

# Suchtprävention als Bestandteil ärztlichen Handelns

G. Ollenschläger

**Im Sommer 1992 hat die Bundesregierung einen Bericht über die Maßnahmen des Bundes zur Umsetzung des sogenannten Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans vorgelegt. Folgende für die ärztliche Tätigkeit relevante Zielsetzung wurde dabei hervorgehoben: Optimierung der Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage nach Rauschgift, insbesondere durch Verstärkung von Prävention, Beratung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation. Im folgenden soll diskutiert werden, in welchen Bereichen die Intensivierung der Suchtprävention unter Einbeziehung der Ärzteschaft dringlich erscheint.**

## Situationsanalyse im Bereich der Suchtkrankheiten

Sucht wird in einer umfassenden Definition — welche nicht nur medizinische Aspekte beinhaltet — als ein „unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand“ bezeichnet. In diesem Sinne kann die Abhängigkeit von Suchtmitteln als ein Zustand körperlicher und/oder seelischer Abhängigkeit von einer Substanz mit Wirkung auf das ZNS aufgefaßt werden. Kennzeichen der körperlichen Abhängigkeit sind dabei Toleranzsteigerung, Dosiserhöhung und Abstinenzerscheinungen bei Absetzen bzw. Dosisreduktion.

### Tabakkonsum

Zahlen über die Häufigkeit der Nikotinabhängigkeit zu erhalten, ist nicht einfach, da zum Teil erhebliche begriffliche Unsicherheit bezüglich des Suchtbegriffs besteht. Rauchen ist die wichtigste vermeidbare Einzelursache von Krankheit und vorzeitigem Sterben in Europa: nach Schätzungen der WHO sterben in Europa jährlich etwa 800 000 Menschen an kardiovaskulären oder bronchopulmonalen Erkrankungen infolge übermäßigen Aktiv-Rauchens.

In den letzten 30 Jahren fiel in Westdeutschland bei Männern der Raucheranteil von über 60 Prozent auf 42 Prozent. In der gleichen Zeit stieg er bei Frauen von 17 Prozent auf etwa 31,3 Prozent. Die meisten Raucher sind bei Männern in der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren zu finden (52 Prozent), bei Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (42 Prozent). Im Vergleich zu Westdeutschland war in der DDR 1985 der Raucheranteil bei Männern nahezu

gleichgroß (West 41 Prozent, Ost 42 Prozent), bei Frauen deutlich geringer (West 27 Prozent, Ost 19 Prozent). 24,7 bzw. 22,1 Prozent (m/w) der Ärzte und Apotheker rauchen in Deutschland, hingegen in den USA unter 17 Prozent. Besonders bedenklich ist die hohe Raucherquote der deutschen Medizinstudenten (34,6 Prozent der Frauen und 43,2 Prozent der Männer).

Nach den Ergebnissen der Mikrozensus-Untersuchungen 1978 und 1989 sind 22,4 Prozent der Bevölkerung Passivraucher. Erschreckend ist dabei, daß 50 bis 52 Prozent der Kinder unter 16 Jahren mit Rauchern in einem Haushalt leben, 14 bis 16,7 Prozent mit starken Rauchern.

### Alkoholismus

In Deutschland muß man von etwa drei bis fünf Prozent Alkoholikern unter der Gesamtbevölkerung ausgehen (davon 25 Prozent Frauen). Alkoholiker finden sich in allen Altersgruppen, vor allem aber zwischen 25 und 45 Jahren; ferner in allen Berufen. Der Verbrauch alkoholischer Getränke (berechnet als „reiner Alkohol pro Kopf der Bevölkerung“) ist von 1950 bis 1980 kontinuierlich von 3,1 auf 12,5l angestiegen und hat sich seitdem im Bereich zwischen 11,8 und 12,9 (Ostdeutschland 1991) eingependelt. 25,6 Prozent/34,4 Prozent der west-/ostdeutschen Bevölkerung der Altersgruppe 12 bis 24 Jahren trinken (fast) täglich bzw. mehrmals in der Woche Alkohol. Zwischen 25 und 39 Jahren liegen diese Zahlen bei 44,8 Prozent/45,4 Prozent. Die Prävalenzrate von behandlungsbedürftigen erwachsenen Alkoholikern stieg zwischen 1978 und 1985 von 4,6 auf 7,1 Prozent. Der Prozentsatz der Al-

koholiker unter den Praxis- und Krankenhauspatienten wird je nach Untersuchung mit etwa 14 bis 25 Prozent angegeben.

