Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
Staats-archiv Bremen
BREMISCHE BÜRGERSCHAFT

Kooperationsprojekt - Digitalisierung Drucksachen der Bremischen Bürgerschaft

Drucksache / Bremische Bürgerschaft, Landtag 11. Wahlperiode, 1983-84

21.03.1986 - Drucksache 11/713

Staats-und Universitätsbibliothek Bremen - Digitale Sammlungen

Visual Library

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Landtag
11. Wahlperiode

Drucksache 11 / 713

Kleine Anfrage der Fraktion der SPD vom 21. März 1986

Stand der Prävention, Behandlung und Betreuung von Suchtkranken im Lande Bremen

Die SPD-Fraktion sieht mit großer Sorge die sich mehrenden Anzeichen der Verelendung und Ausgrenzung ganzer Gruppen unserer Bevölkerung. Sie will sich deshalb möglichst genau über die Lebensbedingungen schon traditionell benachteiligter und gefährdeter Gruppen informieren.

Beunruhigend erscheint der SPD-Fraktion die Entwicklung bei den Suchterkrankungen. An der Nahtstelle knapper werdender Mittel für gesundheitliche und soziale Leistungen erscheint uns diese Gruppe besonders gefährdet.

Wir fragen den Senat:

1. Wie viele Abhängige von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen leben in Bremen?
2. Wie hoch ist der Anteil der Jugendlichen und Heranwachsenden?
3. Wie haben sich Altersstruktur und Geschlechterverteilung in den letzten 20 Jahren verändert?
4. Wie ist die Verteilung auf die Geschlechter?
5. Gibt es Erkenntnisse über den Suchtmittelgebrauch bei Kindern und Jugendlichen?
6. Wie hoch ist nach Ansicht des Senats die Zunahme von Suchtkrankheiten, und was könnten dafür Gründe sein?
7. Welchen Zusammenhang sieht der Senat zwischen der Arbeitslosigkeit und der Entwicklung von Suchtkrankheiten?
8. Hat der Senat Erkenntnisse über die Entwicklung neuer Krankheitsbilder bei Abhängigkeitserkrankungen wie zum Beispiel Magersucht, Eßsucht, Spielsucht oder Schnüffelsucht?
9. Liegen dem Senat Daten vor zu folgenden Fragestellungen:

9.1 Wie viele Personen werden mit welchem Aufwand zu Lasten der Krankenversicherung ambulant behandelt bei Suchtkrankheiten und ihren Folgen?

9.2 Wie viele Personen werden mit welchem Aufwand zu Lasten der Krankenversicherung stationär behandelt bei Suchterkrankungen und ihren Folgen?

9.3 Wie viele Personen werden mit welchem Aufwand zu Lasten der Sozialhilfeträger ambulant wegen Suchterkrankungen und ihren Folgen behandelt?

9.4 Wie viele Personen werden mit welchem Aufwand zu Lasten der Sozialhilfeträger stationär wegen Suchterkrankungen und ihren Folgen behandelt?

9.5 Wie viele Personen werden mit welchem Aufwand ambulant, teilstationär und stationär zu Lasten der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und der Sozialhilfeträger rehabilitiert — aufgegliedert nach Beratung, Entgiftung, Entwöhnung, beruflicher Wiedereingliederung und Förderung?

9.6 Wie viele Personen werden mit welchem Aufwand zu Lasten der Sozialhilfeträger als chronisch Suchtkranke dauerhaft untergebracht?

9.7 Wie viele chronisch Suchtkranke sind in psychiatrischen Krankenhäusern, in Heimen, in Übergangseinrichtungen oder betreuten Wohnformen mit welchem Aufwand zu Lasten der Krankenversicherungen bzw. zu Lasten des Sozialhilfeträgers untergebracht?

9.8 Gibt es Anhaltswerte über das Ausmaß der Fehlplazierung von chronisch Suchtkranken in für ihre Unterbringung nicht geeigneten Einrichtungen wie Altenheimen o. ä.?

9.9 Wie viele Suchtkranke sind mit welchem Aufwand im Maßregelvollzug untergebracht?

10. Liegen Erkenntnisse vor, die das Ausmaß und die Wirksamkeit der Anwendung des § 35 Betäubungsmittelgesetz beschreiben?

11. Wie hoch ist der Anteil von Suchtkranken ohne die Betäubungsmittelabhängigen in den Haftanstalten?

12. Gibt es Vorstellungen, alkoholkranken und medikamentenabhängigen Straftätern statt Strafverbüßung eine Therapie zu ermöglichen, wie dies für Drogenabhängige durch Einführung der §§ 35 bis 37 Betäubungsmittelgesetz bezweckt wurde?

13. Gibt es Datenmaterial, das verläßliche Schätzungen über das gemeinsame Auftreten von Sucht mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern erlaubt? Wie sehen die Behandlungsmöglichkeiten für diese Patientengruppe aus?

14. Durch welche präventiven Maßnahmen könnte der Anstieg von Suchtkrankheiten beeinflußt werden; welche Forschungen und Aufwendungen sind dazu betrieben worden?

15. Hält der Senat die derzeitige Praxis, vor allem der Rentenversicherungsträger, überwiegend ortsferne stationäre Behandlungen durchzuführen und dabei die Interessen der Betroffenen den Verwaltungsinteressen unterzuordnen, dem heutigen fachlichen Erkenntnisstand über die Therapie Abhängigkeitskranker für angemessen?

    Welche Erfahrungen hat das Land Bremen mit seinem regionalisierten Versorgungssystem für Suchtkranke, welches an den Planungsdaten der Psychiatrie-Enquete orientiert ist?

16. Wieviel gewerbliche Träger werden für die Versorgung Bremer Patienten in Anspruch genommen? Wie beurteilt der Senat unter dem Gesichtspunkt langfristiger Bedarfsentwicklung die Praxis der Rentenversicherungsträger, gewerblichen Betrieben langfristige Belegungsgarantien zu geben?

17. Welche Bedeutung mißt der Senat den Selbsthilfegruppen zu?

18. Wie ist der Stand der Selbsthilfe? Welche Selbsthilfemaßnahmen sind mit welchen Mitteln unterstützt worden?

19. Wie ist der Umfang der betrieblichen Suchtkrankenhilfe in Bremen? Wie hat sich die betriebliche Suchtkrankenhilfe entwickelt? Sieht der Senat Möglichkeiten, gezielt sowohl bei den eigenen Bediensteten wie im gewerblichen Bereich die betriebliche Suchtkrankenhilfe zu fördern?

20. Wie ist der Vorrang von ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen der Suchtarbeit verwirklicht worden?

    Welcher Anteil entfällt auf ambulante, welcher Anteil entfällt auf teilstationäre und welcher Anteil entfällt auf stationäre Maßnahmen?

    Wie haben sich bei den stationären Maßnahmen die Anteile von Kurzzeit- und Langzeittherapie verändert?

21. Sind vom Land Bremen gezielte Maßnahmen zur beruflichen Förderung und Eingliederung von Suchtkranken gefördert worden bzw. werden solche Maßnahmen angestrebt?

22. Sind dem Senat im Rahmen der laufenden Forschungsvorhaben der Bremer Universität, der Bremer Institute oder Fachhochschulen Ansätze bekannt, die geeignet sind, die Wirksamkeit der regional vorgehaltenen Hilfen zu überprüfen?

23. Welche Forschungskonzeption für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen verfolgt der Senat?

24. Wie wird die Kooperation und Koordination aller am Rehabilitationsprozeß Suchtkranker beteiligten Institutionen und Verbände sichergestellt?

Stiering, Kunick und Fraktion der SPD

Dazu

Antwort des Senats vom 16. September 1986

Zu 1.:

Für das Land Bremen bzw. die Stadtgemeinde Bremen lassen sich vergleichsweise verläßliche Schätzungen zur Verbreitung des Alkoholismus anstellen. Bereits 1967 wurde von Prof. Dr. Stephan Wieser in Bremen eine Studie zum Trinkverhalten der Bevölkerung durchgeführt. Die dort gefundenen Daten wurden durch eine weitere Untersuchung im Jahre 1973 erhärtet. Schon aufgrund der Befragungsergebnisse von 1967 kommt Prof. Dr. Wieser zu dem Schluß, daß die Prävalenz des Alkoholismus, wenn man alle Stadien einschließt, ca. 7 Prozent beträgt. 1967 tranken bereits 5 Prozent der Befragten mehr als 100 ml reinen Alkohol täglich. Diese Gruppe wurde als exessive Konsumenten, d. h. „echte Alkoholiker und gewohnheitsmäßige Trinker", bezeichnet.

1973 wurde mittels eines verfeinerten Instrumentariums bei 4 Prozent Abhängigkeit, also Alkoholkrankheit, zum Zeitpunkt der Befragung festgestellt. In der Geschlechterverteilung unterschieden sich Männer und Frauen nur noch unerheblich; 5 Prozent Männer gegenüber 3,1 Prozent Frauen.

Spätere Daten liegen für Bremen nicht vor. Da aber alle Erhebungen im Bundesgebiet unabhängig von den angewandten Methoden bis Ende der 70er Jahre Wachstumsraten feststellen, dürfen wir auch für Bremen annehmen, daß die Zahlen von 1973 sich in der Tendenz noch leicht erhöht haben und dann seit 1980 stagnieren. Dieser Befund deckt sich mit den Zahlen zum Alkoholverbrauch, die seit 1980 leicht rückläufige Tendenz aufweisen. Wir nähern uns mit 11,9 l reinem Alkohol langsam wieder den Verbrauchswerten von 1970 an (11,4 l). 1980 betrug der Verbrauch noch 12,7 l pro Kopf der Bevölkerung in der Bundesrepublik nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.

Über die Verbreitung des Drogengebrauchs wurde vom Senator für Jugend und Soziales im Jahre 1983 eine Datenerhebung zur epidemiologischen Untersuchung über das Problem harter Drogen im Lande Bremen durchgeführt. Aufgrund dieser Untersuchungen geht der Senat davon aus, daß im Lande Bremen 650 Personen von illegalen Drogen abhängig sind. Bundesweit gilt, daß nur ein kleiner Teil der Bevölkerung jemals illegale Drogen probiert hat. Nennenswerte Wachstumsraten sind nirgendwo zu verzeichnen. Ein großes Problem ist nach wie vor der zu hohe Medikamentenmißbrauch.

Neben diesen allgemeinen bevölkerungsbezogenen Daten gibt die Nutzerstruktur der in Bremen tätigen Einrichtungen und Dienste Aufschluß zur aktuellen Suchtproblematik. Eine Aussage vorweg für einen Bereich, in dem eine Quantifizierung verfrüht wäre: Alle Dienste berichten über eine wachsende Nachfrage im Bereich der nicht stoffgebundenen Suchtformen (Spielsucht, Eßsucht usw.).

Für den Suchtbereich gibt es in Bremen neben den zwei Beratungsstellen der Bremischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren eine Beratungsstelle der Inneren Mission, fünf regional tätige Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die zentral wirkende Drogenberatungsstelle des Sozialamtes. Zusätzlich unterhalten die Guttempler und die Anonymen Alkoholiker je eigene Beratungseinrichtungen. Darüber hinaus unterhält das Krankenhaus Bremen-Ost in der Abteilung Psychiatrie III eine eigene Fachambulanz.

Naturgemäß gibt es bei den verschiedenen in Bremen tätigen Einrichtungen Überschneidungen im Versorgungsangebot. Die folgenden Zahlen dürfen deshalb nicht additiv gelesen werden. Das breiteste ambulante Angebot neben den Selbsthilfegruppen stellen die Beratungseinrichtungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Sie arbeiten in dieser Form seit 1981. Die Inanspruchnahme des Dienstes umfaßt mit leichten Schwankungen zwischen 1200 und 1400 Personen. Bei 70 Prozent des Klientels wird zum Zeitpunkt des Kontaktes eine manifeste Suchterkrankung fest-

gestellt. Für die restlichen 30 Prozent gilt eine Mißbrauchsproblematik bei vorhandenen psychosozialen Problemen. 85 Prozent der Klienten sind alkoholabhängig. 11 Prozent der Klienten sind medikamentenabhängig und 4 Prozent der Klienten sind Gebraucher illegaler Drogen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst teilt zu seiner Wirksamkeit mit, daß er überwiegend Personen behandelt und betreut, die in ihrer Erkrankung bereits weit fortgeschritten sind und so zusätzlich von sozialer Desintegration bedroht sind. Dem entspricht, daß bei 40 Prozent der Klienten die Erkrankung drei bis zehn Jahre und bei 30 Prozent über zehn und mehr Jahre festgestellt wurde. 62 Prozent der Klienten sind ledig, leben getrennt bzw. sind geschieden. Die wirtschaftlich-soziale Situation des Klientels war: 40 Prozent waren arbeitslos, 17 Prozent Früh- oder Altersrentner, 21 Prozent erhielten ausschließlich Sozialhilfe und nur 19 Prozent waren voll oder teilweise erwerbstätig.

Im Vergleich hierzu die Daten der Beratungsstellen der Landeststelle gegen die Suchtgefahren aus dem Jahre 1985:

In der Beratungsstelle der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Bremen-Mitte wurden insgesamt 340 Betroffene beraten; davon 67 Prozent Männer und 33 Prozent, hatten Alkoholprobleme 68 Prozent, Medikamentenprobleme 3 Prozent, hol- und tablettenabhängig, 4 Prozent drogenabhängig, 1 Prozent eßsüchtig, 6 Prozent spielsüchtig, 4 Prozent mit allgemeiner Lebensprobleamtik. 48 Prozent der Männer waren verheiratet, 37 Prozent ledig, 13 Prozent geschieden, 2 Prozent ohne Angehörige. Von den Frauen 42 Prozent verheiratet, 39 Prozent ledig, 18 Prozent geschieden, 1 Prozent ohne Angehörige. 4 Prozent waren unter 18 Jahren, 24 Prozent unter 30 Jahren, 25 Prozent unter 40 Jahren, 33 Prozent unter 50 Jahren, 13 Prozent über 50 Jahre. Arbeitslos waren 8 Prozent.

