



1. Sächsischer
**Drogen- und
Suchtbericht**

Freistaat  Sachsen

Staatsministerium für Soziales

1. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht kommt die Staatsregierung der Aufforderung des Sächsischen Landtages nach, einmal in der Legislaturperiode einen umfassenden Drogen- und Suchtbericht vorzulegen.

Neben Daten zur Epidemiologie des Drogenkonsums sowie zum Ausmaß stoffungebundener Störungen werden im Drogen- und Suchtbericht die erbrachten Leistungen der für die Suchthilfe zuständigen oder an ihr beteiligten Ministerien und nichtstaatlichen Institutionen vorgestellt. Die Ausführungen orientieren sich an den Kernbereichen der Suchthilfe:

Prävention,
Hilfen für Suchtkranke und
repressive Maßnahmen.

Ergänzend wird auf die Beantwortung der Großen Anfrage zum Thema Situation der Drogenhilfe in Sachsen (DS 4/4647) vom Mai 2006 verwiesen, die zahlreiche landkreisbezogene Darstellungen enthält. Von einer erneuten umfassenden Abfrage bei den Kommunen wurde aufgrund der besonderen Belastung durch die Verwaltungs- und Kreisgebietsreform abgesehen. Eine erneute Erhebung ist künftigen Berichten vorbehalten.

Dies betrifft ebenso die Darstellung notwendiger Vernetzungen zwischen verschiedenen Hilfebereichen wie z. B. der Sucht- und Jugendhilfe.

Der Bericht stellt im Wesentlichen eine Situationsbeschreibung dar. Die Formulierung künftigen Handlungsbedarfes wird Inhalt des Suchthilfeplanes sein, der derzeit durch die Technische Universität Dresden als Entwurf erarbeitet wird und voraussichtlich im II. Quartal 2009 vorliegen wird.

Die Darstellung der Leistungen der sächsischen Suchthilfe ist ohne die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. und durch die in ihr organisierten Einrichtungen und Institutionen nicht möglich. Dafür und für die Zusammenarbeit bei der Erstellung des 1. Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes soll an dieser Stelle besonderer Dank ausgesprochen werden.¹

¹ Sofern im konkreten Zusammenhang nicht ausschließlich Frauen und Mädchen gemeint sind, wird im vorliegenden Bericht die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gemeint.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	9
Tabellenverzeichnis	11
Einleitung	13
I	Epidemiologie..... 15
I.1	Suchtmittelkonsum, Suchtmittelmissbrauch und stoffgebundene Abhängigkeiten 15
I.1.1	Verbreitung des Tabakkonsums 15
I.1.2	Verbreitung des Alkoholkonsums 17
I.1.3	Verbreitung des Konsums illegaler Drogen 18
I.1.4	Verbreitung des Konsums von Medikamenten..... 20
I.2	Nicht-stoffgebundene Störungen..... 21
I.2.1	Pathologisches Glücksspiel 21
I.2.2	Essstörungen 21
II.	Struktur, Qualität und Angebote der Suchtprävention..... 23
II.1	Strukturen der Suchtprävention..... 24
II.2	Aktivitätsbereiche..... 25
II.2.1	Aktivitätsbereich Familie..... 25
II.2.2	Aktivitätsbereich Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege..... 25
II.2.3	Aktivitätsbereich Schule..... 27
II.2.4	Aktivitätsbereich Kinder- und Jugendhilfe 31
II.2.5	Aktivitätsbereich Polizei..... 33
II.2.6	Substanzspezifischer Aktivitätsbereich: Gesundheitsziel <i>Tabakkonsum in öffentlichen Einrichtungen reduzieren</i> 34
II.3	Qualifizierung suchtpräventiv tätiger Personen und Qualitätssicherung 36
II.3.1	Qualifizierung suchtpräventiv tätiger Personen 36
II.3.2	Qualitätssicherung..... 37
III.	Hilfen für Suchtgefährdete und Suchtkranke 41
III.1	Ambulante Hilfen..... 41
III.1.1	Suchtberatungs- und Behandlungsstellen 41
III.1.1.1	Anzahl betreuter Klienten..... 42
III.1.1.2	Betreuungsgrund/Diagnosen 42
III.1.1.3	Soziodemographische Daten der Klienten 45
III.1.1.4	Zugangswege in eine Suchtberatungs- und Behandlungsstelle 48
III.1.2	Substitution..... 49
III.1.3	Externe Suchtberatung in der Justizvollzugsanstalt (JVA) 50
III.1.4	Spezielle störungsspezifische Angebote 52
III.2	Psychiatrische Krankenhausbehandlung Abhängigkeitskranker 54

III.3	Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	56
III.3.1	Stationäre Behandlung	56
III.3.2	Ambulante Rehabilitation	57
III.3.3	Kombitherapie	57
III.4	Arbeit und Beschäftigung	58
III.5	Wohnangebote	61
III.5.1	Wohnhilfen	61
III.5.2	Sozialtherapeutische Wohnstätten für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)	61
III.6	Selbsthilfe	62
IV.	Polizeiliche Maßnahmen	65
IV.1	Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln	65
IV.2	Sicherstellungsmengen 2002 bis 2007	65
IV.3	Tatverdächtigenstruktur	67
IV.4	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)	67
IV.5	Rauschgifttodesfälle	68
V.	Strafrechtliche Maßnahmen	69
V.1	Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel	69
V.2	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	70
V.3	Therapie statt Strafe: § 35 BtMG	70
V.4	Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	71
VI.	Suchtforschung	75
VI.1	Kompetenzzentrum Sucht an der Technischen Universität Dresden	75
VI.2	Lehre	76
VI.2.1	Studentische Lehre im Diplom-Studiengang Psychologie und angrenzenden Fachbereichen ..	76
VI.2.2	Qualifikationsarbeiten	76
VI.2.3	European Graduate School in Addiction Research	76
VI.3	Forschung	76
VI.3.1	Professur für Suchtforschung	76
VI.3.2	3-Tesla-Magnetresonanztomographie-Neuroimaging-Center	76
VI.3.3	Beispielhafte Vorstellung von Einzelprojekten	77
VI.4	Präventive und therapeutische Angebote für die Bevölkerung	77
VI.4.1	Raucherambulanz	77
VI.4.2	Cannabisambulanz	77
VI.4.3	Glücksspiel-Ambulanz (im Aufbau)	78
	Überlegungen für künftiges Handeln	79
	Anlagen	83