### Medikamentenabhängigkeit

Im Gegensatz zum Alkoholismus ist die Häufigkeit der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland völlig unsicher. Die Zahl der medikamentenabhängigen Frauen und Männer wurde für Westdeutschland 1984 von Poser in einer Spannweite zwischen 150 000 und 800 000 angegeben. Hingegen muß die Dunkelziffer beeindruckend groß sein, berücksichtigt man allein die Daten zur Verordnung und zum Konsum von Arzneimitteln mit psychotropen Wirkstoffen. In einer aktuellen Übersicht über die Verbrauchszahlen für Psychopharmaka wird berichtet, daß im Erhebungszeitraum 1987 bis 1989 rund 14 Prozent der Frauen und sieben Prozent der Männer in den letzten sieben Tagen vor der Befragung psychotrope Pharmaka verwendet hatten, wobei eine deutliche Beziehung zur Häufigkeit des Arztbesuchs besteht. Die Wahrscheinlichkeit einer hohen Dunkelziffer der Medikamentenabhängigkeit wird an der Verordnungshäufigkeit eines Benzodiazepin-Derivates, des Flunitrazepam deutlich. Flunitrazepam gehört zu den langwirkenden Benzodiazepinen, die sicherlich nicht als Medikament der Wahl für Einschlafstörungen gelten. Trotzdem gehört das Präparat zu den 20 auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung am häufigsten verordneten Medikamenten (1991: 2,58 Millionen Verordnungen, Kosten: 39 Millionen DM).

### Illegale Drogen

Die Gesamtzahl der von illegalen Drogen Abhängigen wird heute mit etwa 80 000 bis 100 000 angegeben — das sind doppelt so viele wie 1984. Die Zahl der Erstkonsumenten harter Drogen hat sich seit 1984 mit einem Anstieg auf 13 000 mehr als verdreifacht, die der Rauschgifttoden versechsfacht (Anstieg von 361 auf 2 125). In den westlichen Bundesländern haben 16,3 Prozent der 12- bis 39jährigen (3,7 Millionen) Personen schon einmal illegale Drogen konsumiert. Seit 1986 nahezu unverändert ist die Einstellung der 12- bis 25jährigen Jugendlichen gegenüber einem Rauschmittelverbot. Bis zu Anfang der 80er Jahre nahm jeder Zweite eine eher permis-

siv-liberale Haltung ein, seit Mitte der 80er Jahre nur noch jeder Dritte. Insgesamt hat sich das Problem der Rauschgiftabhängigkeit in letzter Zeit zunehmend in ältere Jahrgänge verlagert: 75 Prozent der Drogentoten waren 1991 älter als 24 Jahre, 1981 waren es noch 40 Prozent.

### Grundlagen der Suchtprävention

Präventive Maßnahmen können die Bereitschaft, Suchtmittel zu probieren, entscheidend beeinflussen und die Nachfrage nach Suchtmitteln verringern. Dabei sind präventive Maßnahmen wirksam in Hinblick auf eine Verhinderung des Suchtmittelkonsums, eine Verschiebung des Konsumbeginns und/oder eine Verhinderung eines langfristigen Mißbrauchverhaltens.

Umfassende Suchtprävention erfordert die Berücksichtigung aller legal und illegal verfügbaren Suchtmittel: die Entstehungsbedingungen für süchtiges Verhalten sind offensichtlich sehr ähnlich, die Stoffe sind häufig austauschbar.

Obwohl bis heute eine umfassende Erklärungstheorie zur Entwicklung eines Substanzmißbrauchs fehlt, lassen sich vier Bereiche beschreiben, deren wechselseitige Einflüsse das Suchtverhalten mitbestimmen sollen und auf die sich präventive Maßnahmen beziehen:

*Person:* Lebensgeschichte, Lebensalter, soziale Kompetenz, Fertigkeiten zur Bewältigung persönlicher Probleme.

