

Die durch das SGB IX eröffnete Möglichkeit, ambulante und teilstationäre Behandlungen stärker zu nutzen, ist in der Verwaltungspraxis der Rehabilitationsträger umzusetzen. Das betrifft z.B. den Einsatz von Opiatantagonisten zur Rückfallprophylaxe, aber auch die Erprobung neuartiger, aussichtsreicher Therapieformen.

4. 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 einer Vermeidung der Entstehung bzw. Verkomplizierung von Abhängigkeitssymptomen. Ein besonderes Problem stellt das Zusammentreffen von schizophrenen Psychosen und Drogenmissbrauch dar.

Deshalb sollen Kompetenznetzwerke von psychiatrischen und Suchtkliniken, niedergelassenen Psychiatern, Ärzten mit suchtherapeutischer Qualifikation und Drogenhilfeeinrichtungen geschaffen werden.

5. Ausbau der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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.

6. Stärkere Berücksichtigung von Gewalterfahrung im Zusammenhang mit Suchterkrankungen

Die Erfahrungen von Gewalt oder sexualisierter 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, der Einstellung von weiblichen therapeutischen Fachkräften, oder der Einrichtung von geschützten Räumen für Frauen in Kliniken.

7. Förderung der interkulturellen Kompetenz und Berücksichtigung von migrationsbedingten Hintergründen bei Suchterkrankungen

Die interkulturellen Kompetenzen 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.

8. Förderung und Qualifizierung der Selbsthilfe

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

- bessere Finanzierung von Selbsthilfegruppen und –organisationen,
- die Einbindung von Selbsthilfe in Planungen zu Suchthilfemaßnahmen auf kommunaler Ebene,
- die Qualifizierung von Selbsthilfe im Sinne einer Selbstevaluation,
- kostenlose Überlassung von Räumlichkeiten für Meetings.

9. Flächendeckende Einführung der Verfügbarkeit von evidenzbasierten Raucherentwöhnungsprogrammen und Interventionshilfen

Umfassende Rauchentwöhnungsprogramme sollen weiterhin öffentlichkeitswirksam dargestellt und weit verbreitet werden. Die Erfahrungen mit den Programmen sind systematisch auszuwerten, um deren Effektivität zu erhöhen.

10. Aufnahme der Raucherbehandlung in den Leistungskatalog der GKV

Eine rechtzeitige Entwöhnungsbehandlung von Raucherinnen und Rauchern kann zu einer deutlichen Reduzierung von tabakbedingten Erkrankungen führen und damit auch zu einer erheblichen Kostenersparnis für die Krankenkassen. Zu prüfen ist, ob und unter welchen Bedingungen diesbezüglich der Leistungskatalog der GKV beitragsneutral angepasst werden kann.

11. Ausbau der Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum

Gerade die frühzeitige Erkennung alkoholbedingter Probleme kann langfristige Schädigungen vermeiden helfen. Dies soll unterstützt werden durch:

- Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen zur Früherkennung von alkoholbezogenen Problemen,
- Beratungsverpflichtung für Kliniken bei stationärem Aufenthalt von Patienten,
- Durchführung von Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte zur Früherkennung und zur Gesprächsführung,
- Verbesserung der ärztlichen Beratungen von Schwangeren,
- finanzielle Anreizsysteme für Leistungsanbieter.

12. Ausbau der frühzeitigen Intervention bei Arzneimittelmissbrauch

Die bislang unterschätzten Risiken einer Arzneimittelabhängigkeit können reduziert werden durch:

- verstärkte Aufklärung über Alternativen zum Arzneimittelgebrauch und über die Risiken und Gefahren des Missbrauchs,
- die systematische Erfassung und Bewertung des problematischen Arzneimittelgebrauches (Aufbau eines Monitoringsystems),
- gezielt präventive Maßnahmen gegenüber speziellen Zielgruppen,
- zweckmäßige Regelungen zur Verschreibung von Arzneimitteln
- Verbesserung der pharmakologischen Qualifikation der Ärzte

13. Ausbau und Verbesserung der substitutionsgestützten Behandlung

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

- die psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zu verbessern und im erforderlichen Umfang anzubieten,
- auf Landesebene Kompetenznetzwerke zur substitutionsgestützten Behandlung aufzubauen sowie
- die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien) entsprechend den neueren Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft zu novellieren und dabei insbesondere auch durch eine Überprüfung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens besser als bisher eine sach- und zeitgerechte Substitution zu gewährleisten.