Abkürzungsverzeichnis

AEB	Alkoholentwöhnungsbehandlung
ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
AJS	Aktion Jugendschutz Sachsen e. V.
ALG II	Arbeitslosengeld II
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMA	Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Version IV (amerikanische Klassifikation der psychischen Krankheiten)
EKhD	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
EW	Einwohner
FA	Fachausschuss
FK	Fachkraft/Fachkräfte
GdB	Grad der Behinderung
HBSC	Health Behavior of School-aged Children 2006
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision der Weltgesundheitsorganisation
IFT Nord	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung Kiel
JVA	Justizvollzugsanstalt
Kita	Kindertageseinrichtung
LJHA	Landesjugendhilfeausschuss
LKA	Landeskriminalamt
MOVE	Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

PD	Polizeidirektion
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PSB	Psychosoziale Beratungsstelle
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
SächsKitaG	Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen
SächsNSG	Sächsisches Nichtraucherschutzgesetz
SächsPsychKG	Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten
SBB	Suchtberatungs- und Behandlungsstelle
SBZ des AWW	Suchtberatungszentrum des Advent-Wohlfahrtswerkes e. V.
SchulG	Schulgesetz
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende -
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch - Arbeitsförderung -
SHG	Selbsthilfegruppe
SLfG	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.
SLJA	Sächsisches Landesjugendamt
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
SMI	Sächsisches Staatsministerium für Inneres
SMK	Sächsisches Staatsministerium für Kultus
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales
StGB	Strafgesetzbuch
TU	Technische Universität
TUD	Technische Universität Dresden
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. I.1:	Entwicklung des Rauchverhaltens bei 12- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, 1993-2007	16
Abb. II.1:	Berufsbegleitende Fortbildung zur Fachkraft für primäre Suchtprävention	37
Abb. II.2:	Dot.sys-Auswertung 2007 – Zielebene bzw. Zielgruppen	38
Abb. II.3:	Dot.sys-Auswertung 2007 – Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren wenden	39
Abb. II.4:	Dot.sys-Auswertung 2007 – Maßnahmen, die sich an Endadressaten wenden	39
Abb. II.5:	Dot.sys-Auswertung 2007 – Inhaltliche Ausrichtung	39
Abb. II.6:	Dot.sys-Auswertung 2007 – Thematisierte Substanzen in den Maßnahmen mit Substanzbezug.....	40
Abb. II.7:	Dot.sys-Auswertung 2007 – Angewandte Methoden	40
Abb. III.1:	SBB-Fachkraftkapazität in Sachsen 2003-2007	41
Abb. III.2:	Ambulante Suchthilfe in den sächsischen Regionen: Einwohner pro Fachkraft	42
Abb. III.3:	Betreuungsgrund in den sächsischen SBB 2003 und 2007	43
Abb. III.4:	Klienten und Angehörige im Bereich Illegaler Drogen in Sachsen, 1996-2007.....	43
Abb. III.5:	Hauptproblemsubstanzen im Bereich Illegaler Drogen 2007	44
Abb. III.6:	Hauptproblemsubstanzen im Bereich Illegaler Drogen, Deutschland	44
Abb. III.7:	Klientenentwicklung 1999-2007.....	45
Abb. III.8:	Altersstruktur der Klienten mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich 2000/2007	45
Abb. III.9:	Entwicklung des Alters bei Erstkonsum	46
Abb. III.10:	Geschlechterverteilung der ambulanten Klienten 2003 und 2007	47
Abb. III.11:	Vermittlung zur Suchtberatung im Rahmen § 16 SGB II	49
Abb. III.12:	Hauptdiagnosen der Klienten in der externen Suchtberatung	51
Abb. III.13:	Entwicklung der Häufigkeiten in den Behandlungsbereichen gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in den Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Sachsens	55
Abb. III.14:	Berufliche Integration nach Beendigung der Betreuung in der Wohnstätte.....	59
Abb. III.15:	Alterstruktur in CMA Wohnstätten im Vergleich 2003-2007	62
Abb. III.16:	Differenzierte und suchtspezifische Angebote der sächsischen Suchtselbsthilfe.....	63
Abb. V.1:	Unterbringungen gemäß § 64 StGB nach Suchtmittelgruppen.....	73

Tabellenverzeichnis

Tab. I.1:	Prävalenz des Rauchens in Sachsen (Angaben in Prozent)	16
Tab. I.2:	Grenzwerte zur Einteilung des Trinkverhaltens	17
Tab. I.3:	Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV	18
Tab. I.4:	In sächsischen Krankenhäusern wegen akuter Alkoholintoxikation behandelte Personen im Alter von 10 bis unter 20 Jahren	19
Tab. I.5:	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Gesamtdeutschland und Sachsen	19
Tab. I.6:	12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland und Sachsen	20
Tab. II.1:	Fachstellen für Suchtprävention in den Direktionsbezirken	24
Tab. II.2:	Teilnahme am Programm Klasse 2000 in den Schuljahren 2002 - 2008	28
Tab. II.3:	Regionale Verteilung des Programms Klasse 2000	28
Tab. II.4:	Regionale Verteilung des Programms Eigenständig werden – Schulklassen, die im Schuljahr 2008/2009 am Programm teilnehmen	29
Tab. II.5:	Regionale Verteilung des Programms Erwachsen werden – Schulklassen, die im Schuljahr 2008/2009 am Programm teilnehmen	30
Tab. II.6:	Entwicklung des Projekts Schüler für Schüler	30
Tab. II.7:	Entwicklung des Peer-Projekts zur Punkt-Nüchternheit im Straßenverkehr	31
Tab. III.1:	Gesamtanzahl betreuter Klienten 2003 - 2007	42
Tab. III.2:	Alters-Mittelwerte verschiedener Klientengruppen in Sachsen und Deutschland	46
Tab. III.3:	Ausbildungssituation 2007	47
Tab. III.4:	Hauptdiagnose und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	47
Tab. III.5:	Zugangswege in die Suchtberatungsstelle	48
Tab. III.6:	Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Sachsen	49
Tab. III.7:	Anzahl der Substitutionspatienten und der psychosozialen Begleitungen	50
Tab. III.8:	Externe Suchtberatung in der JVA	50
Tab. III.9:	Anzahl der Begleitdiagnosen pro Fall	56
Tab. III.10:	Anteil der Patienten mit gesetzlicher Betreuung	56
Tab. III.11:	Entwöhnungsbehandlungen ausgewählter Kostenträger, 2003 - 2007	57
Tab. III.12:	Stationäre Entwöhnungsbehandlungen 2003 - 2007	57
Tab. III.13:	Ambulante Rehabilitationsbehandlungen	58
Tab. III.14:	Beschäftigungssituation der Patienten	58
Tab. IV.1:	Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln	66
Tab. IV.2:	Sicherstellungsmengen 2002 - 2007	65