*Milieu:* soziales Umfeld, familiäre Situation, Vorbilder, Einstellung des Umfeldes zum Suchtmittelkonsum.

*Suchtmittel:* Tabak, Alkohol, Medikamente, Drogen.

*Markt:* Angebot, Preis, Verfügbarkeit, Werbung.

Für die praktische Präventionsarbeit ist bedeutsam, daß sich die Konzepte zur Suchtprävention in folgender Weise entwickelt haben:

- Entwicklung der Verhaltenskompetenzen sowie Förderung von Einstellungen gegen den Suchtmittelgebrauch statt reiner Informationsvermittlung.
- Integrierte Programme, die sowohl substanzspezifische wie substanzunspezifische Anteile haben, statt Beschränkung auf die eine oder andere Strategie.

— Langfristige, über Jahre gehende präventive Programme statt einzelner kurzfristiger Aktionen.

### Inhalte und Arbeitsbereiche der Suchtprävention

Die Aufgaben der Suchtprävention lassen sich — in Analogie zu anderen Zielen präventiver Maßnahmen — in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aufteilen, wenngleich es inhaltliche und zielgruppenspezifische Überschneidungen gibt.

Primäre Suchtprävention zielt auf den Erhalt und die Entfaltung von Gesundheit. Sie richtet sich vorrangig an Kinder und Jugendliche und soll diejenigen protektiven Faktoren stärken, welche der Entwicklung und Entstehung von Suchtverhalten und Suchtmittelabhängigkeit vorbeugen. Die Primärprävention der Sucht muß in ein allgemeines Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sein. Sie ist Aufgabe aller Sozialisationsinstanzen, beginnend bei der Familie. Darüber hinaus darf Suchtprävention nicht allein auf Kinder und Heranwachsende beschränkt bleiben, sie richtet sich lebensbegleitend an alle Altersgruppen.

Zentraler Bestandteil präventiver Maßnahmen muß die Förderung der Kompetenzen zur Lebensbewältigung sein (z.B. Selbstsicherheits-, Problemlöse-, Kommunikationstraining, Streßmanagement etc.). Im Rahmen dieses generellen Konzeptes sind Informationen zu Suchtverhalten und Substanzmißbrauch sorgfältig zu planen und altersabhängig zu vermitteln, wobei vor allem Ansätze zur Angsterzeugung unbedingt zu vermeiden sind. Medizinische Informationen sollten auf die Beschreibung der Suchtmittel, auf kurzfristige, für die jeweilige Altersgruppe erlebbare Konsequenzen sowie auf den Umfang des Konsums in der Bevölkerung beschränkt werden. Primärpräventive Konzepte müssen substanzspezifische und — in der Regel sehr viel umfangreichere — substanzunspezifische Anteile enthalten.

Primärprävention darf nicht mehr eine spezielle Handlung, Maßnahme oder Aktion sein, sondern muß integrierter Bestandteil des täglichen Lebens in Familie, Schule, Arztpraxis, Krankenhaus werden.

Sekundäre Suchtprävention, d.h. die Arbeit mit Gefährdeten, geht von einer bereits auffällig gewordenen Neigung zu süchtigem Verhalten aus und hat daher zum Ziel, das Umschlagen dieser Neigung oder Haltung in ein abhängiges Verhalten zu verhindern. In diesem Zusammenhang muß Sekundärprävention folgende Aufgaben leisten:

- Erfassung und Ansprache des Suchtgefährdeten,
- Charakterisierung des individuellen Gefährdungsrisikos,
- Erarbeitung eines individuellen Präventionsprogrammes,
- Informations- und Aufklärungsarbeit
- Motivations- und Beratungsarbeit,
- Verringerung des Gefährdungsrisikos.