Weiterhin sollen substitutionsgestützte ambulante und stationäre Hilfen ausgebaut werden, die die Zielsetzung der Abstinenz haben (gem. „Vereinbarung Abhängigkeitskranker“ der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen vom 1. Juli 2001).

14. Überprüfung der Implementierung des Modellprogramms der heroingestützten Behandlung

Die im Jahr 2004 zu erwartenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger werden ausgewertet. Die Ergebnisse sollen in die Suchtkrankenbehandlung der Gruppe der schwer heroinabhängigen Menschen implementiert werden.

15. Verbesserung der sozialen Rehabilitation nach Gefängnis oder Therapie

Gerade der Übergang von einer Therapie oder auch einem Haftaufenthalt ist eine schwierige Phase in der Rehabilitation von Drogenabhängigen. Er soll gestützt werden durch:

- die Flexibilisierung des Angebotes von Arbeitsmöglichkeiten,
- den nahtlosen Übergang in Betreuung nach der Entlassung aus dem Gefängnis,
- die generelle Vermittlung in Nachsorge und Beratung nach abgeschlossener stationärer Therapie.

16. Ausbau von Therapiemotivation und Beratung im Strafvollzug

Auch wegen Drogendelikten Inhaftierte sollen eine Chance auf Rehabilitation bekommen, wenn sie selbst suchtkrank sind. Hierfür soll die Beratung im Strafvollzug ausgebaut und gleichzeitig die aufsuchende Arbeit im Strafvollzug verstärkt werden, insbesondere auch für Straftäter mit Alkoholproblemen. Weiterhin wird die enge und zeitnahe Einschaltung der Suchthilfe durch die Bewährungshilfe angestrebt.

4.3. Überlebenshilfen

Überlebenshilfen sollen vor allem zur Senkung der Mortalität von chronisch-mehrfach abhängigen Drogen- und Alkoholkonsumenten führen.

In den Städten, in denen neben niedrighwelligen Kontaktläden auch Drogenkonsumräume angeboten werden, ist die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumenten gegenüber dem Bundestrend entweder weiter zurückgegangen oder hat sich stabilisiert.

1. Förderung von niedrighwelligen Hilfsprogrammen zur Erreichung chronisch Alkoholkranker und Reduzierung der alkoholbedingten Todesfälle

Niedrighwellige Hilfsprogramme zur Erreichung von chronisch-mehrfachbeeinträchtigten Alkoholkranken sollen in Kooperation mit den Angeboten der Wohnungslosenhilfe ausgebaut 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.

2. Vergrößerung der Anzahl von Drogenkonsumräumen auf der Basis der Evaluationsergebnisse

Die Bundesregierung hat die Drogenkonsumräume auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Mittlerweile gibt es zahlreiche Konsumräume, die dazu beitragen, dass das Überleben der Schwerstabhängigen und der erleichterte Zugang zur Behandlung gesichert werden. Die bisherigen Erfahrungen mit den

bestehenden Drogenkonsumräume zeigen, dass sie ihre Zielgruppe erreichen und auch für sehr schwer erreichbare, langjährig Heroinabhängige weiterführende Hilfen angeboten werden können. Deshalb sollen weitere Angebote eingerichtet werden, wo dies auf kommunaler Ebene als notwendig erachtet wird.

3. Verbesserung der Notfallhilfe

Noch immer könnten wesentlich mehr Todesfälle durch rechtzeitige notfallmedizinische Hilfen verhindert werden. Dies soll gefördert werden durch:

- Schulung des Notfallpersonals mit dem Ziel, den Notfall in die stationäre Behandlung aufzunehmen.
- Schulung von Betroffenen zur gegenseitigen Notfallhilfe.