In der Beratungsstelle Bremen-Nord der Landesstelle gegen die Suchtgefahren wurden 1985 insgesamt 262 Personen beraten, davon waren Angehörige 16 Prozent, hatten Alkoholprobleme 68 Prozent, Medikamentenprobleme, 3 Prozent, Alkohol- und Medikamentenmißbrauch betrieben 11 Prozent, 8 Prozent waren drogenabhängig, 5 Prozent spielsüchtig, 2 Prozent eßsüchtig, 3 Prozent hatten eine allgemeine Lebensproblematik. Verheiratet waren 48 Prozent, ledig 26 Prozent, geschieden 26 Prozent. Die Altersstruktur war unter 18 Jahre 2 Prozent, unter 30 Jahre 19 Prozent, unter 40 Jahre 32 Prozent, unter 50 Jahre 35 Prozent, über 50 Jahre 13 Prozent. In der Entwicklung der Arbeit der Landesstelle Bremen-Nord setzt sich bei den Suchtmittelarten der für 1984 schon beachtete Trend fort. So ist der Alkohol die nach wie vor am häufigsten mißbrauchte Droge, der Anteil der Mischabhängigen — Mißbrauch von Alkohol und Tabletten — hat sich aber weiter erhöht und die Anzahl der unter Spielsucht Leidenden hat sich verdoppelt. In der Sozialstruktur der Klienten spiegelt sich die derzeitige Situation in der Region Bremen-Nord wider — 25 Prozent der Hilfesuchenden waren ohne Beschäftigung. Auffällig ist die deutlich geringere Belastung der Hilfesuchenden der Einrichtungen der Landesstelle gegen die Suchtgefahren durch Arbeitslosigkeit, die in Bremen-Mitte sogar noch unter den Erwartungswerten für die Stadtgemeinde liegt, in Bremen-Nord aber immerhin bereits schon 25 Prozent beträgt. Auffällig für beide Beratungsstellen ist darüber hinaus der Zuwachs der nicht stoffgebundenen Suchtform.

Der Deutsche Guttemplerorden — Distrikt Bremen — hatte im Jahre 1985 in 25 Guttempler-Gemeinschaften 602 eingetragene Mitglieder, davon sind ca. 70 Prozent alkohol- bzw. medikamentenabhängig. Dies bedeutet: 460 Mitglieder. Davon waren 80 Frauen und 360 Männer. Vor 20 Jahren lag das Durchschnittsalter der Abhängigen bei 45,5 Jahren; dies ist im Jahre 1985 bei den Guttemplern auf 37 Jahre zurückgegangen. Die Geschlechterverteilung der Abhängigen lag vor 20 Jahren bei 1 Prozent Frauen, im Jahre 1985 ist der Anteil der Frauen bei den Guttemplern auf 6 Prozent gestiegen. In diesen Zahlen ist Bremerhaven enthalten. Für Bremerhaven konnten weiter folgende Zahlenangaben ermittelt werden: Die Beratungsstelle des Vereins gegen Suchtgefahren hat im Jahre 1985 2054 Suchtkranke betreut. Die Suchtkranken sind von Jahr zu Jahr nach Angaben des Vereins immer jünger geworden. Dieses gilt insbesondere für den Alkoholmißbrauch. Während vor neun Jahren jede zehnte Frau süchtig war, hat sich das Verhältnis verschoben. 60 Prozent der Süchtigen, die von dem Verein betreut werden, sind Männer und 40 Prozent Frauen. Der Sozialpsychiatrische Dienst Bremerhaven hat im Jahre 1985 737 Suchtkranke betreut. Da der Sozialpsychiatrische Dienst Bremerhaven hauptsächlich für Erwachsene tätig ist, waren lediglich zwei Jugendliche unter 18 Jahren in der Betreuung. Davon waren 661 Alkoholkranke, 28 Ta-

blettenabhängige, 36 mit einer Mischproblematik Alkohol und Tabletten und 12 Drogenabhängige. Bei den 661 Alkoholkranken sind etwa ein Drittel Frauen. Von den 28 Tablettenabhängigen waren 15 weiblich und 13 männlich. Von den 36 Personen mit einer Mischproblematik aus Alkohol- und Tablettenabhängigkeit waren 16 weiblich und 20 männlich. Von den 12 Drogenabhängigen waren vier Frauen und acht Männer.

Als weitere Datenquelle kann die Klinik Sebaldsbrück angesehen werden, die als gemeindenah arbeitende Suchtfacheinrichtung zumindest bei allen stationär behandlungsbedürftigen, suchtbedingten Krisen in Bremen an erster Stelle in Anspruch genommen wird. Die Klinik Psychiatrie III behandelt jährlich mit geringen Schwankungen ca. 1200 Süchtige, davon sind 8—10 Prozent Therapiewiederholer, so daß von jährlich 1000 bis 1100 Neufällen ausgegangen werden kann. Die Klinik Psychiatrie III arbeitet in ihrer gegenwärtigen Struktur seit dem 1. Januar 1978. Man kann davon ausgehen, daß von diesem Zeitpunkt aus der Klinik ca. 8500 Suchtkranke bekannt geworden sind. Diese Zahl würde sich erhöhen um die Zahl der Süchtigen, die in der gleichen Zeit die Ambulanz durchlaufen haben, ohne stationär behandlungsbedürftig zu werden. Eine genaue Zahl läßt sich hier nicht ermitteln, da dazu ein Datenabgleich notwendig wäre.

Da die Ambulanz im starken Maße im Vorfeld der stationären Aufnahmen tätig ist, kann davon ausgegangen werden, daß ein erheblicher Teil der ambulant betreuten Patienten längerfristig doch einmal an einer stationären Behandlung teilnimmt. Insgesamt werden im Jahresmittel in der Ambulanz nochmals ca. 1100 Patienten betreut. In der Klinik III sind ca. 40 Prozent der Patienten ohne Arbeit. Knapp 14 Prozent sehen ihren Arbeitsplatz als akut gefährdet an.

Zu 2.:

Der Anteil der Jugendlichen und Heranwachsenden an der Gesamtzahl der Suchtkranken im Lande Bremen schwankt zwischen 1,5 und 3,5 Prozent. Diese Zahl ist seit 20 Jahren relativ konstant. Es ist dabei davon auszugehen, daß ca. 10 bis 20 Prozent aller Jugendlichen in irgendeiner Form einmal mit Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen zu tun hatten. Bei Haschisch liegt die Anzahl bei ca. 20 Prozent, bei Alkohol über 20 Prozent. Bei diesem Probierkonsum von Jugendlichen kann man jedoch nicht von einer Abhängigkeit sprechen.

Bei der Gruppe der 20- bis 30jährigen hingegen ist in den letzten fünf Jahren ein deutlicher Anstieg des Mißbrauchs von Suchtmitteln zu verzeichnen, auch wenn hier jährliche Schwankungen nach wie vor sichtbar sind. Der Anteil der 20- bis 30jährigen an der Gesamtpopulation der Suchtkranken liegt jetzt im Mittel bei ca. 22 Prozent, um gut 5 Prozent höher als Ende der 70er Jahre.

Zu 3.:

Der angegebene Geschlechteranteil schwankt zwischen den einzelnen Einrichtungen. Für die Beratungsstelle Bremen-Nord der Landesstelle gegen die Suchtgefahren beträgt der Anteil der Männer 56 Prozent und der Anteil der Frauen 44 Prozent. Bei der Beratungsstelle Bremen-Mitte beträgt der Anteil der Männer 67 Prozent und der Anteil der Frauen 33 Prozent. Beim Verein gegen die Suchtgefahren in Bremerhaven beträgt der Anteil der Männer 57 Prozent und der Anteil der Frauen 43 Prozent. Die Betreuten des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bremerhaven teilen sich so auf: Bei den Alkoholikern sind etwa ein Drittel Frauen, bei den Medikamentenabhängigen sind 15 Frauen und 13 Männer, bei den Mehrfachabhängigen (Alkohol/Tabletten) sind 16 Frauen und 20 Männer und bei den Drogenabhängigen sind vier Frauen und acht Männer.

Die Angaben zur Altersstruktur schwanken zwischen den Beratungsstellen erheblich. Sie bestätigen aber insgesamt, daß in den letzten Jahren wieder deutliche Zuwächse bei den älteren Jahrgängen zu verzeichnen sind. Dies ist ein bundesweiter Trend.

Über den kontinuierlichsten Überblick über Entwicklungen der Erkrankungsraten verfügt die Klinik Psychiatrie III. Die Zahl der Aufnahmen im Suchtbereich hat sich von 1965 im Vergleich zu 1985 vervierfacht. Dies, obwohl 1965 der Versorgungsauftrag der Städtischen Nervenklinik ganz Bremen umfaßte. Der Anteil der Frauen betrug 1965 22,9 Prozent im Vergleich zu nunmehr im Mittel 30 Prozent.

Faßt man die Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen zusammen, so liegt die Klinik aber bereits beim gleichen Geschlechterverhältnis wie heute, nämlich bei 30,5 Prozent Frauen im Vergleich zu 69,5 Prozent Männern. Insofern haben

sich im wesentlichen nur Verschiebungen ergeben in dem Bereich der Mischdiagnosen bzw. Wachstumsraten im Bereich Alkoholismus bei Frauen zugunsten von Wachstumsraten bei Männern im Bereich der Medikamentenabhängigkeit.

Erwähnt werden muß allerdings, daß im Verlauf der letzten 20 Jahre der Geschlechteranteil durchaus erheblichen Schwankungen unterworfen war; bereits 1972 betrug der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Aufnahmen im Bereich Alkohol/Medikamente immerhin 45 Prozent. Er ist also nach 1978 wieder langsam stetig auf die Ausgangswerte von 1965 zurückgegangen.

Zur Altersstruktur gilt für die Kliniken eine deutlichere Gipfelung der mittleren Altersgruppen mit deutlichen Schwankungen an den Rändern. Während in den 70er Jahren die Verjüngung der Patienten bei wachsenden Aufnahmen das Bild prägte, so ist es jetzt die zunehmende Zahl älterer Patienten bei stabilen Aufnahmezahlen seit 1982. Für den Sozialpsychiatrischen Dienst in Bremerhaven hat die Auswertung ergeben, daß besonders bei den älteren Frauen eine leichte Zunahme beim Alkohol und Tablettenmißbrauch zu verzeichnen ist. Diese Beobachtungen stehen im Einklang mit den Erhebungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.

Die Datenerhebung zur epidemiologischen Untersuchung über das Problem harter Drogen im Lande Bremen hatte bezüglich des Alters der Heroinabhängigen folgende Ergebnisse. Das Durchschnittsalter der männlichen Heroinabhängigen betrug 27,9 Jahre, das Durchschnittsalter der weiblichen Heroinabhängigen 25,5 Jahre im Erhebungsjahr 1983. Es zeigte sich bei den Jahrgängen von 1942 bis 1954 ein ständiges Ansteigen der Anzahl der Drogenabhängigen, von den Jahrgängen 1955 bis 1960 ein relativ stabiler und bei den Jahrgängen von 1961 ein geringerer Jahrgangsanteil. Der geringere Jahrgangsanteil ab dem Jahr 1961 erklärte sich auch mit der Tatsache, daß ein Teil der Betroffenen noch nicht auffällig geworden war und somit keinen der an der Erhebung beteiligten Institutionen bekannt war. Mit 312 Personen der Jahrgänge 1955 bis 1960 stellte diese Gruppe den Hauptanteil der Drogenabhängigen mit 52 Prozent.

Zu 4.:

Die Verteilung der Geschlechter der Suchtkranken liegt mit geringen Schwankungen bei 70 : 30 Prozent, d. h. 70 Prozent der Suchtkranken sind Männer und 30 Prozent der Suchtkranken sind Frauen.

Zu 5.:

Erkenntnisse über den Suchtmittelgebrauch von Kindern und Jugendlichen liegen nur unvollständig vor. In den einzelnen Institutionen der psychosozialen Dienste ist der Anteil der beratenen und betreuten Kinder und Jugendlichen unter 5 Prozent des Gesamtklientels, meistens zwischen 1 und 3 Prozent. Von daher kann über den Suchtmittelmißbrauch dieser Altersgruppe keine repräsentative Angabe gemacht werden.

Nach Meinung der Psychiatrischen Klinik ist eine stationäre Behandlung bei der Mehrzahl der jungen Menschen gerade aufgrund der sie begleitenden Schwierigkeiten unabdingbar, jedoch ist eine sinnvolle Weiterleitung in komplementäre Einrichtungen nach dem Klinikaufenthalt überaus schwierig wegen der geringen Anzahl der Zielgruppe.

Dies gilt auch für die Abhängigen von illegalen Drogen. Dem Kontakt- und Beratungszentrum Bauernstraße 2 wurden 1985 lediglich drei Drogenabhängige unter 18 Jahren bekannt. Diese Zahlen deckten sich mit den Erkenntnissen des Jugendamtes und der Polizei. Bundesweit haben Einrichtungen für junge Heroinabhängige Belegungsprobleme. Sie haben ihre Aktivitäten inzwischen deshalb um die Belegung mit Jugendlichen mit psychosozialen Problemen erweitert.