Tertiäre Suchtprävention (Rehabilitation) beinhaltet Maßnahmen zur Sicherung des Therapieerfolges, zur Verhinderung eines Rückfalls und zur Beseitigung der Folgeschäden. Es geht dabei um Rehabilitations- und Trainingsmaßnahmen, die der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung dienen und erneuten Suchtmittelmißbrauch verhüten.

### Defizite in der Suchtprävention

In den letzten Monaten sind verschiedene Stellungnahmen im Zusammenhang mit den o.a. Maßnahmen zur Rauschgiftbekämpfung abgegeben worden, in welchen vor allem für den Bereich der Suchtprävention grundlegende Defizite beklagt wurden (s. Tab. 1).

### Suchtprävention — eine ärztliche Aufgabe?

Suchtprävention als ganzheitlicher und lebenslang angelegter Prozeß ist wesentliches Teilgebiet der Gesundheitsförderung und somit integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Demnach hat sich der Arzt — gemäß der Rahmempfehlung zur Gesundheitsförderung des 94. Deutschen Ärztetages 1991 — an Maßnahmen zur Suchtprävention zu beteiligen im Rahmen von

- individueller Gesundheitsberatung d.h. Verhaltensberatung und Motivation auf der Grundlage des ärztlichen Wissens um dessen individuelle Lebensumstände, das Verhalten, der

**Tab. 1: Defizitäre Bereiche in der Suchtprävention**

1. *Ansprache verschiedener Zielgruppen*
  - junge Eltern mit Kleinkindern
  - Kindergartenkinder
  - „junge Erwachsene“ (18 bis 30 Jahre)
  - Bundeswehrangehörige
  - Zivildienstleistende
2. *Ansprache von Multiplikatoren*
  - Erzieherinnen
  - Polizeibeamte/JV-Beamte
  - Ärzte
  - Übungs-/ Gruppenleiter, Jugendvertreter
  - Sozial-/ Betriebsärztliche Dienste
3. *Pressearbeit*
  - Freiwillige Vereinbarungen der Medien hinsichtlich einer sachbezogenen und aufklärenden Darstellung des Themas
  - Fachtagungen mit Journalisten
4. *Im Bereich Informationsvermittlung*
  - Fehlen von medizinischen Inhalten in der Präventionsarbeit
  - Fehlender Leitfaden über Informationsmaterial
  - Fehlender Überblick über Beratungs- und Informationseinheiten in Ost und West
  - Unzureichende Belieferung mit Materialien
5. *Forschungsbereich*
6. *Strukturelle Defizite*
  - Mangel an Koordinierungsstellen zur Prävention auf kommunaler bzw. Länderebene
  - Mangel an mobilen Präventionsteams vor Ort
  - Zu wenig Förderung von drogenfreien Aktivitäten auf kommunaler Ebene (Vorbildfunktion)
  - Frühintervention z.B. durch Patenfamilie
7. *Defizite im Bereich der ärztlichen Betreuung*
  - Vorbildverhalten des Arztes (Rauchen, Trinken)
  - Mangelnde Prävention des Medikamentenmißbrauchs
  - Unzureichende Erfassung von Risikopersonen (speziell Alkohol, Drogen);
  - Unzureichende Thematisierung von Suchtverhalten, Raucherentwöhnung etc. bei der Patientenbetreuung
  - Ungenügende Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Gesundheitszustand und den körperlichen Befund;

- Gruppenarbeit mit Risikopersonen oder Kranken;
- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsprogrammen.

Voraussetzung für eine effektive ärztliche Tätigkeit in der Suchtprävention ist die Integration der entsprechenden Wissensinhalte und Fähigkeitsvermittlung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Zusätzlich muß gewährleistet werden, daß alle ärztlichen Fachbereiche und Strukturen auf dem Gebiet der Suchtprävention eng kooperieren. Neben der Praxis des niedergelassenen Arztes zählen hierzu das Krankenhaus, der öffentliche Gesundheitsdienst, sowie der betriebsärztliche Dienst. Da die individuelle ärztliche Tätigkeit bekanntlich nicht ausreicht, um Gesundheitsberatung und -förderung flächendeckend zu vermitteln, müssen die Bemühungen des Arztes mit denen anderer Berufsgruppen koordiniert werden.