4. Förderung von Maßnahmen im Strafvollzug zur Infektionsminimierung

Die Bundesregierung wird gemeinsam mit den Landesjustizverwaltungen darauf hinwirken, dass die Justizvollzugsanstalten die Maßnahmen zur gesundheitlichen Schadensminderung bei besonderen Gefangenengruppen intensivieren. Hierzu gehören z. B. Aufklärung, Impfprogramme und die Ausweitung der Substitution Opiatabhängiger. Die Bundesregierung wird die zum Teil modellhafte Ausgabe steriler Spritzen im Vollzug aufmerksam beobachten und die Ergebnisse sorgfältig prüfen.

4.4. Repression und Angebotsreduzierung

Repressive Maßnahmen, insbesondere das Strafrecht, bilden die 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, angewendet in den Anbauländern von Drogenpflanzen zur Herstellung illegaler Drogen.

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 6 (internationale Zusammenarbeit) näher dargestellt werden.

4.4.1. 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 zu prüfen. Polizeiliche und justizielle Erfahrungen im Zusammenhang mit den zur Verfügung stehenden Ermittlungsinstrumentarien müssen evaluiert werden – insoweit wird bei der konkreten Ausgestaltung der Eckpunkte vor allem auf das Erfahrungswissen der Länder zurückzugreifen sein.

1. Evaluation der Auswirkungen der Regelungen des § 35 f. BtMG

Die Bestimmungen der seit 1982 geltenden §§ 35 f. 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 – auch in der Praxis - 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 f. BtMG in der Praxis weiter verbessert werden kann.

2. 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 dieser BVerfG-Entscheidung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahre 1997 erstellte rechtstatsächliche Untersuchung der kriminologischen Zentralstelle (KrimZ) hatte ergeben, dass im Bereich der sog. weichen Drogen (Cannabis) von einer "im Wesentlichen einheitlichen" Anwendungspraxis gesprochen werden kann. Diese Ergebnisse sind aufgrund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs erneut zu überprüfen. Dabei soll gleichzeitig der Frage nachgegangen werden, welche spezialpräventiven Auswirkungen die Anwendung des § 31a BtMG auf die Betroffenen hat.

3. Abschöpfung der Erträge aus Straftaten und deren Verwendung

Wie unter 2.1.2. näher ausgeführt, wurden in den letzten Jahren die gesetzlichen Maßnahmen erweitert, um den Zugriff durch das durch Straftaten erlangte Vermögen zu verbessern. Dies und eine intensivere Anwendung des zur Verfügung stehenden Instrumentariums durch die Praxis haben zu einer deutlichen Steigerung der abgeschöpften Erträge geführt. Vor diesem Hintergrund hat die Frage an Bedeutung gewonnen, zu welchen Zwecken diese Erträge verwendet werden können. So hat sich die Konferenz der Justizministerinnen und -minister im Juni 2001 bereits – dort bezogen auf die Erträge aus Menschenhandel – für eine konsequente Nutzung der Instrumente der Vermögensabschöpfung sowie für eine angemessene und verlässliche Finanzierung für die gerade bei Opfern von Menschenhandel erforderliche Betreuung durch die fachlich zuständigen Ressorts ausgesprochen. Daran angelehnt soll mit den Bundesländern, in deren Haushalte diese Erträge in aller Regel fließen, erörtert werden, inwieweit Erträge aus Drogenstraftaten für Maßnahmen der Drogenprävention, -therapie und -bekämpfung eingesetzt werden können. Die Bundesregierung ist sich dabei bewusst, dass die Entscheidung über die Mittelverwendung der Finanzhoheit der Länder unterliegt (Art. 109 GG)

4. Prüfung der Auswirkungen der Veränderung der Fahrerlaubnisverordnung

Durch ein Forschungsprojekt der Bundesanstalt für Straßenwesen werden die Auswirkungen der zum 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Regelung der Fahrerlaubnis-Verordnung 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.

5. Prüfung der Auswirkungen des zukünftigen EU-Rahmenbeschlusses zum Drogenhandel

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 der Arbeiten bis Sommer/Herbst dieses Jahres wird angestrebt. Im Anschluss daran wird zu prüfen sein, ob die diesbezüglichen Regelungen Änderungen im nationalen Recht erforderlich machen. Nach dem derzeitigen Verhandlungsstand dürfte dies eher nicht der Fall sein.