Tab. IV.3:	Tatverdächtigenstruktur	67
Tab. IV.4:	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (nach Betäubungsmitteln).....	67
Tab. IV.5:	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (nach Altersgruppen)	68
Tab. IV.6:	Rauschgifttodesfälle 2002 - 2007	68
Tab. V.1:	Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel	69
Tab. V.2:	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	70
Tab. V.3:	Haftverkürzung durch Therapie.....	71
Tab. V.4:	Anzahl der gem. § 64 StGB in Sachsen untergebrachten Patienten nach Unterbringungsdelikt	72
Tab. V.5:	Zahl der Untergebrachten in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB, 1999 - 2007	72

Einleitung

Sucht ist eine Krankheit.

1994 ersetzte die WHO den Begriff der Sucht durch den Begriff der Abhängigkeit zur Bezeichnung eines klar umschriebenen Krankheitsbildes. Eine Abhängigkeit ist das Endstadium eines langfristigen Prozesses.

Zur Erklärung der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen wird auf ein multifaktorielles Bedingungsgefüge verwiesen. Danach gibt es nicht nur eine Ursache für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung, sondern die Faktorengruppen

- Suchtmittel,
- Person und
- Umfeld.

Sie sind in unterschiedlichem Maße wechselseitig wirksam. Danach ist es nicht allein das Suchtmittel, sondern ebenso die Bedeutung, die das Suchtmittel für einen Menschen in einer bestimmten Lebenssituation einnimmt. Diese Sicht führt über individuelle Merkmale der Person hinaus und schließt Fragen nach dem Platz des Einzelnen in der Gesellschaft ein.

Die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung bedeutet für einen Betroffenen die grundsätzliche Veränderung langjährig gewohnter und praktizierter Verhaltensmuster in für ihn typischen Situationen im Alltag. Eine solche Veränderung grundlegender persönlicher Verhaltensmuster ist möglich, aber zugleich schwierig und langwierig. Neben der Auseinandersetzung des Kranken mit der eigenen Person spielen Faktoren seiner Umwelt eine bedeutende Rolle bezüglich seiner Chancen, tatsächlich zu einer befriedigenden und damit langfristig abstinenter Lebensweise zu gelangen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass Hilfe und Unterstützung nicht nur durch das System der Suchthilfe bereitgestellt werden können, sondern alle gesellschaftlichen Bereiche umfassen muss.

Das Wissen um die Multifaktorialität der Entstehung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen muss sowohl im politischen, Verwaltungs- als auch

praktischen Handeln durch die jeweils Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen von Sucht und die mit diesem Krankheitsbild verbundenen komplexen Problemlagen erfordern ebenso differenzierte wie vernetzte Hilfeangebote.

Im Hinblick auf die vielfältigen Entstehungsbedingungen von Suchterkrankungen versteht die Sächsische Staatsregierung die Sucht- und Drogenbekämpfung als eine gesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept zur Sucht- und Drogenbekämpfung steht auf den Säulen Prävention, Hilfen und Repression. Angesichts der gravierenden gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Suchtmittelkonsums sind folgende sucht- und drogenpolitischen Zielsetzungen vordringlich:

- Verhinderung des Konsums von psychoaktiven Substanzen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen,
- Reduzierung des schädlichen Konsums und Förderung der Eigenverantwortung im Umgang mit psychoaktiven Stoffen,
- frühzeitiges Erkennen einer Suchtgefährdung und deren Beseitigung,
- Behandlung der Suchtkranken durch ein differenziertes Angebot an Hilfen,
- weitere Eindämmung der Verfügbarkeit von Drogen.

In den zurückliegenden Jahren wurde in Sachsen ein differenziertes Suchthilfesystem aufgebaut, das den Bürgern wohnortnah zur Verfügung steht.

Ziel ist es, das Netz an Angeboten zur Beratung, Intervention sowie Überlebens- und Ausstiegshilfen zu sichern und um zielgruppenspezifische Angebote zu erweitern².

² Vereinbarung zwischen der Christlich Demokratischen Union Deutschlands, Landesverband Sachsen und der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Landesverband Sachsen über die Bildung der Staatsregierung für die 4. Legislaturperiode des Sächsischen Landtages

I Epidemiologie

I.1 Suchtmittelkonsum, Suchtmittelmissbrauch und stoffgebundene Abhängigkeiten

Bei der Darstellung der Drogen- und Suchtproblematik wird auf die Daten des bundesweiten *Epidemiologischen Suchtsurveys 2006* zurückgegriffen. Für die Gruppe der Jugendlichen werden die Studien der BZgA *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007* sowie *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland* verwendet.

Für einige Altersgruppen und Substanzen liegen spezifische sächsische Daten aus dem *Mikrozensus*³ sowie den Studien „*Jugend in Sachsen*“ und der WHO Studie „*HBSC – Health Behavior of School-aged Children 2006 – Auswertung Sachsen (HBSC-Studie)*“ vor.

Ausgehend von den gesamtdeutschen Daten aus dem *Suchtsurvey 2006* sowie weiteren bundesweiten Studien lassen sich durch Hochrechnungen für Sachsen Schätzwerte ableiten.

Bezogen auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung leben in Sachsen schätzungsweise:

- 970.000 Raucher,
- 65.000 Menschen, die alkoholabhängig sind,
- 103.000 Personen, die missbräuchlich Alkohol konsumieren,
- 16.000 cannabisabhängige Personen und
- zwischen 5.000 - 15.000 pathologische Glücksspieler.

Auf alle Altersgruppen gerechnet leben in Sachsen ca. 70.000 bis 100.000 Menschen mit Medikamentenabhängigkeit⁴.