Zu 6.:

Genaue statistische Unterlagen, aus denen die Zunahme von Suchtkrankheiten im Lande Bremen dargestellt sind, gibt es nicht. Aus den Unterlagen des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost und der dortigen Suchtklinik ergeben sich jedoch Anhaltswerte, die eine Tendenz deutlich machen. Im Vergleich zu 1965 haben sich die stationären Aufnahmen von Suchtkranken in das Zentralkrankenhaus Bremen-Ost vervierfacht. Der Senat ist der Auffassung, daß die über die letzten 20 Jahre ständig gestiegene Anzahl der Suchtkranken sich derzeit seit 1980 auf hohem Niveau eingependelt hat.

Suchtmittelabhängigkeiten haben individuelle und gesellschaftliche Ursachen. Die Entwicklungsprozesse unserer Gesellschaft haben für Abhängigkeitserkrankungen erhebliche Veränderungen bewirkt:

Die Verfügbarkeit von Drogen ist als Ergebnis verbesserter materieller Lebensbedingungen und eines erweiterten Angebotes, welches im Bereich der legalen Drogen von offensiver Werbung unterstützt wird, gestiegen. Der Einzelne steht als Konsument im doppelten Sinne dem größten Markt von legalen und illegalen Drogen gegenüber, den es in unserer Geschichte je gegeben hat.

Generell führt die Neigung unserer Gesellschaft zu rein materiellen Lebenszielen, zum Fehlen von Idealen und zu der Trennung von Sonntagsmoral und Alltagshandeln, besonders bei jungen Menschen zu der Gefahr von Sinnverlust und Leere und begünstigt dadurch die Flucht in den Rausch. Die Beschränkung des Konsums auf den Rahmen bestimmter gesellschaftlicher Anlässe hat an Bedeutung verloren. Die Konsumorientierung ist Ergebnis eines gesellschaftlichen Prozesses, in dem Konsum sowohl qualitativ wie quantitativ zum Kriterium und Symbol gesellschaftlicher Stellung und persönlicher Identität pervertiert worden ist. Die weitere Spaltung unserer Gesellschaft in Besitzende und Besitzlose verstärkt die Zukunftsängste und zerstört Gemeinsamkeit und Solidarität.

Überfluß und Maßlosigkeit einer vorwiegend an Konsum und Bedürfnisbefriedigung orientierten Gesellschaft gefährden nicht nur das Gleichgewicht zwischen Ökonomie und Ökologie, sondern führen Menschen auch in Abhängigkeit, liefern sie anonymen Macht- und Marktstrukturen aus und begünstigen ihre Flucht aus der Realität.

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich ca. 60 Millionen Rezepte für Psychopharmaka mit Suchtpotential ausgestellt. Auch in Bremen versuchen Suchtkranke, über solche Verschreibungen ihren Konsum zu bestreiten. Ebenfalls häufig und zunehmend ist die Kombination Schlafmittelkonsum in Verbindung mit Alkohol. Besonders bei den Abhängigen illegaler Drogen ist der Umfang des Tablettenkonsums zunehmend. Reine Heroinkonsumenten gibt es im Lande Bremen kaum noch. Die Mehrzahl der Fixer sind der Gruppe der Politoxikomanen zuzuordnen. Die Beschaffung dieser Medikamente erfolgt in erster Linie durch Erschleichung von Rezepten oder zu sorgloses Verschreiben durch Ärzte sowie durch Rezeptfälschungen.

Hauptsächliche Ursache für den zunehmenden Tablettenkonsum ist die teilweise leichtsinnige und verantwortungslose Verschreibungspraxis von niedergelassenen Ärzten. Insbesondere für Heroinabhängige ist es leichter, sich Tabletten zu verschaffen als Heroin, darüber hinaus ist es wesentlich billiger.

Zu 7.:

Überbeanspruchung, Mehrfachbelastung, inhumane Arbeitsbedingungen, mangelnde gesellschaftliche Teilhabe, fehlende Perspektiven für den Einzelnen wie für seine Familie werden von vielen Menschen durch den Konsum von Drogen verdrängt und erträglicher gemacht. Ohne Drogeneinnahme ist offensichtlich das reibungslose Funktionieren in vielen gesellschaftlichen Bereichen nicht möglich. Für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Suchtkrankheiten sind für den Senat drei Problemkreise besonders bedeutend:

1. Suchtkranke — vor allem in der „nassen Phase" — sind besonders von Arbeitslosigkeit und Ausgrenzung bedroht. Viele Betriebe versuchen, die hohe Arbeitslosenquote und die schlechte Arbeitsmarktsituation zu nutzen, Mitarbeitern mit psychosozialen Problemen zu kündigen. In den vergangenen zehn Jahren hat sich als ein neuer Weg die betriebliche Suchtkrankenhilfe für die Zusammenarbeit zwischen Betrieben und Personalräten entwickelt. Darin wird versucht, durch eine Suchtkrankenhilfe im Betrieb der Ausgrenzung mit Kündigung für Suchtkranke entgegenzuwirken. Der Senat wird, soweit es ihm möglich ist, die betriebliche Suchtkrankenhilfe als Verhinderung von Ausgrenzung stützen.

2. Suchtkranke, die aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt worden sind, haben derzeit eine besonders schlechte berufliche Perspektive. In aller Regel stehen ihnen nur die Förderungsmöglichkeiten des Sonderarbeitsmarktes, der Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und der Aus- und Fortbildungsangebote der Bundesanstalt für Arbeit und der Kammern zur Verfügung. Ein besonderes Problem ist das nahtlose Zusammenwirken von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen mit den Förderungsmaßnahmen des Sonderarbeitsmarktes.

Der Senat wird seine Bemühungen verstärken, hier das nahtlose Zusammenwirken der Rehabilitationsangebote mit dem Sonderarbeitsmarkt herzustellen.

3. Suchtkrankheiten haben vielschichtige Ursachen. Ein Mitauslöser für eine Suchtkrankheit kann auch eine längere Zeit der Arbeitslosigkeit sein. Suchtkranke haben geringe Frustrationstoleranzen. Die Belastungen aus einer längeren Arbeitslosigkeit sind für sie daher eine besondere zusätzliche Gefährdung.

   Arbeitslose, die sich ihr Schicksal durch Suchtmittelmißbrauch erleichtern, sind dabei besonders in der Gefahr, bei Teilen der öffentlichen Meinung als „Suchtkranke, die ihr Schicksal selbst verschuldet haben", angesehen zu werden. Manche Bürger halten an dem Vorurteil des „arbeitsscheuen Suchtkranken" fest und sind allzuleicht geneigt, dieses Vorurteil auf Arbeitslose zu übertragen. Aus den Statistiken des Sozialpsychiatrischen Dienstes geht hervor, daß 40 Prozent der dort zur Beratung und Behandlung anlaufenden Suchtkranken arbeitslos sind. Wissenschaftliche Untersuchungen haben bewiesen, daß vor allem Langzeitarbeitslose den Belastungen aus der Arbeitslosigkeit nicht gewachsen sind und der von ihnen zur Entlastung betriebene Suchtmittelmißbrauch in eine Abhängigkeit nach etwa vier Jahren übergeht.

   Insbesondere die Beratungsstellen in Bremerhaven haben für sich festgestellt, daß der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suchtkrankheiten an der Spitze der Ursachen von Suchtkrankheiten steht.

Zu 8.:

Obwohl gesicherte Erkenntnisse über den Umfang des nicht stoffgebundenen behandlungsbedürftigen süchtigen Verhaltens — z. B. Eßsucht oder Glücksspielsucht — bis heute in Bremen und Bremerhaven nicht vorliegen, ist davon auszugehen, daß das Ausmaß erheblich ist und zunimmt. Das gleiche gilt für Mehrfachabhängigkeiten.

Spielen

Spielen als individuelles oder soziales Verhalten kann man bis in die Anfänge der Kulturgeschichte zurückverfolgen. Spielen dient der Entspannung und der Kommunikation. Spielerisches Lernen ist mit Kreativität verbunden. Das Spielen an Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit ist in letzter Zeit mehrfach in die Diskussion geraten und Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen gewesen. Insbesondere ist die Fragestellung, ob die Ausrüstung der Automaten von den Automatenherstellern so betrieben worden ist, daß „süchtige" Spielformen unterstützt wurden, Gegenstand von wissenschaftlichen Auseinandersetzungen gewesen. Dahinter steht die Frage, ob der Automat die Ursache des süchtigen Spielens ist oder ob die Ursache vielmehr in der Person des Spielers und der sozialen Umwelt oder in einer Kombination dieser Faktoren liegt.

Arbeitslose, insbesondere junge Arbeitslose, versuchen, den Tag dadurch zu gestalten, daß sie unter anderem sich in Spielhallen aufhalten. Dies birgt die Gefahr, daß bei manchen Spielen die Möglichkeit materieller Gewinne und Verluste sehr hoch ist. Wenn für den einzelnen die Verschuldung immer unüberbrückbarer wird, gerät er in einen Teufelskreis von Verschuldung, materieller Verelendung und den Versuch, durch den „einen" Gewinn alles wieder wettmachen zu können. Viele Betroffene verlieren dabei die Kontrolle über ihr spielerisches Verhalten.

Aus der Arbeit der Anonymen Alkoholiker im Lande Bremen ist inzwischen die Einrichtung von Spielergruppen hervorgegangen. Bis heute haben sich dort drei Spielergruppen gebildet, die Nachfrage und der Bedarf an solchen anonymen Spielergruppen ist hoch. Die Anzahl von Personen, die im Umgang mit dem Geldspielautomaten ein problematisches Spielverhalten entwickelt haben, das behandlungsbedürftig ist, ist jedoch nach wie vor unbekannt.

Schnüffeln

Lösungsmittelmißbrauch durch Schnüffeln wird vor allem in sozial benachteiligten Schichten beobachtet. Das Einstiegsalter in den Lösungsmittelmißbrauch liegt durchschnittlich bei zehn Jahren. Aktiv Mißbrauchende sind im Regelfall zwischen 13 und 16 Jahre alt. Der Anteil zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen ist 70 Prozent männliche zu 30 Prozent weibliche Schnüffler. Die Tendenz ist, daß der Anteil der weiblichen Schnüffler ansteigend ist.

Je nach Intensität des Mißbrauchs und der stofflichen Zusammensetzung des verwendeten Produktes können erhebliche chronische Schädigungen wie Blutbildstörungen, Knochenmarkschäden, irreversible Schädigungen an Gehirn, Niere und Leber auftreten. Der Mißbrauch von Schnüffelstoffen führt nicht in jedem Fall zu abhängigem Schnüffeln. Die meisten der bekannten Mißbraucher von Schnüffelstoffen sind nicht abhängige Schnüffler. Bei den süchtigen Schnüfflern sind Milieufaktoren von besonderer Bedeutung, vor allen Dingen gestörte zwischenmenschliche Beziehungen in Familie und Schule haben eine auslösende Wirkung. Wie bei allen anderen Suchtformen erzeugt der Lösungsmittelmißbrauch narkoseähnliche Hirnleistungsstörungen mit Veränderungen der Realitäts- und Selbstwahrnehmung und soll im Regelfall emotionale Zuwendungen ersetzen. Bei allen bekannten Lösungsmittelmißbrauchern sind Beeinträchtigungen im Entwicklungsablauf und in der Ausbildung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten feststellbar. Häufig sind auch Eltern bzw. Elternteile und direkte Umwelt Vorbild für süchtiges Verhalten.

Magersucht und Eßsucht

Magersucht und Eßsucht sind sicherlich keine neuen Krankheitsbilder, sondern schon seit langem bekannt. Für sie wird in den letzten beiden Jahrzehnten eine Zunahme vermutet. Die Zunahme kann nur vermutet werden, da Angaben zur Inzidenz und Prävalenz für frühere Jahrzehnte nicht vorliegen. Für die Magersucht rechnet man nach epidemiologischen Studien mit einer Behandlungsinzidenz (Rate der Neuerkrankungen, die auch in eine Behandlung kommen) von 0,4 bis 1,6 Fälle pro 100 000 Einwohner pro Jahr. Bezogen auf die Risikogruppe der 15- bis 34jährigen Frauen mit 1 bis 10 Fällen pro 100 000 Einwohner pro Jahr. Die Dunkelziffer unbehandelter Fälle dürfte aber sehr hoch sein und die Inzidenzangaben eine erhebliche Unterschätzung der Krankheitshäufigkeit darstellen. Je nach den verwendeten Kriterien rechnet man daher mit einer wahren Prävalenz (Krankheitsrate) unter der Risikogruppe der 15- bis 34jährigen Frauen von 1 bis 4 Prozent.

Neben einigen wenigen Fällen, die zu den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen oder in die psychiatrischen Kliniken zur Behandlung kommen, können noch am ehesten Erkenntnisse über die Situation der Betroffenen aus der Arbeit der Overeater-Anonymus gewonnen werden. Wie auch die Anonymen Alkoholiker sind die Overeater-Anonymus (anonyme Eßsüchtige) eine zwanglose weltweite Gemeinschaft, deren Mitglieder erkannt haben, daß sie einzeln ihrer Essensgier oder Magersucht gegenüber machtlos sind.

Eßsucht ist eine unheilbare lebenslange Krankheit. Die Overeater-Anonymus versuchen, diese Krankheit zum Stillstand zu bringen. Mit Hilfe der Gruppe, in der jeder das gleiche Problem hat, können die Gruppenmitglieder offen über ihre Schwierigkeiten reden und so zu Abstinenz vom zwanghaften Essen gelangen. Die Teilnahme am Programm der Overeater-Anonymus ist eine Lebenseinstellung, die sich jeder selbst in den Gruppenabenden (den Meetings) durch die vorgeschlagenen „zwölf Schritte" des AA-Programms erarbeiten kann. In Bremen gibt es derzeit drei Selbsthilfegruppen mit etwa 50 Gruppenmitgliedern. In der überwiegenden Anzahl sind die Gruppenmitglieder Frauen zwischen 18 und 33 Jahren.