4.4.2. Effizientere Bekämpfung der organisierten Kriminalität durch:

1. Bündelung der Ressourcen der Strafverfolgungsbehörden

2. Intensivierung der Ermittlungsinstrumente (z.B. ähnlich der bereits erfolgten Verstärkung der Finanzermittlungen zur Gewinnabschöpfung)

3. 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. 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 Ausläufer in Deutschland eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Mit diesem Maßnahmenpaket sollen kriminelle Strukturen erkannt und weitergehende Ermittlungen ermöglicht werden, um diese nachhaltig zu beeinträchtigen.

4. Bekämpfung des Zigarettschmuggels

5. Reduzierung der Einfuhr von illegalen Drogen

In diesem Bereich verfügen sowohl Polizei als auch Zoll über Zuständigkeiten und müssen entsprechende Maßnahmen ergreifen. Hierzu zählen sowohl internationale (s.u. Abschnitt 6.) 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

6. Weitere Intensivierung der Grenzkontrollen

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 die Polizeien der Länder.

4.4.3. Bekämpfung des Straßen- und Kleinhandels und Erschwerung des Zugangs zu Drogen

Für die Strafverfolgungsbehörden steht an erster Stelle die nachhaltige Reduzierung des Drogenangebotes. 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 fällt 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.

5. Forschung

Die Suchtforschung schafft eine wissenschaftliche Basis für Verbesserungen in Prävention und Behandlung. Wichtig für die Anwendungsorientierung ist eine versorgungsnahe Suchtforschung, die sich mit Risikofaktoren zur 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 Gesundheitsforschungsprogrammes 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.

Ein weiteres Ziel ist die dauerhafte Etablierung der Suchtforschung an den Hochschulen, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Forschung zu erreichen.

Weiterhin 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:

1. Aufbau eines Monitoringsystems zur Früherkennung riskanter Substanz- und Konsummuster

2. Förderung von Forschungsvorhaben, die auf die Verbesserung von Prävention und Behandlung zielen

3. Förderung von Forschungsvorhaben zu Suchtursachen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie zu Safer-Use-Konzepten

4. Förderung von Forschungsvorhaben zu den Einflüssen von Drogen- und Arzneimittelkonsum auf das Fahrvermögen

6. Internationale Zusammenarbeit

Die Präventions- und Repressionsstrategien in Deutschland orientieren sich an den VN-Suchtstoffkonventionen und der Erklärung zur Nachfragereduzierung und den neuen Leitlinien zur Nachfragereduzierung der VN-Suchtstoffkommission.

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

1. Zu einer international noch besser abgestimmten Strategie zur Kontrolle des internationalen Handels mit Suchtstoffen beizutragen.

2. Die internationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung der grenzüberschreitenden und organisierten Drogenkriminalität weiter zu intensivieren.

3. Partnerländer bei der Entwicklung von Drogenhilfesystemen zu unterstützen (Prävention und Behandlung) und bei der Etablierung von Kontrollmechanismen (Repression) zur nachhaltigen Reduzierung des illegalen Drogenhandels mitzuwirken (z.B. Vorverladungsstrategie, polizeiliche Ausbildungs- und Ausstattungshilfe).
4. 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 betroffenen Menschen zu verbessern, um damit einen Beitrag zur Krisenprävention und zur Friedenssicherung zu leisten.
5. 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
6. Zusammenarbeitsvereinbarungen mit denjenigen Ländern abzuschließen, mit denen keine vertraglichen Unterstützungsabkommen im Drogenbereich bestehen.

Spezifische Maßnahmen hierbei sind u.a.:

1. 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 auf die Schadensminimierung hinwirken. Im Rahmen der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit mit VN-Organisationen, wie z.B. UNDCP und FAO werden Programme und Projekte der alternativen Entwicklung und der Prävention sowie Maßnahmen in den Bereichen "Good Governance" und "Law Enforcement" unterstützt.

2. Die weitere Umsetzung des Europäischen Drogenaktionsplans 2000-2004

Bei der Umsetzung des europäischen Drogen-Aktionsplans 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.

3. Weiterentwicklung des Erfahrungsaustausches durch die Europäische Drogenbeobachtungsstelle

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht soll stärker als bisher den Erfahrungsaustausch über innovative Projekte im Bereich Prävention, Behandlung, Überlebenshilfe und Repression sowie über die Entwicklung von Qualitätsstandards fördern.