I.1.1 Verbreitung des Tabakkonsums

Deutschlandweit ist jährlich von ca. 110.000 bis 140.000 tabakbedingten Todesfällen auszugehen. Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch tabakbedingte Krankheiten und Todesfälle entstehen, belaufen sich auf über 17 Mrd. Euro⁵.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung raucht und zwei Drittel Nichtraucher sind. Nachfolgend in Tabelle I.1 ist der Anteil der rauchenden Bevölkerung verschiedener Altersgruppen in Sachsen aus den Jahren 2003 und 2005 dargestellt, der im Rahmen des Mikrozensus erhoben wurde.

Anhand dieser Daten sind keine nennenswerten Veränderungen in der Anzahl der gelegentlich und regelmäßig Rauchenden für die Jahre 2003 und 2005 bezogen auf die 18- bis unter 59-Jährigen feststellbar. Erhebungen für den Zeitraum nach 2005, der durch eine umfangreiche gesellschaftliche Diskussion zu den Gefahren des Tabakkonsums und durch ordnungspolitische Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums gekennzeichnet war, liegen noch nicht vor.

Anhand der Drogenaffinitätsstudie der BZgA, die in regelmäßigen Abständen die Verbreitung des Substanzkonsums der unter 12- bis 17-Jährigen erhebt, zeigt sich, dass der Anteil der rauchenden Kinder und Jugendlichen im Vergleich der letzten 14 Jahre kontinuierlich gesunken ist (Abb. I.1).

³ Mikrozensus ist eine laufende Repräsentativstatistik in Form einer Flächenstichprobe, die ein Prozent aller Haushalte erfasst. Die Fragen zur Gesundheit und zum Rauchverhalten werden auf freiwilliger Basis und demzufolge nur bei einem Teil der Gesamtstichprobe erhoben.

⁴ DHS, Jahrbuch Sucht 2008

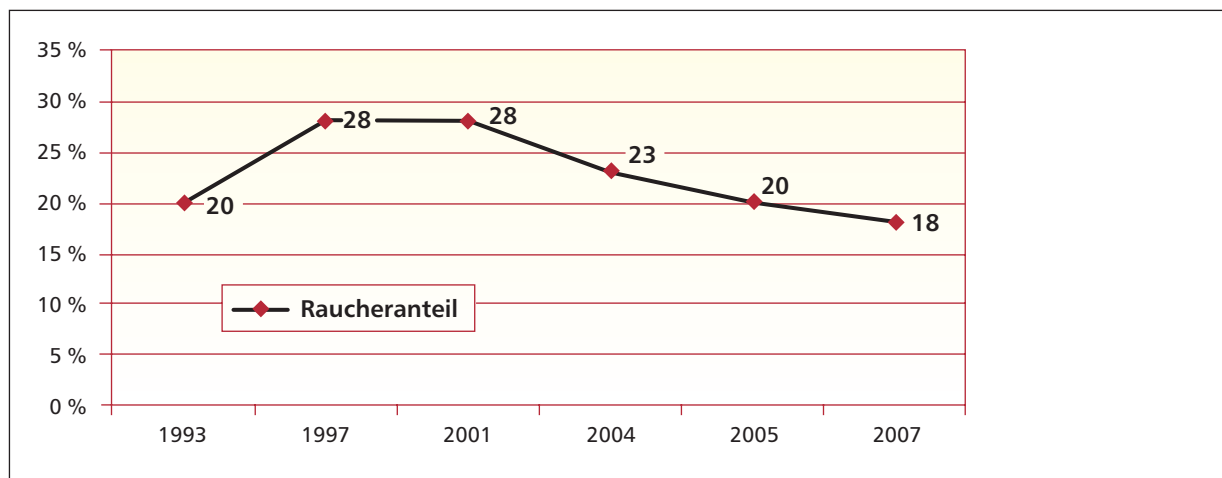
⁵ DHS, Jahrbuch Sucht 2008

Tab. I.1: Prävalenz des Rauchens in Sachsen (Angaben in Prozent)

Alter	2003	2005
	gelegentliches und regelmäßiges Rauchen in %	gelegentliches und regelmäßiges Rauchen in %
Gesamt: 18-59 Jahre	33,4	33,8
18-24	42,7	42,4
25-39	36,8	35,2
40-59	28,3	30,2
Männer: 18-59 Jahre	40,6	40,5
18-24	50,5	46,7
25-39	41,5	41,7
40-59	36,6	37,7
Frauen: 18-59 Jahre	25,8	26,6
18-24	33,8	37,6
25-39	31,5	27,6
40-59	19,8	22,7

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Landesamt Sachsen

Abb. I.1: Entwicklung des Rauchverhaltens bei 12- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, 1993 - 2007



Quelle: BZgA 2007

Die *HBSC-Studie* kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der gelegentlich bis täglich rauchenden Schüler in den befragten 5., 7. und 9. sächsischen Klassen zwischen 2002 und 2006 insgesamt rückläufig ist. Dennoch liegt er mit ca. 31 % bei den Jungen (2002: 39,7 %) und 34,5 % bei den Mädchen (2002: 45,1 %), die angaben, gelegentlich bis täglich zu rauchen, auf hohem Niveau.

Die Studie *Jugend 2007 in Sachsen* weist für die befragten Jugendlichen im Alter von 15 bis 26 Jahren eine Raucherquote von 40 % und damit einen deutlichen Rückgang gegenüber 2005 aus, wo der Anteil bei 47 % lag. 2007 gaben 23 % der Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren an, Raucher zu sein. 2005 betrug der Anteil noch 33 %. Sowohl unter den 15- bis 17-Jährigen (26 % männliche und 19 % weibliche

Raucher) als auch in der Gesamtgruppe der 15- bis 26-Jährigen (43 % männliche und 36 % weibliche Raucher) ist der Anteil der männlichen Raucher gegenüber den weiblichen höher. Der höchste Anteil findet sich mit 54 % unter den 22-jährigen Männern.

I.1.2 Verbreitung des Alkoholkonsums

Die alkoholbedingten volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland werden auf jährlich über 20 Mrd. Euro geschätzt. Unter den Diagnosen der in sächsischen Krankenhäusern behandelten Patienten nehmen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol den dritten Platz ein⁶, bezogen auf die Anzahl der Patienten und die durchschnittliche Verweildauer. Im Jahr 2006 waren es knapp 16.000 Behandlungen. Im Jahr 2005 starben in Sachsen 1.332 Menschen an alkoholbedingten Krankheiten.