Zu 9.:

Vorbemerkung:

Durch Frage 9 ist der Senat gebeten worden, umfassend die Kosten für ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen im Lande Bremen zu ermitteln und darzustellen. Kostenträger für Behandlungsmaßnahmen bei Suchtkrankheiten sind die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger und subsidiär die Sozialhilfeträger. Um diese Fragen beantworten zu können, hat sich der Senat mit den wesentlichen Kostenträgern in Verbindung gesetzt. Die Datenlage ist jedoch insgesamt als unzureichend einzustufen.

Die volkswirtschaftlichen Folgekosten, z. B. der Volksdroge Nummer eins, des Alkoholkonsums, werden für die Bundesrepublik von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren mit wenigstens 50 Milliarden DM pro Jahr geschätzt. Für Bremen und Bremerhaven würde dies Folgekosten in der Größenordnung von 550 Millionen DM bedeuten. Produktionsausfälle, Leistungsminderung und Arbeitslosigkeit, Arbeits- und Verkehrsunfälle, Frühberentung, Straffälligkeit, Ehescheidungen, Inanspruchnahme von Jugend- und Sozialhilfe usw. verursachen Kosten, gegen die sich die eigentlichen Behandlungskosten gering ausnehmen.

Ein großer Teil der Folgekosten geht zu Lasten der Krankenkassen, der Rentenversicherung und der Sozialhilfeträger. Nach Ansicht des Senats ist die unzureichende Datenlage so nicht akzeptierbar. Der Senator für Jugend und Soziales prüft, ob und ggf. in welchem Umfang Verbesserungen der Kostentransparenz und Datenlage nicht nur in seinem Bereiche, sondern auch bei Krankenkassen und Rentenversicherungen erreichbar sind. Von dem Ergebnis dieser Prüfung soll abhängig gemacht werden, ob der Senator für Jugend und Soziales und der Senator für Gesundheit und Sport mit den Krankenkassen und Rentenversicherungen Verhandlungen über eine Verbesserung des Datenmaterials aufnehmen. Der Umfang der durch Suchtmittelmißbrauch verursachten Folgekosten macht es notwendig, geplant und zielgerichtet mit entsprechenden gesicherten Daten präventiv und therapeutisch den Suchtkrankheiten zu begegnen.

Zu 9.1:

Nach Mitteilung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bremen liegen über den Umfang der ambulanten Behandlungen bei Suchtkranken und ihren Folgen keine Informationen vor. Weder bei der Kassenärztlichen Vereinigung noch bei den Krankenkassen erfolgt eine Erfassung der Diagnosen zu statistischen Zwecken. Allerdings geht aus der Krankheitsartenstatistik über Arbeitsunfähigkeit hervor, daß im Jahre 1984 539 Personen an 29 622 Tagen wegen Suchtkrankheiten arbeitsunfähig waren.

Zu 9.2:

Der Landesverband der Ortskrankenkassen hat mitgeteilt, daß zu Lasten der Ortskrankenkassen im Lande Bremen 1984 1047 Personen an 22 704 Tagen wegen Suchtkrankheiten stationär behandelt worden sind. Folgeerkrankungen sind darin nicht enthalten. Derartige Angaben können nicht gemacht werden, weil die statistische Aussagefähigkeit darüber unvollständig ist, zumal viele Diagnosen nicht schlüssig auf Folgeerscheinungen von Alkohol oder anderen Drogen hinweisen.

Zu 9.3:

Die ambulanten Behandlungen wegen Suchterkrankungen und ihren Folgen können vom Landessozialamt und vom Sozialamt Bremerhaven wegen der unterschiedlichen Behandlungsangebote bzw. wegen der unterschiedlichen Finanzierungsmodelle nicht dargestellt werden. Ambulante Beratungen und Behandlungen wegen der Suchtkrankheit erfolgen zum einen durch niedergelassene Ärzte und Klinikambulanzen. Darüber werden keine gesonderten Statistiken geführt. Die Aufschlüsselung aus den Sozialhilfeunterlagen ist nicht möglich.

Zum anderen ist festzuhalten, daß ambulante psychosoziale Beratung und Behandlung von Suchtmittelabhängigen fast ausschließlich zu Lasten der Kommunen vorgenommen werden. Annähernd 3000 Personen sind z. B. in Bremen-Stadt durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste oder durch die Suchtkrankenberatungsstellen der freien Träger ambulant beraten, betreut oder behandelt worden.

Zu 9.4:

Nach Angaben des Landessozialamtes Bremen werden monatlich zwischen 50 und 60 Personen mit einem durschnittlichen Aufwand von DM 5000,00 pro Monat stationär behandelt. Bei 60 Personen bedeutet dies 3,6 Millionen DM pro Jahr.

Zu 9.5:

Die Fragestellung, mit welchem Aufwand ambulant, teilstationär und stationär zu Lasten der Krankenversicherungen, der Rentenversicherungen und der Sozialhilfeträger Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, konnte von den angeschriebenen Kostenträgern nicht beantwortet werden.

Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen hat dazu mitgeteilt:

„Die Zuständigkeit bei der Gewährung stationärer Maßnahmen für die Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit ist im Verhältnis zwischen Kranken- und Rentenversicherung in der sogenannten Suchtvereinbarung vom 20. 11. 1978 geregelt. Für ambulante Behandlungen sind die Träger der Rentenversicherungen aufgrund der gesetzlichen Regelungen nicht zuständig. Im Jahre 1985 wurden von der LVA Oldenburg-Bremen 494 Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit durchgeführt. Das waren im Vergleich zu den sonstigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen 5,77 Prozent aller Er-

krankungen. Eine Aufteilung der Rehabilitationsmaßnahmen nach Versicherten aus dem Lande Bremen und dem Teilbereich von Niedersachsen wird nicht vorgenommen. Die Ausgaben für stationäre Entwöhnungsbehandlungen durch die LVA Oldenburg-Bremen betrugen für 1985 7 996 000,00 DM, das waren 16,75 Prozent der aufgewendeten finanziellen Mittel für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Bei den berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation wird eine statistische Auswertung getrennt nach Diagnosen und Wohnorten nicht vorgenommen. Im Jahre 1985 wurden für 259 Rehabilitanten 281 Einzelleistungen erbracht."

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat ebenfalls auf Anfrage mitgeteilt, daß sie die erbetene Auskunft im geforderten Umfang nicht geben kann:

„Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat 1985 für 288 Versicherte Leistungsbescheide für stationäre Entwöhnungsbehandlungen im Lande Bremen erteilt. An Pflegetagen und Reisekosten wurden dafür 6 918 000,00 DM abgerechnet. In den Pflegekosten sind Kosten für eine Entgiftung, deren Höhe nicht feststellbar ist, enthalten.

Im Rahmen des § 13 des Angestelltenversicherungsgesetzes werden Kosten für ambulante und teilstationäre Behandlungen nicht übernommen. Allerdings hat die BfA im Jahre 1985 2 Millionen DM der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zur Verfügung gestellt mit der Auflage, diese Mittel vornehmlich für die Nachsorge Suchtkranker zu verwenden. Berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen im Lande Bremen bei Alkoholabkängigkeit wurden im Jahre 1985 von der BfA nicht durchgeführt."

Für das Landessozialamt Bremen und das Sozialamt Bremerhaven ist eine Darstellung der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen infolge des erheblichen Verwaltungsaufwandes nicht möglich. Die Unterlagen über Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht nach Diagnosen geordnet, so daß Aussagen nur dann gemacht werden können, wenn jede Akte einzeln ausgewertet wird. Dieses ist personell nicht leistbar und vom Kostenaufwand her nicht vertretbar.

Zu 9.6:

Zu Lasten des Landessozialamtes sind ca. 400 chronisch Suchtkranke dauerhaft untergebracht. Die Unterbringungskosten belaufen sich monatlich auf 1500,00 DM je Einzelfall nach Abzug von Eigenanteilen. Dies bedeutet jährliche Kosten von insgesamt 7,2 Millionen DM.

Zu Lasten der Heimhilfe des Sozialamtes Bremen sind 19 chronisch Suchtkranke dauerhaft untergebracht mit einem jährlichen Aufwand von rund 470 000,00 DM.

94 chronisch Suchtkranke sind zu Lasten der Heimhilfe des Sozialamtes Bremen vorübergehend untergebracht mit jährlichen Kosten von ca. 2,4 Millionen DM.

Zu 9.7:

Die Unterbringung eines chronisch Suchtkranken ist zu Lasten der Krankenversicherung nur im Rahmen einer medizinischen Behandlung zum Zwecke der Wiederherstellung der Gesundheit möglich. Der chronisch Suchtkranke in den genannten Einrichtungen fällt regelmäßig in die Zuständigkeit der Sozialhilfe (siehe Antwort zu 9.6).

Der besonderen Sozialhilfe des Sozialamtes liegen keine exakten Zahlen über die Suchtkranken an den Sozialhilfeempfängern vor. Durch die spezielle Hilfegewährung in der besonderen Sozialhilfe für Drogenabhängige liegen lediglich exakte Zahlen über die drogenabhängigen Sozialhilfeempfänger vor. Derzeit erhalten 188 Drogenabhängige Sozialhilfe mit einem durchschnittlichen Aufwand der Hilfe zum Lebensunterhalt pro Jahr und Person von 7100,00 DM. Darin sind die Kosten für die ärztliche Behandlung nicht enthalten. Das Sozialamt ist der Auffassung, daß die Anzahl der Suchtkranken unter den Sozialhilfeempfängern zwar höher ist als der Anteil unter den Suchtkranken an der allgemeinen Bevölkerung, jedoch 5 Prozent der Hilfeempfänger nicht übersteigt.

Zu 9.8:

Ein vollständiger Überblick über die Problemlagen der Bewohner in den Alten- und Altenpflegeheimen in Oyten/Sagehorn liegt bisher nicht vor. Die Platzzahl in diesen Heimen beträgt rund 950 Plätze, davon sind heute aber nur noch rund 750 Plätze belegt.

70 bis 80 Prozent der Plätze sind mit ehemaligen Bremer Bürgern belegt. Aus Vertretern der Dienste und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, der nachgeordneten Ämter des Senators für Gesundheit und Sport und des Senators für Jugend und Soziales ist eine Arbeitsgruppe Oyten/Sagehorn gegründet worden, die sich mit der Fehlbelegung der Alten- und Altenpflegeheime beschäftigt. Dieser Arbeitsgruppe Oyten sind bisher 400 Bewohner bekannt. Von diesen 400 bekannten Bewohnern sind rund 20 Prozent ehemalige oder noch chronisch kranke Alkoholiker. Die meisten davon sind über 60 Jahre alt. Nur rund 10 Prozent sind jünger. Die Letzteren sind bereits oder werden noch in Facheinrichtungen mit rehabilitativem Charakter nach Bremen verlegt.

Die Arbeitsgruppe ist dabei, auch die restlichen Alten- und Altenpflegeheime in Oyten/Sagehorn zu besichtigen und sich mit der Situation der Bewohner zu befassen. Bei den bisher nicht bekannten Heimen in Oyten/Sagehorn handelt es sich vorwiegend um eher normale Alten- und Altenpflegeheime und nicht — wie es die bisherigen Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppe gezeigt haben — um in Heime verlagerte Langzeitstationen für chronisch, psychisch und suchtkranke Personen. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe vermuten daher, daß unter den übrigen Bewohnern die Rate der Alkoholkranken geringer ist.

Auch in Bremen und Bremerhaven wird man noch mit einigen fehlplazierten chronisch Suchtkranken in Altenpensionen, Hotels oder Obdachlosenasylen rechnen müssen. Über das Ausmaß liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor.

Zu 9.9:

Nach Auffassung des Landessozialamtes sind derzeit etwa ständig 30 Suchtkranke im Maßregelvollzug untergebracht. Der Kostenaufwand pro Fall beträgt durchschnittlich ca. 6000,00 DM im Monat. Dies sind 2 160 000,00 DM im Jahr.

Zu 10.:

In der Zeit vom 1. Januar 1982 bis 31. Dezember 1984 hat die Staatsanwaltschaft in 75 Fällen die Strafvollstreckung oder den Maßregelvollzug nach § 35 Betäubungsmittelgesetz zurückgestellt. Die Widerrufsquote beträgt für den vorgenannten Zeitraum 72 Prozent. Unter Berücksichtigung der Therapieerfolgsquote in therapeutischen Langzeiteinrichtungen freier Träger hält sich diese Widerrufsquote im üblichen Rahmen.

Zu 11.:

Wissenschaftliche Untersuchungen über den Anteil von Suchtkranken ohne Betäubungsmittelabhängigkeit in den bremischen Justizvollzugsanstalten liegen nicht vor. Verläßliche Schätzungen können ebenfalls nicht angegeben werden, da exakte Kriterien für eine Abgrenzung zwischen Suchtkrankheiten und erheblicher Suchtgefährdung nicht vorliegen. Wissenschaftliche Untersuchungen z. B. in Berlin, an einer konkreten Population von Gefangenen haben ergeben, daß ca. 40 Prozent der Häftlinge suchtmittelabhängig waren. Auch wenn diese Ergebnisse nicht repräsentativ sind, so muß man doch von einem erheblichen Anteil Suchtmittelabhängiger unter den Häftlingen der Bremer Haftanstalten ausgehen.