(4) Bilaterale Entwicklungszusammenarbeit

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

(5) EU-Rahmenbeschluss zum Drogenhandel

Auf EU-Ebene wird derzeit ein Vorschlag der Kommission für einen Rahmenbeschluss des Rates zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Handels mit Drogen erörtert (siehe bereits 4.4.1). Die Bundesregierung

setzt sich dabei für eine ausgewogene Angleichung der Rechtsordnungen der EU ein, die auf den Vorgaben der internationalen Suchtstoffübereinkommen aufbaut, ohne den Gedanken der Subsidiarität zu vernachlässigen.

(6) Internationale polizeiliche 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 Zusammenarbeit eine Haupt- und Zukunftsaufgabe insbesondere des BKA und weiterer Institutionen der Strafverfolgung. Sie findet multilateral und bilateral statt. Für die multilaterale Zusammenarbeit sind Interpol, Europol und die Schengener Kooperation etablierte bzw. sich erfolgversprechend entwickelnde Kooperationsrahmen. Sie ergänzen einander hinsichtlich der Aufgabenstellung und -erfüllung und stellen komplementäre Systeme mit jeweils spezifischer Ausprägung und Zielrichtung dar. Daneben kooperiert das BKA mit den Vereinten Nationen (z.B. UNDCP) und vertritt in seiner Zentralstellenfunktion die Interessen der bundesdeutschen Polizei in einer Reihe von internationalen Gremien.

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."

(7) Kontrolle des Internethandels mit Drogen, Suchtmitteln sowie des Zubehörs zur Herstellung von Drogen

Durch das Internet sind neue Kommunikations- und Handelswege für den Verkauf von Betäubungsmitteln, halluzinogenen Stoffen (psilocibinhaltige Pilze u.ä.) und legalen Suchtmitteln entstanden. Außerdem werden durch das Internet auch Anleitungen zum Herstellen und dem Gebrauch von illegalen Drogen verbreitet und Zubehör zum Anbau vertrieben. Dies beschreibt auch der internationale Drogenkontrollrat (INCB) in seinem Report 2002.

(8) Internationale Maßnahmen zur Reduzierung der Einfuhr von illegalen Drogen

Zu diesen Maßnahmen im Polizei- und im Zollbereich zählen etwa:

- der weitere Ausbau der Verbindungsbeamtenetze des Bundeskriminalamtes und des Zolls,
- der verstärkten Ausbau an 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 und OLAF, sowohl innerhalb der EU als auch im Verhältnis zu Drittstaaten, einschließlich einvernehmlicher Nutzung technischer und organisatorischer Mittel im Wege der Amtshilfe.

7. Ausblick

Dieses Eckpunktepapier ist der Ausgangspunkt der Bundesregierung für die Erstellung eines **Aktionsplans Drogen und Sucht**.

Der Aktionsplan selbst soll mit den Ländern, den kommunalen Spitzenverbänden, den Sozialversicherungsträgern, den zuständigen Bundesbehörden und den Verbänden der Suchtkrankenhilfe abgestimmt werden.

Dabei sind für die Erreichung der angestrebten Ziele und zur Durchführung der genannten Maßnahmen konkrete

- ⇒ Zeitperspektiven,
- ⇒ Umsetzungsschritte sowie
- ⇒ Evaluationselemente

zu erarbeiten.

Zur Begleitung der Umsetzung des abgestimmten Aktionsplans soll ein **"nationaler Drogen- und Suchtrat"** aus Vertretern der oben genannten Beteiligten und unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gegründet werden.

Aufgabe des **"nationalen Drogen- und Suchrates"** soll die Überprüfung der Zielsetzungen des Aktionsplans sowie der jeweiligen Umsetzungsschritte sein.

Ziel ist es, den Aktionsplan zu einem zentralen Instrument zur Reduzierung der drogen- und suchtbedingten Probleme in unserer Gesellschaft werden zu lassen.

Der Aktionsplan soll auch Grundlage der weiteren Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie den internationalen Gremien zur weltweiten Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme werden.

Anlage:

Zielsetzungen des Drogenaktionsplanes der EU 2000-2004:

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 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.