Im einzelnen lassen sich folgende Erwartungen an den Arzt bezüglich seiner Beteiligung an der Suchtprävention formulieren:

- Erfassung und Ansprache von Personen mit einem Suchtrisiko sowie von bereits Süchtigen sollte vermehrt und qualifiziert durch den Arzt erfolgen.
- Der Arzt muß seiner Verpflichtung, der Medikamentenabhängigkeit vorzubeugen, durch Überprüfung seines Rezeptierhaltens nachkommen.
- Die Kooperation des Arztes mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen und die Bereitschaft zur Delegation bestimmter Maßnahmen zugunsten des Patienten

**Zusammensetzung:** 100 g enth.: Euphorbium D4, Pulsatilla D2, Luffa operculata D2, Mercurius bijodatus D8, Mucosa nasalis suis D8, Hepar sulfuris D10, Argentum nitricum D10, Sinusitis-Nosode D13 jeweils 1 g in isotonischer Natriumchlorid-Lösung, Benzalkoniumchlorid 0,01 %. **Anwendungsgebiete:** Rhinitis verschiedener Genese (viral, bakteriell, allergisch) und Art, Rhinitis sicca, Rhinitis hyperplastica und atrophicans. Zur unterstützenden Behandlung bei Ozaena. Zur Erleichterung der Nasenatmung bei Heuschnupfen, Chronische Sinusitiden. **Gegenanzeigen:** Nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Nicht bekannt. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** 3-5mal täglich 1-2 Sprühstöße in jedes Nasenloch sprühen, bei Kindern unter 6 Jahren 3-4mal täglich 1 Sprühstoß. Das Präparat kann unbedenklich auch bei Säuglingen angewendet werden. **Darreichungsform und Packungsgröße:** Dosierspray mit 20 ml DIM 8,85 (Stand Januar 1992). **Wettere Darreichungsformen:** Tropfen zum Einnehmen, Injektionslösung.

**-Heel**

Biologische Heilmittel Heel GmbH  
W-7570 Baden-Baden

**Euphorbium**  
*compositum*  
**Nasentropfen S**



**Rhinitiden und  
Sinusitiden**

müssen insbesondere in der Suchtprävention und Suchtbetreuung verbessert werden.

- Der Arzt sollte seine fachliche Kompetenz in Verhaltensmedizin und Umgang mit dem Suchtproblem verbessern.
- Der Arzt muß seinen eigenen Umgang mit Suchtmitteln (insbesondere sein Rauchverhalten) überdenken, da er als Vorbild angesehen wird.
- Verstärkte Berücksichtigung sollten folgende Zielgruppen bei der ärztlichen Suchtpräventionsarbeit erfahren: junge Eltern mit Kleinkindern, Kindergartenkinder, „junge“ Erwachsene (18 bis 30 Jahre), Bundeswehrangehörige und Zivildienstleistende.

## Voraussetzungen für ein stärkeres Engagement des Arztes

Die Begegnung mit einem Suchtkranken oder einer Risikoperson unterscheidet sich in verschiedener Hinsicht von der gewohnten Arzt-Patienten-Situation: zum einen ist der Aufbau einer „normalen“ Beziehung häufig nur schwer möglich; zum anderen überfordert das Problem oft den Arzt im Routineablauf seiner Tätigkeit. Einige Probleme sollen beispielhaft aufgeführt werden:

- Da Suchtberatung schon wesentlich Suchttherapie ist, sind hier besonders hohe Kompetenzen erforderlich, die nicht jeder Arzt in der Regel erworben hat. In jedem Fall sollte er eine vertrauenswürdige Anlaufperson sein und die Wege zu Beratungsstellen und anderen Therapieeinrichtungen für Suchtkranke und Risikopersonen weisen können.
- Wechselseitige Vorbehalte und gegenseitiges Mißtrauen kennzeichnen häufig die Einstellung zueinander und stören dadurch die Entwicklung des für eine effiziente Betreuung notwendigen Arzt-Patienten-Verhältnisses.
- Die individuelle Einstellung des Arztes zum Suchtproblem kann deutlich emotional, unter Umständen ideologisch beeinflusst sein.
- Der Betroffene läßt es oft an der vom Arzt erwarteten Mitarbeit fehlen.
- Die umfassende Bereitschaft des Arztes zur Kooperation mit nichtärztlichen Berufsgruppen ist bei manifester Suchtkrankheit, aber auch in der Präventionsarbeit, Grundvorausset-