Zu 12.:

Der § 64 Strafgesetzbuch erlaubt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, wenn jemand den Hang hat, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt wird, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, sofern die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Insoweit ist nach geltendem Recht bereits eine Therapie möglich.

In Bremen-Ost kann für Bremer und Bremerhavener eine Entziehungskur für Alkohol- bzw. Tablettenabhängige in der Suchtklinik des Krankenhauses Bremen-Ost nach modernen Gesichtspunkten durchgeführt werden.

Die derzeitige unterschiedliche rechtliche Behandlung von Abhängigen von illegalen Drogen und Medikamenten- und Alkoholabhängigen ist nach Auffassung des Senats wegen des Grundsatzes der Gleichbehandlung unbefriedigend. Dennoch wird eine Gesetzesinitiative, das Strafgesetzbuch durch die Einführung von Vorschriften über die Zurückstellung der Strafvollstreckung oder das Absehen

von der Strafverfolgung nach dem Muster der §§ 35 bis 37 des Betäubungsmittelgesetzes auch für alkohol- und medikamentenabhängige Straftäter zu ergänzen, nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand nicht für aussichtsreich gehalten.

Zu 13.:

Aus dem Bereich der bremischen Beratungsstellen liegen hierzu keine Angaben vor. Dies ist verständlich, weil im ambulanten Bereich zumeist ein Störungsteil überwiegt und das Krankheitsbild prägt.

In den bundesweit vorliegenden Zahlen (Ebis-Dokumentation) werden mehr psychische Begleitsymptome als psychiatrische Krankheitsbilder beschrieben. Die Zahlen schwanken zwischen 6 Prozent bei den Männern und 12 Prozent bei den Frauen. In den psychiatrischen Kliniken stellt sich das Bild anders dar. Hierzu teilt die Psychiatrie III des Krankenhauses Bremen-Ost mit:

„Seit 1981 wird Datenmaterial erhoben, das verläßliche Schätzungen über das gemeinsame Auftreten von Sucht mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern zuläßt. Dieses Datenmaterial ist aber bisher noch nicht ausgewertet, da dem Krankenhaus Bremen-Ost erst seit dem 1. Mai 1986 eine Planstelle für diese Aufgaben zur Verfügung steht. Die Daten aus den davor liegenden Jahren sind nach Einschätzung des Archives zu fehlerhaft. Aus der Sicht der Psychiatrie III sind Schätzwerte möglich, sie sollten aber nach Vorliegen der Ergebnisse der Auswertung der harten Daten überprüft werden. Eine erste allgemeine Aussage ist, daß nach dem Eindruck der Klinik es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme der Patienten mit Mischdiagnosen bzw. begleitenden Störungen gekommen ist, dies nicht zuletzt auch durch das seit 1983 gegebene besondere Behandlungsangebot der Station 9, in der insbesondere Patienten mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern und Sucht behandelt werden. Der Eindruck ist, daß hier durchaus der Bedarf für eine weitere Station besteht, um differenziertere Handlungsansätze entwickeln zu können. Quantitativ geht die Psychiatrie davon aus, daß ca. bei 30 Prozent der Patienten der Suchtklinik Mischbilder gegeben sind, die eines integrierten Behandlungsansatzes bedürfen.

Die Psychiatrie III geht von einem Behandlungsansatz aus, bei dem jeweils der im Vordergrund stehenden Störung besonderes Gewicht beigemessen wird, ohne daß das jeweils andere Krankheitsbild völlig außer acht gelassen wird. Dieses ist insbesondere wichtig unter rehabilitativen Gesichtspunkten, da bei Süchtigen die Befähigung der Selbstmedikation in Frage gestellt werden muß und entsprechend das Behandlungskonzept ausgerichtet sein muß. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich immer dann, wenn die akuten psychiatrischen Störungen zu stark in den Vordergrund treten und der Patient aufgrund dieser Einschränkungen zunehmend schlechter auf der Therapiestation zu integrieren ist.

Zu 14.:

Drogenprävention ist Teil einer umfassenden Gesundheitsförderung und darauf gerichtet, Persönlichkeitsentwicklungen vorzubeugen, die zur Drogenabhängigkeit führen. Der Senator für Bildung, Wissenschaft und Kunst — Drogenreferat — entwickelte für Bremen ein Präventionskonzept, das in enger Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat ständig den sich verändernden Situationen und den neuesten Erkenntnissen auf dem Gebiet der Prävention angepaßt wird. Die Maßnahmen der Drogenprävention lassen sich in vier Feldern beschreiben:

1. **Drogenspezifische Anteile**

Hierunter fallen die Maßnahmen, die direkt Bezug zu Drogenkonsum, Drogenmißbrauch und Sucht haben. Dabei umfaßt die Arbeit selbstverständlich auch die Abhängigkeit von legalen Rauschmitteln, wie z. B. Alkohol, Medikamenten und Schnüffelstoffen sowie die Abhängigkeit von Zigaretten. Drogenspezifische Maßnahmen thematisieren jeweils das Thema Sucht.

Im Bereich der drogenspezifischen Arbeit gibt es zwei Aufgabenbereiche:

a) Kommunikative Aufgaben (pädagogisch-psychologische Arbeit), wie z. B. das Durchführen einer Unterrichtseinheit, Fortbildung für Lehrer zum Thema Drogen, Elternabende zum Thema Drogen.

b) Strukturelle Aufgaben — Veränderungen von Strukturen in Schule und Gesellschaft, die Drogenmißbrauch begünstigen, wie z. B. Werbung für Alkohol und Zigaretten, Aufstellung von Zigarettenautomaten.

2. **Drogenunspezifische Anteile**

Damit die drogenspezifischen Maßnahmen auf fruchtbaren Boden fallen können, gilt es, entsprechende persönliche und gesellschaftliche Voraussetzungen zu schaffen. Dieser unspezifische Bereich der Prävention ist unabdingbar für den Präventionserfolg und schafft die Basis nicht nur für drogenpräventive Bemühungen, sondern auch für alle anderen spezifischen gesundheitserzieherischen Aktivitäten. Auch hier gibt es wieder die beiden Bereiche:

a) Kommunikative Aufgaben — in diesem Bereich geht es um die Verbesserung der individuellen Möglichkeiten, allein oder mit Hilfe von Gleichaltrigen, Eltern oder anderen Erwachsenen Konflikte zu lösen und selbstbewußt und selbständig zu agieren. Dieser Bereich ist also die ureigenste pädagogische Aufgabe von Lehrern. Aufgabe der Drogenprävention ist, dieses den Lehrern immer wieder deutlich zu machen und sie in ihren positiven Ansätzen zu unterstützen. Dieses geschieht in Unterrichtseinheiten, durch Lehrerberatung, Fortbildung und Teilnahme an Konferenzen.

b) Strukturelle Aufgaben — im schulischen Bereich geht es hier z. B. darum, den pädagogischen Freiraum in der Unterrichtsplanung zu sichern, der erforderlich ist, wenn Lehrer/Lehrerin auf aktuelle soziale und erzieherische Probleme der ihnen anvertrauten Lerngruppe angemessen intensiv reagieren sollen, damit Drogenprävention erleichtert wird. Die Unterstützung von Lehrern durch Anregungen zur Erprobung von Freizeitangeboten mit ihren Schülern und Materialien, z. B. für Klassenfahrten und Klassenfeiern, sind Beispiele dieser drogenspezifischen strukturellen Aufgaben.

Schule ist für Prävention in Bremen zwar Schwerpunkt, die Einbeziehung der Eltern und außerschulischen Ressourcen ist jedoch zur Unterstützung der schulischen Bemühungen notwendig. So wird in einem Projekt des Europarates zur Drogenprävention z. Z. im Stadtteil Obervieland modellhaft die Zusammenarbeit von schulischen und außerschulischen Kräften in der Drogenprävention erprobt. Dieses Europarats-Projekt wird vom Senator für Bildung, Wissenschaft und Kunst koordiniert und wird im Verlauf der nächsten zwei Jahre evaluiert werden. Dieses ist der erste Versuch, die schwierige und so vielen Einflüssen ausgesetzte Präventionsarbeit wissenschaftlich zu begleiten.

Verantwortlich für präventive Maßnahmen ist das Drogenreferat des Schulpsychologischen Dienstes beim Senator für Bildung, Wissenschaft und Kunst. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der schulischen Prävention, außerschulische Maßnahmen werden vom Drogenreferat koordiniert.

Der Arbeitsbereich Gesundheitsberatung des Hauptgesundheitsamtes berücksichtigt seit seiner Konstituierung 1985 präventive Maßnahmen in bezug auf Suchtkrankheiten. Die Gesundheitsberatung sieht die Notwendigkeit, im Vorfeld von Sucht und Drogen beispielsweise in den Institutionen Kindergarten, Schule, Familie usw. tätig zu werden. Dabei kann es nicht um eine Unterscheidung zwischen harten und weichen Drogen und damit einhergehendem Suchtverhalten gehen. Gegenstand präventiver Arbeit ist vielmehr die konkrete Lebenssituation, insbesondere von Kindern und Jugendlichen.

Als Angebote werden Kurse, Ausstellungen, Filmvorführungen usw. durchgeführt, die eine individuelle oder gruppenbezogene Beratung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen vorbereiten oder flankieren sollen. Die Gesundheitsberatung arbeitet eng mit dem Arbeitsbereich Drogenberatung und Vorbeugung an Schulen des Senators für Bildung, Wissenschaft und Kunst zusammen und steht in enger Kommunikation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, von der dieses Programm durchgeführt wird. Die Gesundheitsberatung vertritt Bremen in bundesweiten Programmen zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und steht in enger Kommunikation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die die Fachaufsicht über dieses Projekt hat.

In Bremerhaven wird die Aufgabe der Präventionsarbeit von der Beratungsstelle des Vereins gegen Suchtgefahren wahrgenommen. Von Arbeit mit gefährdeten und abhängigen Jugendlichen über die Arbeit in den Schulen mit den Lehrern und Jugendgruppen über Ausstellungen, Medienarbeit, Elternabende, Anregung und Erprobung von Freizeitangeboten wird versucht, die konkrete Lebenssituation insbesondere von Kindern und Jugendlichen präventiv zu beeinflussen.

Zu 15.:

Das zur Zeit geltende System der Suchtkrankenbehandlung stützt sich auf den Verbund von Fachkrankenhäusern, die in der Regel überregional wirken, und Beratungsstellen mit regionalem Bezug. Dieses System läßt den größten Teil der stationär versorgten Suchtkranken unberücksichtigt. Sucht ist nach wie vor die psychiatrische Erkrankung, die am häufigsten zur stationären Aufnahme führt. Typisch ist hier der Notfall, der zur Aufnahme führt.

Viele Süchtige werden in dieser Situation auch in allgemeinen Krankenhäusern versorgt. In den psychiatrischen Kliniken liegt der Anteil der Suchtkranken an der Gesamtaufnahmerate zwischen 30 und 50 Prozent. Über die Zahlen der Suchtkranken in Allgemeinkrankenhäusern liegen nicht einmal Schätzwerte vor. Sicher ist nur, daß deren Zahl erheblich ist.

Die Situation der Suchtkrankenhilfe ist dadurch gekennzeichnet, daß Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängige an das Leistungssystem des jeweiligen Kostenträgers gekoppelt sind. Seitdem das Bundessozialgericht Sucht zur Krankheit erklärte, sind die Leistungen für Süchtige als Teil der medizinischen Rehabilitation in der Reichsversicherungsordnung abgesichert, ohne daß inhaltlich auf das besondere Problem von Suchtkrankheit organisatorisch reagiert worden ist.

Auch das Reha-Angleichungsgesetz hat in dieser Frage keine rechtliche Klärung geschaffen. Die Suchtkrankheit wird in einem leistungsrechtlichen Rahmen behandelt, der dem Krankheitsbild des Süchtigen nicht hinreichend entspricht.

Hilfestellungen der Kranken- und Rentenversicherungen setzen in der Regel die Mitwirkungsfähigkeit des Abhängigen voraus, die jedoch in vielen Fällen krankheitsbedingt nicht gegeben ist. Durch die Behandlungsvoraussetzung „günstige Prognose" werden viele Betroffene von den Behandlungsmaßnahmen ausgegrenzt.

Dieser Ausgrenzungsmechanismus wird durch das bestehende Behandlungsangebot der Fachkliniken überregional zwangsläufig verstärkt. Resultat ist, daß die Gruppe der mitwirkungsfähigen Abhängigen ein Höchstmaß an therapeutischen Hilfen zu Lasten der Kranken- und Rentenversicherung erhält, während die größere Gruppe der nicht mitwirkungsfähigen Abhängigen sich weitgehend selbst überlassen bleibt, bis sie als chronifizierte Fälle in der Psychiatrie der Sozialhilfe zu Last fallen.

Die Kostenträger haben Anerkennungskriterien für Behandlungseinrichtungen festgelegt, die an der Realität in der Suchtkrankenhilfe vorbeigehen. Außerdem haben sich viele Kostenträger durch Verträge an Fachkliniken gebunden. Diese Fachkliniken liegen überwiegend wohnortsfern und bieten standardisierte Behandlungsprogramme an, die einen hohen Anspruch an die Motivation und Lernfähigkeit der Patienten stellen, andererseits aber oft nicht unbedingt sucht-spezifisch sind.

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige sind diese Behandlungsangebote in der Dauer zu lang, in den Anforderungen zu anspruchsvoll, für Abhängige von illegalen Drogen bieten hierarchisch strukturierte klinische Einrichtungen zu wenig Lern- und Nachreifungsmöglichkeiten an, die Dauer ist zu kurz. Struktur und Lage vieler Suchtfachkliniken verhindern eine Erprobung unter realen Bedingungen, den Kontakt zum familiären und sozialen Umfeld und die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbetreuung und Nachsorge sowie in die berufliche und soziale Wiedereingliederung.