Die Zahl der alkoholbezogenen Erkrankungs- und Todesfälle steigt mit dem Pro-Kopf-Konsum. Obwohl dieser Wert in Deutschland in den letzten Jahren leicht rückläufig ist, befindet sich Deutschland mit einem jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch von 10,1 Litern reinen Alkohols (2006) auch weiterhin weltweit unter den zehn Ländern mit dem höchsten Pro-Kopf-Konsum⁷.

Risikofreien Alkoholkonsum gibt es nicht. Entsprechend der durchschnittlich konsumierten Tagesmenge Alkohol unterscheidet die Wissenschaft zwischen

dem risikoarmen, riskanten und gefährlichen sowie dem Hochkonsum⁸.

Bei fast 15 % der 15- bis 64-Jährigen liegt ein erhöhtes Gesundheitsrisiko vor. 10,6 % konsumieren Alkohol riskant, 3,7 % gefährlich und 0,6 % sind dem Hochkonsum zuzuordnen⁹.

Zur Erfassung des Ausmaßes der Alkoholabhängigkeit liefert der *Epidemiologische Suchtsurvey 2006* Daten. Durch Hochrechnungen lassen sich für Sachsen Schätzzahlen ableiten, wie in Tab. I.3 angegeben.

Jugendlicher Alkoholkonsum

Jugendlicher Substanzkonsum, zu dem auch der Alkoholkonsum zu zählen ist, muss im Kontext der Entwicklungsprozesse betrachtet werden, die für diese Lebensphase charakteristisch sind. Jugendliche neigen zu erhöhter Risikobereitschaft, zum bewussten Überschreiten von Regeln und Normen, zum Austesten gesetzlicher Grenzen, stellen allgemein akzeptierte Werte infrage. Auf dem Weg zur eigenen Identität handelt es sich daher aber zumeist um vorübergehend auftretende Verhaltensweisen. Der unangemessene Konsum legaler sowie auch der Konsum illegaler Substanzen ist also einerseits Ausdruck der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Andererseits kann dieser jedoch auch die Funktion der Problembewältigung bei als übermäßig und bedrückend empfundenen Belastungen einnehmen, was besonders kritisch zu betrachten ist.

Tab. I.2: Grenzwerte zur Einteilung des Trinkverhaltens

Konsum	Durchschnittlich konsumierte Tagesmenge Reinalkohol in Gramm	
	Männer	Frauen
risikoarmer Konsum	> 0-30	> 0-20
riskanter Konsum	> 30-60	> 20-40
gefährlicher Konsum	> 60-120	> 40-80
Hochkonsum	> 120	> 80

⁶ Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2006

⁷ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Robert-Koch-Institut 2008

⁸ Bei einem durchschnittlichen Alkoholgehalt von 4,8 Vol.-% für Bier,

11 Vol.-% für Wein und Sekt sowie 33 Vol.-% für Spirituosen, ergeben sich enthaltene Mengen an Reinalkohol von 20 Gramm für 0,5 Liter Bier, 18 Gramm für 0,2 Liter Wein/Sekt sowie 10 Gramm für 0,04 Liter Spirituosen.

⁹ Epidemiologischen Suchtsurvey 2006

Tab. I.3: Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

Diagnose nach DSM-IV	Deutschland 2006 18-64 Jahre (in Prozent)	Hochrechnung Sachsen 2006 18-64 Jahre (absolute Zahlen/gerundet)
Gesamt:		
Missbrauch	3,8	103 000
Abhängigkeit	2,4	65 000
Männer:		
Missbrauch	6,4	89 000
Abhängigkeit	3,4	47 000
Frauen:		
Missbrauch	1,2	16 000
Abhängigkeit	1,4	18 000

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Die Repräsentativbefragung der BZgA *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007* zeigt bundesweit einen Anstieg des Alkoholkonsums bei den 12- bis 17-jährigen jungen Menschen in Deutschland¹⁰. Mindestens 21 % dieser Altersgruppe tranken 2004 ein alkoholisches Getränk pro Woche. 2007 beträgt dieser Anteil 22 %. 26 % der 12- bis 17-Jährigen gaben an, dass sie in den letzten 30 Tagen mindestens bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke (Binge-Drinking) konsumiert hatten. Hier liegt der Anteil der männlichen Jugendlichen bei 31 %, der der weiblichen Jugendlichen bei 20 %.

Laut *HBSC-Studie* ist der Konsum von Alkohol in Sachsen zwischen 2002 und 2006 sowohl bei den Mädchen, als auch bei den Jungen in den 5., 7. und 9. Klassen in Sachsen zurückgegangen. Dies bezieht sich auf den Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens wöchentlich Alkohol trinken. Aussagen zu Trinkmengen können der Studie nicht entnommen werden.

Für die Gruppe der 15- bis 26-Jährigen in Sachsen können anhand der aktuellsten *Jugendstudie* folgende Aussagen getroffen werden: In Bezug auf die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums zeigt sich, dass von der Gesamtheit der sächsischen Jugendlichen schon einmal 73 % Wein (2005: 78 %), 68 % Bier (2005: 70 %) und 61 % Spirituosen (2005: 60 %) konsumiert haben. Bei sehr unterschiedlichem Kon-

sumverhalten, bezogen auf Alter und Geschlecht, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Nicht-Konsumenten sinkt, zwei Drittel der 15- bis 17-Jährigen den Konsum von Bier und Wein, knapp 50 % den Konsum von Spirituosen angeben und problematischer Alkoholkonsum, definiert als „häufig“ bzw. „eigentlich immer“ einen Alkoholrausch infolge des Konsums bei unverändert 12 % angenommen werden kann.

Analog dem bundesweiten Trend ist auch in Sachsen die Zahl der Jugendlichen, die infolge akuter Alkoholintoxikation einer Krankenhausbehandlung bedurften, gestiegen. Bei den Kindern ist diesbezüglich kein eindeutiger Trend erkennbar (Tab. I.4).