zung für eine angemessene Betreuung der Betroffenen. Lediglich der Drogennotfall ist eine Angelegenheit ausschließlich medizinischer Behandlung. Alle anderen Interventionen machen die Zusammenarbeit ärztlicher, psychologischer und sozialer Dienste erforderlich. Aus diesem Grund ist ein wesentlich höherer organisatorischer und kommunikativer Aufwand nötig, als dies der in Einzelpraxis tätige Arzt häufig gewohnt ist.

- Rechtliche, insbesondere versicherungsrechtliche Fragen sind gerade bei der Betreuung der von einer Suchtproblematik Betroffenen von großer Bedeutung. Die Auswahl und Anwendung möglicher rechtlicher und sozialer Hilfen sind dem Arzt häufig unklar und er ist von fremdem Sachverstand abhängig.

Aus dieser Darstellung folgt, daß

- die Beteiligung aller Ärzte im Kampf gegen Suchtmittelgebrauch notwendig ist,
- die ärztliche Kompetenz in Suchtprävention und Suchttherapie gestärkt werden muß,
- die strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um demjenigen Arzt, welcher nicht auf den Bereich der Suchtbetreuung spezialisiert ist, die Beteiligung an dieser Aufgabe im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen.

Hilfreich wäre hier evtl. die Institution eines Suchtbeauftragten bzw. einer „Ärztlichen Koordinationsstelle gegen die Suchtgefahren“ auf Landesebene. Eine entsprechende Empfehlung an die Landesärztekammern wurde Mitte Oktober vom Vorstand der Bundesärztekammer ausgesprochen.

Folgende Aufgaben wären von einer solchen Koordinationsstelle zu übernehmen:

**Beratungsdienst:** Hierzu gehört z.B. die Beantwortung aller fachlichen und organisatorischen Fragen aus Praxis und Klinik bezüglich Suchtprävention und -therapie, inklusive der Vermittlung ärztlicher und nicht-ärztlicher Spezialisten zur Beratung.

**Kooperationsdienst:** Vermittlung ärztlicher und nicht-ärztlicher Kooperationspartner oder -Institutionen zur Betreuung von Patienten bzw. Risikopersonen.

**Informationsvermittlung:** Analyse und Weitergabe von Fachinformationen, Her-

ausgabe eines Informationsdienstes, Sammlung und Weitergabe von Medien, Patienteninformationen.

**Fortbildung:** Konzeption, Durchführung und Evaluation von Fortbildungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln, Balintgruppen u.ä.

**Qualitätssicherung:** Erarbeitung von Defizitanalysen, Analyse der fachlichen und organisatorischen Kompetenz von Präventions- und Therapiemaßnahmen im ärztlichen Bereich und bei nicht-ärztlichen Kooperationspartnern anhand vorgegebener Qualitätsraster.

**Kontakte und Zusammenarbeit:** Kontaktpflege zu regionalen und überregionalen ärztlichen und nicht-ärztlichen Kooperationspartnern.

Mit Hilfe der Einrichtung „Ärztlicher Koordinationsstellen gegen die Suchtgefahren“ durch die Landesärztekammern käme man der längst überfälligen Vernetzung aller für die Suchtprävention und -Therapie notwendigen Kooperationspartner ein Stück näher. Die Ärzteschaft könnte auf diese Weise dazu beitragen, die Zusammenarbeit der an der Suchtbekämpfung Interessierten zu verbessern. Unzureichende Koordination präventiver und therapeutischer Maßnahmen ist nach Auffassung aller Fachleute eines der bedeutendsten Defizite im Kampf gegen die Sucht in Deutschland.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Priv. Doz. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln; c/o Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung, Herbert-Lewin-Str. 1, W-5000 Köln 41.