Spezialisierte Suchtkliniken haben sicherlich eine Funktion für einige wenige Patientengruppen. Als Einrichtung der Regelversorgung entsprechen sie nicht den nach der Psychiatrieenquete selbstverständlich gewordenen Anforderungen an ein inhaltlich und strukturell aufeinander abgestimmtes regionales gemeindenahes Versorgungssystem.

Durch die Integration der ambulanten Suchtkrankenhilfe in die Sozialpsychiatrischen Dienste, durch die Zusammenarbeit zwischen sozialpsychiatrischen Diensten und Psychiatrie III des Krankenhauses Bremen-Ost sowie durch den Ausbau der komplementären Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren im Lande Bremen ein regionales Versorgungssystem entwickelt. In der Bundesrepublik existiert derzeit kein vergleichbares Angebot, bei dem es möglich ist, ein derart dichtes Netz an Selbsthilfegruppen im Versorgungsgebiet zu etablieren.

Das gleiche gilt auch für den Bereich der betrieblichen Suchtkrankenhilfe. Die Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Fachdiensten erfolgt unmittelbar. Dies ist

insbesondere bei Risikopatienten unverzichtbar, wo es auch nicht jedesmal, wenn der Patient von dem einen in den anderen Bereich wechselt, zu Beziehungsabbrüchen der jeweils zuvor tätigen Berater und Therapeuten kommt.

Unter quantitativen Gesichtspunkten — also der Orientierung des Versorgungssystems an den Planungsdaten der Heynle-Wischer-Studie kann jetzt bereits festgestellt werden, daß in einem gemeindenahen Versorgungssystem wie in Bremen der Anteil an geschlossen unterzubringenden Suchtkranken deutlich niedriger ist als dies sogar von Heynle/Wischer prognostiziert worden ist. Um diese positive Entwicklung weiter zu stabilisieren, ist die Ausdifferenzierung des komplementären Angebotes und die Verbesserung der teilstationären Angebote notwendig.

In diesen Fragen bestehen nach wie vor erhebliche Meinungsdifferenzen mit den Kostenträgern. So teilt der Landesverband der Ortskrankenkassen zu dieser Frage mit:

„Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist durch die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. 11. 1978 geregelt. Ergänzt wurde die Empfehlungsvereinbarung durch die Anlage 1 mit dem Titel: Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken."

Im Rahmen eines Erfahrungsberichtes über die Anwendung der Empfehlungsvereinbarung (Suchtvereinbarung) berichten die Vertragspartner am 1. 10. 1982 über die in den dazwischen liegenden Jahren gemachten Erfahrungen.

Die Suchtvereinbarung dient insbesondere dem Ziel, die Nahtlosigkeit der Rehabilitation für Abhängigkeitskranke durch klare Abgrenzung der Leistungszuständigkeiten, einheitliche Regelung des Verfahrens und Festlegung von Auswahlkriterien für die Entwöhnung zwischen Einrichtungen zu verbessern. Gemäß Erfahrungsbericht ergibt sich folgende Zusammenfassung:

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker nimmt im Gesamtbereich der medizinischen Rehabilitation einen gewichtigen Platz ein. Ungeachtet des verhältnsmäßig geringen Anteils an der Gesamtzahl der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen haben die Kranken- und Rentenversicherungsträger in gemeinsamen, intensiven Bemühungen versucht, innerhalb kurzer Zeit ein leistungsfähiges System für die Reha der Abhängigkeitserkrankungen aufzubauen. Dies ist ihnen — nicht zuletzt durch die Hilfe und sachkundige Unterstützung der wichtigsten in der Suchttherapie tätigen Organisationen — im wesentlichen auch gelungen. Durch die Suchtvereinbarung konnte sowohl das Verfahren bei der Einleitung als auch die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung selbst erheblich verbessert werden. In aller Regel wird heute die Rehabilitation für Abhängigkeitskranke zügig und nahtlos in qualifizierten Einrichtungen durchgeführt. Diese in diesem Bericht zusammengetragenen Erfahrungen lassen den Schluß zu, daß die Suchtvereinbarung im hohen Maße zur Verbesserung der Situation im Bereich der stationären Rehabilitation von Abhängigkeitskranken beigetragen und sich in der Praxis bewährt hat (. . .).

Die den Kliniken durch Kosten-Leistungsträger auf Empfehlung von Beratungsstellen überwiesenen Patienten werden entsprechend der Schwere des Krankheitsbildes der einzelnen Fachklinik zugewiesen. D. h., Patienten, die ambulant versorgt werden können, werden im jeweiligen Versorgungsgebiet betreut. Das gleiche gilt für Patienten, die unter Berücksichtigung ihrer Suchtkarriere möglichst gemeindenah ambulant/teilstationär/stationär versorgt werden können. D. h., daß eine entsprechende Selektion im Rahmen der Zuweisung bereits spezifisch im Vorfeld durch qualifizierte Beratungsdienste wahrgenommen werden. Patienten, bei denen indikationsbedingt eine räumliche Trennung von ihrem Umfeld als notwendig angesehen wird, kommen zur Behandlung in Fachkliniken. Die Dauer der Behandlung orientiert sich im Rahmen eines mittelfristigen Behandlungskonzeptes jeweils fallorientiert und beträgt von sechs Wochen bis zu sechs Monaten. Um eine Erprobung unter realen Bedingungen und um den Kontakt zum familiären und sozialen Umfeld zu gewährleisten, sind sogenannte Heimattage bzw. Familienseminare Standard des Behandlungskonzeptes. Vielfältige und langjährige Kontakte zu den ambulanten Diensten gewährleisten eine nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbetreuung und Nachsorge bzw. die berufliche und soziale Wiedereingliederung.

Regelmäßig durchgeführte Katamnesen der qualifizierten, stationären, überregional arbeitenden Einrichtungen gewährleisten die Erfolgskontrolle und eine unter wissenschaftlichen Aspekten gesicherte Fortschreibung und Fortentwicklung des Therapiekonzeptes, ohne daß dies für die ambulanten, regionalen Einrichtungen gleichermaßen Standard wäre. Dadurch können heute in der Regel keine verläßlichen Angaben über die Effizienz der ambulanten, regionalen Einrichtungen gemacht werden. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Diensten der Suchtkrankenhilfe hat sich langjährig bewährt. Die guten Behandlungsergebnisse basieren auf dieser langjährig bewährten Zusammenarbeit zwischen den sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen und der betrieblichen Suchtkrankenhilfe — ein deutlicher Hinweis auf die richtige präzise Indikationsstellung bei Zuweisung. Ggf. werden Patienten bei Rückfall und nach Empfehlung durch die ambulanten Dienste in der entsprechenden Fachklinik wieder aufgenommen. Durch die vorliegenden Kenntnisse zum spezifischen Behandlungsdauer so kurz wie möglich und so lang wie notwendig gestaltet werden. Von den zu Betreuenden werden die im Lande Bremen vorhandenen stationären Suchteinrichtungen nicht selten nur ungern angenommen. Diese Einrichtungen werden vielfach wegen ihrer Größe und Krankenhausatmosphäre von den Betreuten abgelehnt. Im übrigen treten bei diesen Einrichtungen insbesondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowie der psychiatrischen Erkrankungen auf. Sowohl von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern der Beratungsstellen wird häufig eine zeitlich fixierte räumliche Trennung als prognostisch ungünstig angesehen, insbesondere nach Ausschöpfung der gemeindenahen Behandlungsangebote. Abschließend ist hierzu zu sagen, daß sowohl eine ambulante wie teilstationäre und gemeindenahe Versorgung in eine stationäre überregionale Behandlungsmöglichkeit mit räumlicher Trennung/Entfernung im allgemeinen Behandlungsangebot vorhanden sein muß. Es obliegt den Diensten vor Ort, je nach individueller Indikationsstellung die richtige Zuweisung in das richtige Glied der Behandlungskette zu treffen, nach den Erfahrungen in den Fachkliniken geschieht dies auch entsprechend qualifiziert. Anhand regelmäßig durchgeführter Katamnesen werden Qualität und Erfolg der Behandlung in den Kliniken regelmäßig kontrolliert. Es gibt bis dato keine wissenschaftlich belegten Erhebungen, daß im ambulanten bzw. teilstationären Bereich ähnlich erfolgreich und qualifiziert gearbeitet wird."

Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen vertritt zu diesen Fragen folgende Auffassung:

„Stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken können durch die Rentenversicherungsträger nur erbracht werden, wenn die in § 1236 Reichsversicherungsordnung geforderten medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei ist bei Suchtkrankheiten ebenso wie bei allen anderen Erkrankungen aus medizinischer Sicht gefordert, daß die begründete Aussicht besteht, durch entsprechende Maßnahmen die erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen. Demnach können stationäre Maßnahmen nur dann bewilligt werden, wenn bei vorausschauender Betrachtungsweise mit Rehabilitationserfolg zu rechnen ist. Wird dieser Erfolg jedoch voraussichtlich nicht eintreten, besteht für den Rentenversicherungsträger auch unter Berücksichtigung eines gewissen Ermessensspielraums nach § 1236 RVO rechtlich keine Möglichkeit zur Erbringung von Leistungen. Die Erfolgsprognose wird in Ausübung des Ermessens von den Rentenversicherungsträgern in jedem Einzelfall angestellt, und zwar unter Berücksichtigung verschiedener Gesichtspunkte, wie soziales Umfeld des Versicherten, Suchtkarriere, evtl. frühere erfolglos durchgeführte Maßnahmen, Motivationen usw. Dabei werden maßgeblich die aus der sogenannten „Feuerlein-Studie" gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigt.

Aus dieser Darstellung ergibt sich, daß keinesfalls durch das Verfahren der Rentenversicherungsträger bedingt pauschalierend eine ‚Ausgrenzung' von bestimmten Personen nach sozialen Gesichtspunkten aus dem Leistungskatalog der Rentenversicherungsträger erfolgt. Die Verfahrensweise der Landesversicherungsanstalt wird vielmehr bestimmt durch die in § 1236 RVO normierten Vorgaben des Gesetzgebers. Eine Ausdehnung des Leistungsrahmens der Rentenversicherung auf Personen mit mangelnden Erfolgsaussichten liegt nicht im Ermessen der Rentenversicherungsträger. Hierfür wäre allenfalls eine Änderung des Gesetzes erforderlich, wobei jedoch betont werden muß, daß eine derartige Änderung nicht dem Wesen der Rehabilitation in der Rentenversicherung entspräche, die auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gerichtet ist.

Die o. g. Zuständigkeitsabgrenzung bewirkt jedoch nicht, daß sich die Personen, die die Voraussetzungen der §§ 184a/1236 RVO nicht erfüllen, selbst überlassen bleiben, bis sie zwangsläufig als chronifizierte Fälle in der Psychiatrie untergebracht werden müssen. In den o. g. Fällen besteht immer noch die Möglichkeit, eine qualifizierte stationäre Therapie durchzuführen, allerdings auf Kosten des Sozialhilfeträgers, der in derartigen Fällen nachrangig verpflichtet ist (. . .).

Die Trennung der Entgiftungs- von der Entwöhnungsphase bei der Zuständigkeit von Krankenversicherung und Rentenversicherung geht auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 15. 2. 1978 zurück; sie wurde als Grundsatz in die Empfehlungsvereinbarung übernommen. Dabei ist jedoch in der Praxis der Leistungsträger nicht ausgeschlossen, daß bei vorangegangener Motivation ein nahtloser Übergang zwischen Entgiftung und Entwöhnung möglich ist."

Die Bewertung der Ergebnisse der derzeitigen Praxis der Suchtkrankenhilfe durch die Landesversicherungsanstalt Oldenburg und durch den Landesverband der Ortskrankenkassen werden vom Senat nicht geteilt. Der Senat hält es für notwendig, daß für das Land Bremen ein abgestuftes Hilfesystem eingerichtet wird, welches mit den Krankenkassen und den Rentenversicherungen gemeinsam entwickelt werden kann. Aus diesem Grunde werden der Senator für Jugend und Soziales, der Senator für Gesundheit und Sport und der Senator für Arbeit versuchen, in Zusammenarbeit mit der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen und dem Landesverband der Ortskrankenkassen ein von allen getragenes Hilfesystem für Suchtkranke zu entwickeln.

Zu 16.:

Wie bereits dargestellt, sind für die Rehabilitationsmaßnahmen vorrangig Rentenversicherung und Krankenkassen als Kostenträger zuständig und nur im Bedarfsfalle nachrangig der Sozialhilfeträger. Der Senat bedauert, daß sich bisher die Gesamtheit der Kostenträger nicht auf die Einrichtung eines gemeindenahen Versorgungssystems für Suchtkranke hat einigen können, sondern daß viele Kostenträger sich vertraglich an überregional arbeitende Suchtfachkliniken gebunden haben und dort ihre Versicherten unterbringen müssen, um nicht leer stehende Betten mitfinanzieren zu müssen.

Durch den hohen Standard der Selbsthilfe im Lande Bremen und die ständig zunehmende Zahl der betrieblichen Suchthilfegruppen sowie die Ausrichtung der stationären Therapie auf Kurzzeittherapie besteht jetzt über die Bundesrepublik gesehen bereits ein Überangebot an stationären Fachkliniken für Suchtkranke. Da die vertraglichen Bindungen der Kostenträger an die Suchtkliniken in der Regel mit Belegungsgarantien gekoppelt sind, wird damit auf die Versicherungen der Druck zunehmen, ihre überregionalen Vertragskliniken auslasten zu müssen.