I.1.3 Verbreitung des Konsums illegaler Drogen

Illegale Drogen werden häufiger von jüngeren Menschen konsumiert als von älteren und mehr von Männern als von Frauen. Cannabis ist mit Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Es ist davon auszugehen, dass der Konsum illegaler Drogen weit öfter nach einem Probierkonsum wieder

¹⁰ Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007, BZgA, Juni 2007

Tab. I.4: In sächsischen Krankenhäusern wegen akuter Alkoholintoxikation behandelte Personen im Alter von 10 bis unter 20 Jahren

Jahr	Gesamt	Mädchen	Jungen	Zahl der Fälle je 100 000 der Altersgruppe
	Alter 10 bis unter 15 Jahre			
2003	158	71	87	80,8
2004	144	75	69	87,0
2005	151	69	82	108,4
2006	85	36	49	67,9
2007	110	59	51	88,7
Alter 15 bis unter 20 Jahre				
2003	483	147	336	169,8
2004	635	215	420	227,6
2005	788	258	530	291,1
2006	774	269	505	306,0
2007	818	285	533	364,9

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Tab. I.5: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Gesamtdeutschland und Sachsen

	Deutschland 2006 18-64 Jahre (in Prozent)	Hochrechnung Sachsen 2006 18-64 Jahre (absolute Zahlen/gerundet)
12-Monats-Prävalenz		
Irgendeine illegale Droge	5,0	135 000
davon Cannabis	4,7	127 000
30-Tage-Prävalenz		
Irgendeine illegale Droge	2,5	67 000
davon Cannabis	2,2	59 000

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

beendet wird, als dies bei Alkohol oder Tabak der Fall ist.

Nach dem *Epidemiologischen Suchtsurvey 2006* liegen bei allen illegalen Drogen bezüglich der 12-Monats- sowie der 30-Tage-Prävalenz bezogen auf die 18- bis 64-Jährigen prozentual einstellige Werte vor.

Cannabis

Die Repräsentativbefragung *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutsch-*

*land*¹¹ kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Lebenszeit-, als auch die 12-Monats-Prävalenz (siehe Tab. I.6) im Vergleich zum Jahr 2004 rückläufig ist. Der regelmäßige Cannabiskonsum, hier definiert als ein Konsum von mehr als zehn Mal im letzten Jahr, befindet sich auf einem relativ stabilen niedrigen Niveau und betrug 2007 2,3 % bei den 14- bis 17-Jährigen sowie 4,3 % bei den 18- bis 19-Jährigen.

¹¹ Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland, BZgA, Juni 2007

Tab 1.6: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland und Sachsen

	Alter		
	12-13	14-17	18-19
12-Monats-Prävalenz			
Deutschland 2004 in Prozent	1,4	14,5	18,4
Deutschland 2007 in Prozent	0,4	8,4	13,9
Sachsen 2007 Hochrechnung absolute Zahlen (gerundet)	190	11 000	7 000
Regelmäßiger Konsum			
Deutschland 2004 in Prozent	0,7	2,0	4,4
Deutschland 2007 in Prozent	0,0	2,3	4,3
Sachsen 2007 Hochrechnung absolute Zahlen (gerundet)	/	2 900	2 100

Quelle: BzgA 2007, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Nach der Studie *Jugend 2007 in Sachsen*¹² haben 40 % der befragten 15- bis 26-Jährigen schon einmal unaufgefordert Drogenangebote erhalten (gegenüber 43 % in 2005 sowie 50 % in 2003).

Eine Abhängigkeit nach DSM-IV von Cannabis liegt bei 1,1 % der männlichen sowie 0,3 % der weiblichen Bevölkerung vor¹³. Entsprechend den Prävalenzdaten ist auch hier der größte Anteil unter der männlichen Bevölkerung von 18 bis 20 Jahren (3,8 %) sowie von 21 bis 24 Jahren (3,4 %). Hochgerechnet auf die sächsische Bevölkerung wären das bei den 18- bis 20-Jährigen rund 4.000 Personen sowie rund 7.500 bei den 21- bis 24-Jährigen.

Verbreitung des Konsums von Stimulantien

Laut *Epidemiologischem Suchtsurvey 2006* beträgt der Anteil der 18- bis 64-Jährigen, die in den vergangenen 12 Monaten zum Zeitpunkt der Befragung Amphetamine konsumiert haben, 0,5 %. In der Gruppe der männlichen Befragten zwischen 18 und 20 Jahren ist der Amphetaminkonsum am ausgeprägtesten (2,6 %). Bei einer Hochrechnung auf Sachsen entspräche das in dieser Altersgruppe einer Konsumentenzahl von rund 2200 Personen. Aufgrund der geografischen Nähe zu Tschechien und Polen kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere die Verbreitung von Methamphetamin in Sachsen größer ist als in anderen Bundesländern. In-

wieweit sich der Anteil der Konsumenten in Sachsen von den gesamtdeutschen Repräsentativerhebungen unterscheidet, kann nicht belegt werden.

1.1.4 Verbreitung des Konsums von Medikamenten

Circa 5-6 % der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Abhängigkeitspotenzial¹⁴. Hierzu zählen insbesondere Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Bisher gibt es wenig verlässliche Daten zur Problematik Medikamentenkonsum und -abhängigkeit.

Nach dem *Epidemiologischen Suchtsurvey 2006* gaben in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen 69 % an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen zu haben, bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung waren es 17,6 %¹⁵. Der Anteil der Frauen ist höher als der Anteil der Männer. Schmerzmittel dominieren gegenüber allen anderen gelisteten

¹² Jugend 2007 in Sachsen

¹³ Epidemiologischer Suchtsurvey 2006

¹⁴ Drogen- und Suchtbericht, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mai 2009

¹⁵ Gelistet waren: Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika

Medikamenten der Befragung. Insgesamt weisen 5,6 % der Befragten einen problematischen Medikamentenkonsum auf. Frauen weisen einen insgesamt höheren Medikamentenverbrauch auf als Männer, ebenso ältere als jüngere Menschen.

Nach Angaben der DHS wird die Gesamtzahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland auf 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen geschätzt¹⁶. Ca. 70 % der Betroffenen sind Frauen¹⁷.

Hochgerechnet wäre in Sachsen von ca. 70.000 bis ca. 100.000 Medikamentenabhängigen auszugehen.

I.2 Nicht-stoffgebundene Störungen

I.2.1 Pathologisches Glücksspiel

Nach einer Studie der BZgA ist die Teilnahme an Glücksspielen in der Bevölkerung weit verbreitet. Innerhalb des letzten Jahres haben ca. 55 % der 16- bis 65-Jährigen ein oder mehrere Glücksspiele gespielt. Der größte Teil davon weist ein unproblematisches Spielverhalten auf. Überwiegend handelt es sich um Zahlenlotterien wie 6 aus 49, Super 6 und Spiel 77.