Der Senat befürchtet, daß damit ein zweigleisiges Versorgungssystem eingeführt wird. Suchtkranke, die noch sozialversichert sind, werden überregional in hochspezialisierten Suchtfachkliniken behandelt. Suchtkranke, die aus dem Sozialversicherungssystem ausgegrenzt sind, werden gemeindenah vor Ort in Bremen betreut. Dies führt auch dazu, daß die gemeindenahen Versorgungssysteme nur noch die Suchtkranken mit den schlechten Risiken behandeln, während die Suchtkranken mit den positiven Prognosen überregional therapiert werden.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, daß als Folge der Vereinbarungen von Rentenversicherungen und Krankenkassen (Suchtvereinbarung zur Kostenteilung) nur eine „positive" Selektion von Suchtkranken in den Genuß einer von ihren gesetzlichen Kostenträger finanzierten Behandlung kommt. Die schematische Trennung von Entgiftung und Entwöhnung dabei ist falsch, denn sie wird dem ganzheitlichen Charakter der Erkrankung nicht gerecht.

In der Praxis reduziert sie die Entgiftung auf eine zeitlich befristete, rein körperbezogene Behandlung, während die Entwöhnung nur nach langwierigen bürokratischen Verfahren auf Antrag gewährt werden kann. Suchtkranke, die bereits in der kurzen ein- bis zweiwöchigen sogenannten Entgiftungsphase zu motivieren sind, einen Therapieantrag zu stellen, die eine günstige Prognose hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit haben, die keine Persönlichkeitsstörung, Intelligenz- oder Reifungsschäden haben, die im Beratungsprozeß keine eigene Vorstellung über eine ihrer Persönlichkeit und ihren Defiziten entsprechende Therapiearbeit haben, werden somit bevorzugt ausgesucht und überregional behandelt. Die von Suchtkrankheiten am schwersten Betroffenen werden von diesen Hilfen ausgegrenzt.

Das System der Suchtkrankenhilfe ist nach Meinung des Senats auf den Kopf gestellt: Wer wenig Hilfe bedarf, erhält viel, wer viel Hilfe bedarf, erhält wenig, bis er so geschädigt ist, daß er dauerhaft zu Lasten der Sozialhilfeträger stationär untergebracht werden muß. Der Senat befürchtet, daß die in der Regel nicht kündbaren Verträge der Rentenversicherungen mit den gewerblichen Trägern langfristig dieses als falsch erkannte Versorgungssystem festschreiben.

Deshalb unterstützt der Senat die Vorschläge der SPD-Fraktionsvorsitzenden von Bund und Ländern, durch Veränderungen in dem Versicherungswesen die Prävention einschließlich des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung, die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sowie die gesamte Einkommenssicherung bei Invalidität neu zu regeln. Ziel dieser Bemühungen ist ein einheitliches Leistungsrecht für alle Kranken und Behinderten und eine einheitliche Organisation für die gesamte medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation.

Wieviel gewerbliche Träger für die Versorgung Bremer Patienten in Anspruch genommen werden, konnte nicht ermittelt werden. Im Prinzip stehen alle gewerblichen Kliniken den Bremer Suchtmittelabhängigen zur Verfügung, sofern sie von den für sie jeweils zuständigen Kostenträgern belegt werden. Lediglich der Sozialhilfeträger achtet bei seiner Zuständigkeit auf eine regionale gemeindenahe Unterbringung.

Auch zu dieser Frage vertreten die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen und der Landesverband der Ortskrankenkassen Bremen eine andere Auffassung. Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen teilt dazu mit:

„Die gemeindenahe Therapie birgt bekannterweise ebenso viele Vor- wie Nachteile in sich, so daß diese Form der Therapie nicht prinzipiell unter Berufung auf die Psychiatrieenquete als die einzig richtige Form der Behandlung Suchtkranker hingestellt werden darf. Ganz im Gegenteil kann es für den einzelnen Betreuten unter Umständen notwendig sein, ihn für eine gewisse Zeit von seinem bisherigen Umfeld zu distanzieren. Im Ergebnis werden nur ca. ein Drittel aller Entwöhnungsbehandlungen in ortsfernen Einrichtungen durchgeführt. Auch bei diesen Einrichtungen ist aber gewährleistet, daß während der letzten Therapiephase bereits Kontakt mit Nachsorgeeinrichtungen (Selbsthilfegruppen) am Wohnort des Betreuten geknüpft werden. Dadurch wird eine weiterführende Betreuung des Versicherten auch nach der Entlassung aus der stationären Therapie sichergestellt.

Ferner widerspricht es den neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen, eine Langzeittherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige generell als ungeeignet zu bezeichnen. Nach der ‚Feuerlein-Studie' steht die Effektivität der Maßnahmen nur bedingt in Abhängigkeit zur Therapiedauer. Es ist vielmehr entscheidend, nach den prognostischen Merkmalen im Einzelfall die richtige Form der Therapie auszuwählen. Bei der o. g. Untersuchung hat sich die Langzeittherapie sogar für etliche Fälle als die geeignetere Form herauskristallisiert (. . .)".

An anderer Stelle führt die Landesversicherungsanstalt aus:

„Der Rentenversicherungsträger bestimmt nach § 1236 Abs. 1 Satz 5 Reichsversicherungsordnung unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalles Art, Umfang und Durchführung der Leistung zur Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung." Sie trägt weiter vor: „Insgesamt ist zu diesem Komplex anzumerken, daß bei der Wahl der Behandlungseinrichtung in erster Linie die Vorschläge der Beratungsstellen Berücksichtigung finden; die Wünsche des Betreuten werden bei der Entscheidung, soweit angemessen, ebenfalls berücksichtigt. Ferner haben die Leistungsträger selbstverständlich bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

Belegungsverträge mit Behandlungseinrichtungen sind bei den Rentenversicherungsträgern im Suchtbereich die Ausnahme. Von seiten der LVA Oldenburg-Bremen besteht nur mit der Roland-Klinik Bad Meinberg eine vertragliche Vereinbarung über die Belegung einer geringen Anzahl von Betten. Diese Vereinbarung beeinträchtigt jedoch nicht den Grundsatz, daß für jeden Einzelfall die individuell geeignete Einrichtung ausgewählt wird (. . .).

Da sich die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen der ambulanten Therapie, insbesondere auch der Nachsorge, nicht verschließen will, wird z. Z. geprüft, wie die Suchtberatungsstellen der verschiedenen Träger mit Mitteln im Rahmen der §§ 1305/1307 Reichsversicherungsordnung unterstützt werden können."

Der Landesverband der Ortskrankenkassen nimmt zu dieser Frage wie folgt Stellung:

„Die Kliniken verfügen in der Regel über keine Belegungsgarantien. Als freie Träger stehen sie in langjähriger Zusammenarbeit mit dem für Bremen zuständigen Arbeiterrentenversicherungsträger, der BfA und den Krankenkassen als Kostenträger. Die Befürchtungen eines zweigleisigen Versorgungssystems werden nicht geteilt. Aufgrund der Erfahrungen des Erfahrungsberichts zur Suchtvereinbarung vom 1. 10. 1982 und den Erfahrungen aus der täglichen Klinikpraxis erfolgt die Verlegung von der Entzugs- in die Entwöhnungsphase je nach Lage des Einzelfalles innerhalb eines Monats, zum größten Teil in größeren Abständen. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung im Zusammenwirken zwischen ambulanten Diensten und Kosten-/Leistungsträger geplant wurde. In Einzelmaßnahmen werden auch Eileinweisungen berücksichtigt. Kosten- und Leistungsträger bestehen aufgrund der gültigen Rechtsprechung sowie aus inhaltlichen medizinisch-therapeutischen Gründen auf die nachstehenden Voraussetzungen, die sich in der Praxis bewährt haben:

— Begründete Erfolgsaussicht der Maßnahme,

— die Behandlungsbereitschaft/Motivation des Patienten,

— Behandlung in einer qualifizierten Einrichtung.

Zu berücksichtigen ist auch der wirtschaftlich vergleichbar günstige allgemeine Pflegesatz gegenüber Pflegesätzen, z. B. von Landeskrankenhäusern, Krankenhäusern usw. — siehe Kostendämpfung im Gesundheitswesen."

Nach Auffassung des Senats ist es notwendig, bei der Abstimmung eines gemeinsamen Hilfesystems zwischen Krankenkassen, Rentenversicherung und den zuständigen senatorischen Behörden für das Land Bremen auch diese Auffassungsunterschiede abzuarbeiten.

Zu 17.:

Bei einer Würdigung der vielen Gemeinschaften, die es heute im Bereich der Selbsthilfe in Bremen gibt, ist wichtig zu sehen, daß Selbsthilfe kein Instrument zur Bewältigung von Mängellagen ist. Für den Senat ist Selbsthilfe eine Form der Hilfe, die in einer Gesellschaft, in der viele Hilfsangebote und Dienstleistungen zwar Solidarleistungen, aber an Fachleute delegiert sind, wichtiger geworden ist denn je. Die Gegenseitigkeit der Hilfe im Bereich der Selbsthilfe ist in dieser Form einzigartig. Die Ganzheitlichkeit, daß der Mensch und nicht nur das Problem erreicht wird, ist lebensnah.

Selbsthilfe und öffentliche Hilfssysteme ergänzen sich. Dabei erzwingt Selbsthilfe auch Infragestellung der öffentlichen Angebote. Diese Infragestellung durch engagierte Mitglieder von Selbsthilfegruppen ist für die öffentlichen Angebote oft schmerzhaft, aber im Ergebnis hilfreich.

Zu 18.:

Im Bereich der Suchtkrankenbehandlung ist die Angebotsdichte an Selbsthilfegruppen in Bremen beispielhaft. Auf das Gebiet der Stadtgemeinde bezogen mit dem unmittelbaren Umland existieren mittlerweile ca. 150 Gruppen. Alle Gruppen sind beispielhaft zur Zusammenarbeit mit den Fachdiensten und stationären Angeboten bereit. So gehen nicht nur regelmäßig Patienten während der stationären Behandlung in die Selbsthilfegruppen, sondern in gleicher Weise kommen Vertreter der Gruppen z. B. in die Klinik Psychiatrie III. Dies nicht nur, um dort Gruppenangebote vorzuhalten, sonden sie stehen dort auch an mehreren Tagen in der Woche für Gespräche mit Patienten und Angehörigen zur Verfügung.

Ein anderes Beispiel bietet die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Eine der zentralen Bemühungen der Suchtkrankenhilfe im Sozialpsychiatrischen Dienst ist die Motivierung der Klientel zum Besuch von Selbsthilfegruppen. Das Erleben von Solidarität, Vertrauen, Gemeinschaftsgefühl und Unterstützung ist gerade bei Suchtkranken zur Überwindung ihres Suchtverhaltens bzw. zur Aufrechterhaltung von Abstinenz eminent wichtig.

Rund 40 Prozent der Klientel der Suchtkranken des Sozialpsychiatrischen Dienstes können dafür gewonnen werden. Darüber hinaus werden rund 10 Prozent der Klientel der Suchtkranken in vom Sozialpsychiatrischen Dienst initiierte Gruppen aufgenommen. Letztere insbesondere dann, wenn Klienten mit den Konzepten von Selbsthilfegruppen nicht zurechtkommen oder wenn noch zu hohe Schwellen-

ängste bestehen. Eine besondere Bedeutung nehmen die zum Teil regelmäßigen Arbeitskontakte zwischen den einzelnen Beratungsstellen und den Selbsthilfeverbänden ein. In der Vermittlung von Klienten sind gerade hier persönliches Kennen und Vertrauen wichtig.

Seit der Gründung der Anonymen Alkoholiker in Bremen im Mai 1966 ist die Anzahl der Gruppen auf rund 85 im Lande Bremen gestiegen. Zur AA-Landesgruppe Bremen gehören außerdem noch rund 45 Gruppen im nichtbremischen Umland in einem Radius von ca. 80 km außerhalb Bremens.

Der Deutsche Guttemplerorden, Bezirk Bremen, hatte im Jahre 1985 in 24 Guttemplergemeinschaften 602 eingetragene Mitglieder. Für 30 Ehemalige betreiben die Guttempler in Zusammenarbeit mit der Arbeitshilfe des Sozialamtes ein Werkstattprojekt. Die Maßnahmen der Guttempler sind 1985 mit ca. 60 000,00 DM gefördert worden.

Das Blaue Kreuz unterhält in der Abbentorstraße eine Beratungsstelle, im Rahmen der Arbeitsgruppe des Blauen Kreuzes arbeiten in Bremen sieben Selbsthilfegruppen. Das Blaue Kreuz wird von der Inneren Mission gefördert.

Der Freundeskreis zur Vorbeugung und Überwindung der Alkoholsucht in Bremen und Bremerhaven bietet insgesamt sechs Selbsthilfegruppen an, die sich regelmäßig einmal wöchentlich treffen. Durchschnittlich nehmen an diesen Zusammentreffen pro Gruppe 15 Personen teil. Der Freundeskreis wurde 1985 mit ca. 1000,00 DM gefördert.

Der Verein für alkoholfreie Lebenshilfe betreibt in der Thedinghauser Straße in Bremen eine Begegnungsstätte für ehemalige Alkoholiker, die auch abends und nachts geöffnet hat. Der Verein hat 130 Mitglieder, es kommen jährlich durchschnittlich 300 bis 500 verschiedene Personen im Alter von 16 bis 60 Jahren. Die Begegnungsstätte wurde vom Senator für Soziales mit ca. 12 000,00 DM in 1985 gefördert.

Dem Elternkreis drogenabhängiger Jugendlicher gehörten im Jahre 1985 in Bremen 172 Personen an, die regelmäßig an den wöchentlichen Gruppenabenden teilnahmen. Der Elternkreis wird mit rund 25 000,00 DM vom Senator für Jugend und Soziales gefördert.

Als Lebensgemeinschaft ehemaliger Drogenabhängiger besteht seit drei Jahren die Selbsthilfegruppe Elrond. Im Jahre 1985 wurde der Gruppe Elrond für die Renovierung eines Hauses vom Senator für Gesundheit und Sport und vom Senator für Jugend und Soziales ein Zuschuß von ca. 48 000,00 DM zur Verfügung gestellt.

Die Clean-Gruppe arbeitet mit ehemals Drogenabhängigen regelmäßig in der Beratungsstelle Bauernstraße 2. An den Gruppenabenden nehmen 15 bis 25 Personen teil.

Der Verein Hilfe zur Selbsthilfe besteht seit 1983 und bemüht sich um die Rehabilitation ehemals Drogenabhängiger, indem er ihnen Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten schafft. Mittlerweile sind zwei Häuser gefunden, die ca. 20 ehemals Süchtigen ein Zuhause bieten. Der Verein hat in der Großen Johannisstraße eine Begegnungsstätte für ehemalige Drogenabhängige eingerichtet.

Zu 19.:

27 Einrichtungen der betrieblichen Suchtkrankenhilfe in den verschiedensten Strukturen existieren derzeit im Lande Bremen in der gewerblichen Wirtschaft und im Bereich der Behörden. 14 entfallen davon auf verschiedene Ämter, dies sind 5 Prozent der in Frage kommenden 270 Arbeitsbereiche.

Nach Auskunft der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren existieren derzeit in der Bundesrepublik 500 bis 600 betriebliche Suchtkrankenhilfen. Sie finden sich überwiegend in Unternehmen mit mehr als 1000 Mitarbeitern.

Die Entwicklung der betrieblichen Suchtkrankenhilfe ist ganz entscheidend geprägt durch die in den 60er Jahren beginnenden Suchthilfeprogramme der freien Wirtschaft in den Vereinigten Staaten. Gleichfalls in den 60er Jahren wurden Alkoholikergruppen in größeren Betrieben Schwedens gegründet. 1968 findet sich erstmalig das Thema „Alkohol im Betrieb" in einem Vorlesungsverzeichnis „Akademie für Arbeitsmedizin" in Berlin.

Anfang der 70er Jahre eröffnete in seiner Dienststelle der Polizeiarzt in Bremen, Herr Dr. Brüning, die Alkoholikergruppe für waffentragende Polizeibeamte. Gleichfalls Anfang der 70er Jahre begann in den deutschen Medien in merkbarem Umfang eine Diskussion über das Thema Alkohol am Arbeitsplatz. Mitte der 70er Jahre wurden die ersten Suchthilfen in deutschen Großbetrieben gegründet. 1976 begannen in Bremen 2 Arbeiter der Klöckner-Hütte nebendienstlich und ehrenamtlich eine Betreuung suchtkranker Kollegen. Diese Tätigkeit entwickelte sich zu einer sehr aktiven und beispielhaften betrieblichen Suchtkrankenhilfe. 1975 schlossen sich unterschiedlichste interessierte Gruppierungen im Lande Bremen zu einem Arbeitskreis Alkohol zusammen. 1978 bereits entwickelte sich hieraus der Arbeitskreis Betriebliche Suchtkrankenhilfe, der spezifische betriebsbezogene Fragen diskutieren wollte.

1978 brachte die in Berlin stattfindende wissenschaftlich-praktische Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren über das Thema Suchterkrankungen am Arbeitsplatz einen Durchbruch in der Diskussion, indem das teilweise heute noch tabuisierte Problem einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt wurde. 1984 und 1985 erreichten Arbeitstagungen der Bremer Landesstelle gegen die Suchtgefahren zusammen mit dem Arbeitskreis Betriebliche Suchtskrankenhilfe über das Thema Alkoholprobleme am Arbeitsplatz ein verstärktes Interesse in der Öffentlichkeit und eine Neigung in Betrieben, das Gehörte umzusetzen.

1986 wurde der „Verband betrieblicher Suchtkrankenhilfen e.V." gegründet. Er fördert den Arbeitskreis Betriebliche Suchtkrankenhilfe ideell, er nimmt individuelle gewerbliche und behördliche Interessenten auf. Er informiert, berät und vermittelt Erfahrungen. Er arbeitet mit Verbänden, Gremien und Behörden zusammen. Im Vordergrund seiner Tätigkeit steht die Mithilfe beim Aufbau betrieblicher Suchtkrankenhilfen und auf Wunsch deren Supervision.

Der Senat wird auch weiterhin den Ausbau der betrieblichen Suchtkrankenhilfen u. a. durch auch für gewerbliche Bereiche offene verbandsgetragene oder behördlich veranstaltete Arbeitstagungen fördern. Durch Öffentlichkeitsarbeit wird der Senat dazu beitragen, die Bedeutung des Themas Alkohol am Arbeitsplatz zu unterstreichen.

Für den öffentlichen Bereich muß geprüft werden, ob ein Sozialdienst „Suchtkrankenhilfe" für Mitarbeiter im Rahmen eines betriebsärztlichen Dienstes eingerichtet werden kann und wie bei den einzelnen Dienststellen betriebliche Suchtkrankenhilfen aufgebaut werden können. Die Erfahrung hat gezeigt, daß es zum Aufbau betrieblicher Suchtkrankenhilfen immer erfahrener betroffener Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen bedarf. Das Problem der Freistellung über längere Sicht für diese Mitarbeiter muß dabei noch gelöst werden.

Der Senat strebt dabei eine längerfristige Planung mit einer systematischen Aufarbeitung in den dezentralen Ämtern an. Insbesondere sollen auch amtsinterne Fortbildungsmaßnahmen entwickelt werden, die folgende Maßnahmen enthalten sollen:

Informationen der oberen Leitungsebenen

Informationen der Vorgesetzten

Information des Personalrates

allgemeine Aufklärung in Personalversammlungen, durch Anschläge, Artikel in Betriebszeitungen oder ähnliches

Hinweise auf das Vorbildverhalten von Vorgesetzten

Gründung von Arbeitskreisen Sucht in einzelnen Ämtern.

Zu 20.:

Bereits die ausgewiesenen Kosten haben gezeigt, daß der Vorrang ambulanter vor teilstationärer und stationärer Aufgaben im Lande Bremen noch nicht voll entwickelt ist. Auch die ausgewiesenen Fallzahlen deuten darauf hin. Heute ist insbesondere der Selbsthilfebereich nahezu optimal im Lande Bremen organisiert und ist der Beratungsbereich vorbildlich dicht. Im Bereich der therapeutischen Angebote ergeben sich jedoch nach wie vor ungelöste Kostenprobleme, da unspezifische ärztliche Hilfen unproblematisch im Bereich der Krankenkassen abgerechnet werden, während spezifische Behandlungsangebote der im Suchtbereich ambulant überwiegend tätigen nichtärztlichen Therapeuten nach wie vor nicht abgerechnet werden.

1985 z. B. wurden 80 Prozent der Klientel der Suchtkranken des Sozialpsychiatrischen Dienstes ausschließlich ambulant betreut, bei 2 Prozent wurde zusätzlich eine teilstationäre Maßnahme, Tages- oder Nachtklinik eingeleitet und bei 18 Prozent eine stationäre Behandlung vermittelt. Die stationären Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen erfolgten dabei zu 80 Prozent im Rahmen des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost, so daß auch die Versorgung Suchtkranker weitgehend im Rahmen einer gemeindenahen Psychiatrie organisiert und durchgeführt wurde. Die ambulanten Hilfen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst wurden finanziell ausschließlich durch Bremen abgesichert. Eine Beteiligung anderer Kostenträger gab es nicht.

Ebenso versucht die Klinikambulanz des Krankenhauses Sebaldsbrück, die im starken Maße im Bereich vorstationärer Behandlung tätig wird, notwendig scheinende stationäre Aufnahmen zu verhindern. Dabei kann aus Kostengründen ein ausgeprägtes Behandlungsprogramm, welches fachlich seit Jahren möglich ist, mangels Sicherung der dafür anfallenden Kosten nicht vorgehalten werden

Ebenso verfügt die Klinik Psychiatrie III im teilstationären Bereich über ein seit mehreren Jahren erprobtes Angebot der teilstationären Behandlung Suchtkranker. Die teilstationäre Behandlung setzt aber als Behandlung in der Regel im Anschluß an die stationäre Unterbringung ein. Es geschieht selten, daß Patienten direkt aufgenommen werden. Darüber hinaus bestehen nach wie vor erhebliche Probleme, Patienten zu behandeln, wenn diese in den Leistungsbereich der Rentenversicherung fallen, da die Rentenversicherung bisher generell die Kostenübernahme bei teilstationären Behandlungen ablehnt und die Krankenkassen andererseits keine Behandlungskosten übernehmen wollen, wenn die stationäre Behandlung in den Leistungsbereich der Rentenversicherung fällt. Dies bedeutet, daß für Patienten, für die eine teilstationäre Behandlung gemeindenah möglich wäre, dann ortsferne stationäre Unterbringung erfolgt.

Im Bereich der komplementären Einrichtungen und Dienste ist es neben den Ehemaligen-Treffs, die die Funktion von Tagesstätten haben, durch die Einrichtung der Heime für chronisch kranke Alkoholiker im Haus Neuland und in Blumenthal bei der Arbeiterwohlfahrt sowie durch die 20 Plätze für ehemalige Drogenabhängige beim Verein Hilfe zur Selbsthilfe zu einer spürbaren Entlastung gekommen, so daß eine Plazierung von chronisch Suchtkranken außerhalb Bremens 1985 nur in Ausnahmefällen noch notwendig war.

Aufgrund des gut ausgebauten Netzes von Selbsthilfegruppen in Bremen kann man davon ausgehen, daß gut die Hälfte aller Bremer Patienten ohne längerfristige professionelle Hilfe im ambulanten oder im Selbsthilfebereich ihre Stabilisierung erfahren können. Man kann davon ausgehen, daß die bekannten Untersuchungen sowohl der amerikanischen Randstudie als auch die Untersuchungen der medizinischen Hochschule Hannover auch für Bremen zutreffen, daß nämlich ca. die Hälfte aller behandlungsbedürftigen Suchtkranken ihr Problem außerhalb von stationären Einrichtungen selbst lösen kann.

Zu 21.:

Das Land Bremen strebt an, für ehemals Suchtkranke keine Sondermaßnahmen zur beruflichen Förderung und Eingliederung einzurichten, sondern die Suchtkranken in die allgemeinen Maßnahmen zu integrieren. Aufgrund der schlechten Arbeitsmarktlage gelingt es jedoch immer weniger, Menschen mit besonderen psychosozialen Problemen in den allgemeinen Arbeitsmarkt zurückzuvermitteln.

Aus diesem Grunde hat sich in den vergangenen Jahren verstärkt die Arbeitshilfe des Sozialamtes um die berufliche Förderung und Integration von ehemals Suchtkranken bemüht. Im Bereich der Arbeitshilfe wurden im Jahr 1985 für etwa 300 ehemals Suchtkranke Arbeitsprojekte und Arbeitsmaßnahmen einschließlich Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen organisiert und durchgeführt. Die Arbeitshilfe arbeitet dabei eng mit anderen Trägern und Einrichtungen zusammen. Aus einer solchen Zusammenarbeit ist auch das Guttempler-Arbeitsprojekt mit 30 ehemaligen Alkoholikern entstanden.

Zu 22.:

Im Rahmen eines vom Europarat betreuten Programmes, in dem gleichzeitig in verschiedenen europäischen Regionen Präventionsprojekte durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert werden, wird das Präventionsprojekt Obervieland des Senators für Bildung, Wissenschaft und Kunst evaluiert.

Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin ist an der großangelegten deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie beteiligt, die unter anderem auch Fragen der Prävention von Suchtkrankheiten in Bremen behandelt.

Durch das „Modell aufsuchende Sozialarbeit" des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit sind Teile des Kontakt- und Beratungszentrums Bauernstraße 2 finanziert. Dieses Modell wird vom Institut für Sozialpädagogik und Sozialarbeit in Frankfurt wissenschaftlich begleitet.

Darüber hinaus existieren keine einschlägigen Forschungsvorgaben, die sich mit der Wirksamkeit des regional vorgehaltenen Hilfesystems für Suchtkranke in Bremen beschäftigen.

Zu 23.:

Für den Bereich der illegalen Drogen hat der Koordinierungsausschuß Drogen der senatorischen Behörden verstärkte Bemühungen ergriffen, die Kooperation zwischen Universität, Hochschule und den Praktikern der Suchtarbeit zu verbessern. Die Universität plant für das Wintersemester 1986/87 eine Vorlesungsreihe zu den Problemen der Arbeit mit Abhängigen von illegalen Drogen sowie die Evaluation von Hilfsmaßnahmen für Drogenabhängige im Lande Bremen.

Zu 24.:

Die Kooperation und Koordination aller am Rehabilitationsprozeß Suchtkranker beteiligten Institutionen und Verbände wird im Lande Bremen dadurch sichergestellt, daß alle am Rehabilitationsprozeß beteiligten Institutionen, Gruppen und Verbände sich regelmäßig in Arbeitsgruppen zusammenfinden. Dies sind der Arbeitskreis Alkohol, der Arbeitskreis betriebliche Suchtkrankenhilfe und der Arbeitskreis Drogen. Der Koordinierungsausschuß Drogen der senatorischen Behörden hat darüber hinaus die Aufgabe, die Arbeit mit den Abhängigen von illegalen Drogen zu koordinieren.

Druck: Anker-Druck Bremen