Das größte Gefährdungspotenzial bezüglich pathologischen Glücksspiels liegt bei jungen Männern. Spieler mit erhöhtem Gefährdungspotenzial bevorzugen Sportwetten, Glücksspielautomaten in Spielbanken und -hallen, Glücksspiele im Internet und Geldspielgeräte.¹⁸

Die Anzahl pathologischer Glücksspieler wird nach vorliegenden bundesweiten Studien zwischen 0,2 % und 0,56 % der Bevölkerung geschätzt¹⁹. Daraus abgeleitete Schätzzahlen für Sachsen lassen auf ca. 5.400 bis 15.100 betroffene Personen zwischen 16 und 65 Jahren schließen.

Die Zahl der Menschen mit problematischem Spielverhalten (Gefährdete) wird auf 0,29 % bis 0,64 % der Bevölkerung geschätzt. Nach entsprechenden Hochrechnungen müsste für Sachsen einer Gruppe zwischen 7.800 und 17.000 Personen zwischen 16 und 65 Jahren problematisches Spielverhalten unterstellt werden.

I.2.2 Essstörungen

Vorbemerkung:

Essstörungen werden im Allgemeinen häufig unter Suchterkrankungen subsumiert. Dies entspricht jedoch nicht den diagnostischen Systemen. Danach sind Essstörungen unter „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD 10: F50.-) klassifiziert. Essstörungen sind komplexe Syndrome, die mit – zumeist tiefgreifenden – Störungen des Verhaltens, Erlebens und des Körpers verbunden sind und langfristige körperliche Komplikationen, eine hohe Frühmortalität und Entwicklungsbeeinträchtigungen nach sich ziehen²⁰.

Die häufigsten Formen von Essstörungen sind Magersucht (Anorexie), Ess-Brech-Sucht (Bulimie) und die Binge Eating²¹ Störung. Betroffene wenden sich an Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, sodass auch in Sachsen Klientinnen und Klienten mit der Diagnose Essstörungen in den SBB erfasst sind. Die Behandlung findet jedoch primär in entsprechenden Abteilungen der Psychiatrie statt.

¹⁶ Jahrbuch Sucht 2008, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Geesthacht 2008

¹⁷ Drogen- und Suchtbericht, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mai 2008

¹⁸ Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007 - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der BZgA, Juli 2008

¹⁹ Institut für Therapieforchung, Bühringer et. al., 2007; Repräsentativbefragung der BZgA zum Glücksspielverhalten der 16- bis 65-Jährigen, 2008; Bremer Institut für Drogenforschung, Prof. Stöver, 2006

²⁰ Bühringer, G., Jacobi, C. und Wittchen, H.-U. (2008). Forschungs- und Lehrbeiträge zu Substanzstörungen sowie nicht-stoffgebundenen Störungen (z. B. Essstörungen, pathologisches Spielen) des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden. Dresden: Technische Universität Dresden.

²¹ „binge eating“ bedeutet Essanfall. Der Unterschied zur Bulimie liegt im Wesentlichen darin, dass nach dem Essanfall keine kompensatorischen Maßnahmen wie z. B. Erbrechen, Hungern oder extremer Sport ergriffen werden.

Es existieren wenig umfassende Studien über die Häufigkeit von Essstörungen. Essstörungen treten über die gesamte Altersspanne auf, wobei die Gefährdung für Anorexie und Bulimie im Jugendalter offenbar am größten ist. Einzelne Symptome von Essstörungen sind vor allem im Jugendalter und jungem Erwachsenenalter weit verbreitet. Nach einem Übersichtsartikel zu Essstörungen von Jacobi & de Zwaan beschäftigen sich 60 - 70 % dieser Altersgruppe längerfristig mit Maßnahmen der Gewichtsreduktion. 20 % der Frauen geben an, einmal im Monat bis einmal in der Woche, Heißhungeranfälle zu haben. Bei Anorexie liegt der Beginn meist zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr, bei Bulimie zwischen dem 16. und dem 35. Lebensjahr. Daher bewegen sich Untersuchungen zur Häufigkeit überwiegend in Altersspannen zwischen 12 und 35 Jahren. Im Gegensatz dazu befinden sich die Erkrankungsgipfel der Binge Eating Störung zwischen 20 und 30 sowie zwischen 45 und 54 Jahren. Angaben zur Häufigkeit von Essstörungen schwanken bezüglich Bulimie zwischen 1 % und 5 % weiblicher Erkrankter in den hauptsächlich betroffenen Altersgruppen und bezüglich Anorexie zwischen 0,3 % und 2,6 % weiblicher Erkrankter in den hauptsächlich betroffenen Altersgruppen. Nach Angaben aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998 sind 0,3 % der Bundesbürger im Alter von 18 bis 65 Jahren von Essstörungen betroffen²². In der Allgemeinbevölkerung wird das Vorkommen von Magersucht zwischen 0,2 % und 0,8 % angegeben, wobei Frauen zehnmal mehr betroffen sind als Männer. Für Bulimie werden für die Allge-

meinbevölkerung Prävalenzangaben zwischen 2 % bis 4 % gemacht. In manchen Berichten kommen jedoch auch Häufigkeiten von 1 % vor. Das Erkrankungsverhältnis zwischen Frauen und Männern wird mit 20:1 angegeben. Verstärkt sind also Frauen von Bulimie betroffen. Pro 100.000 Einwohner werden für Magersucht 0,1 bis 12 Neuerkrankungen angegeben. Bei Bulimie sind es 12 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner²³.

Bei der Binge Eating Störung schwanken die Angaben zwischen 0,7 % und 4 % der Allgemeinbevölkerung (alle Altersgruppen, beide Geschlechter). Sie scheint damit die insgesamt häufigste Essstörung zu sein. Übergewichtige sind zu ca. 30 % von der Binge Eating Störung betroffen. Das Erkrankungsverhältnis zwischen Frauen und Männern liegt hier bei ungefähr 1,5:1. Frauen sind demnach etwas häufiger betroffen.

Von einer Hochrechnung auf eine mögliche Anzahl betroffener Personen in Sachsen wurde aufgrund der vagen Datenlage abgesehen.

²² Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000

²³ Jacobi, C. & de Zwaan, M. (2006). Essstörungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer. 46, 883-907

II. Struktur, Qualität und Angebote der Suchtprävention

Mit dem *Ersten Sächsischen Landesplan zur primären Suchtprävention* (Juni 2001) wurden für den Freistaat Sachsen handlungsleitende Empfehlungen für die Entwicklung der Strukturen, Angebote und Akteure der Suchtprävention festgeschrieben und grundlegende Anforderungen formuliert. Als Primärprävention wird dabei ein Handeln definiert, das zum Ziel hat, Menschen zu befähigen, mit potenziellen Gefährdungen in angemessener Weise umzugehen.

Aufbauend auf diesen Empfehlungen hat sich in Sachsen ein breitgefächertes Netz von suchtpreventiven Aktivitäten entwickelt. Die Schwerpunktsetzung auf den Bereich der primären Prävention orientiert sich am aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand, wonach die Entwicklung und Förderung individueller Lebenskompetenzen als besonders wirkungsvoll gesehen wird. Lebenskompetent ist, *wer sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, wer kommunizieren und Beziehungen führen kann, durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst sowie Gefühle und Stress bewältigen kann*²⁴.

Durch ein möglichst frühes Einsetzen suchtpreventiver Maßnahmen, bezogen auf das Lebensalter, sollen hilfreiche Kompetenzen vermittelt werden, die ein gesundes Aufwachsen fördern und als Schutzfaktoren gegen Abhängigkeitserkrankungen wirken. Demzufolge sind insbesondere Kinder und Jugendliche als Zielgruppen zu sehen, wobei diese auch indirekt über wichtige Bezugspersonen als Multiplikatoren zu erreichen sind.

Wesentliche Präventionseffekte sind nur aus der Wechselwirkung von verhaltens- und verhältnisbeeinflussenden Aktivitäten zu erwarten. Verhaltensprävention richtet sich direkt an die Personen und versucht, deren Gesundheitsbewusstsein und -verhalten positiv zu beeinflussen. Durch die Verhältnisprävention werden Bedingungen in der Umwelt von Personen beeinflusst und verändert, die einen unmittelbaren oder mittelbaren Einfluss auf den Substanzkonsum bzw. auf die Gesundheit besitzen.

Suchtprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Angebote die jeweiligen Zielgruppen in ihren Lebenswelten erreichen sollen und deshalb auch direkt dort ansetzen müssen. Als wichtige Handlungsfelder der primären Suchtprävention wurden im *Ersten Sächsischen Landesplan zur primären Suchtprävention* die Familie, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Kinder- und Jugendhilfe sowie die Polizei benannt. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, müssen sich die Mitarbeiter der verschiedenen Professionen und Institutionen sowie auf kommunaler und Landesebene effektiv und effizient vernetzen und nach wirksamen Möglichkeiten der Zusammenarbeit suchen. Für Fachkräfte der Suchtprävention ergibt sich daraus die Verantwortung, auf verbindliche Kooperationen hinzuwirken und dabei eine aktive und koordinierende Rolle einzunehmen.

²⁴ WHO Definition (1994)

II.1 Strukturen der Suchtprävention

Suchtpräventive Aktivitäten werden im Freistaat Sachsen in öffentlich-rechtlicher und freier Trägerschaft auf unterschiedlichen Ebenen durchgeführt.

Strukturen auf Landesebene:

Als landesweit agierende Träger primärpräventiver Aktivitäten im Suchtbereich sind insbesondere die SLfG, die SLS und die AJS zu nennen.

Zur Information, Abstimmung und fachlichen Beratung sowie zur Koordinierung von landesweiten suchtpreventiven Aktivitäten hat sich der Landesfachausschuss für Suchtprävention gebildet, in dem die SLfG, die SLS, die AJS und die Fachstellen für Suchtprävention auf freiwilliger Basis zusammenarbeiten. Das SMS, das SMK und das LKA haben in diesem Gremium einen beratenden Status.

Strukturen auf Ebene der Landesdirektionen bzw. andere kreisübergreifende Strukturen:

Fachstellen für Suchtprävention

In den drei sächsischen Direktionsbezirken Chemnitz, Dresden und Leipzig arbeitet jeweils eine Fachstelle für Suchtprävention mit insgesamt sieben Fachkräften, die an unterschiedliche freie Träger der Wohlfahrtspflege angegliedert sind (siehe Tab. II.1). Ihre Aufgabe ist es insbesondere, die Landkreise und kreisfreien Städte bei der Vernetzung, Planung und Durchführung suchtpreventiver Vorhaben zu beraten und durch konkrete Projektarbeit zu unterstützen. Im *Ersten Sächsischen Landesplan zur primären Suchtprävention* wird außerdem der Anspruch formuliert, dass sich die Fachstellen zu Kompetenzzentren entwickeln, wobei sich jede Fachstelle ein eigenes spezifisches Profil erarbeiten soll.

Als Schwerpunkte wurden die Primärprävention im Kindergarten und im Grundschulbereich (Fachstel-

le Dresden), die Arbeit mit Schülermultiplikatoren (Fachstelle Chemnitz) sowie die Arbeit mit bereits drogengebrauchenden Kindern und Jugendlichen (Fachstelle Leipzig) benannt. Diese geplante Spezialisierung der Fachstellen erwies sich in der Umsetzung als weniger praktikabel, z. B. weil eine strikte inhaltliche Trennung den Bedarfen in den Regionen außerhalb des jeweiligen Direktionsbezirkes nicht gerecht wurde oder weil sich inzwischen entsprechende kommunale Angebote etabliert hatten. So werden in den drei Direktionsbezirken gegenwärtig unterschiedliche Projekte und Maßnahmen sowohl im Bereich der primären, als auch der sekundären Suchtprävention durchgeführt, ohne dass die ursprünglich geplante Spezialisierung umgesetzt wird.

Zur statistischen Auswertung der Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention wird auf den Abschnitt *Dot.Sys* verwiesen.

Regionalstellen der Sächsischen Bildungsagentur

In jedem Regionalschulamt bzw. seit 01. 01. 2007 in jeder *Regionalstelle der Sächsischen Bildungsagentur* ist ein Mitarbeiter für die Koordinierung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention verantwortlich. Zu dessen Aufgaben gehört die Beratung der Schulen bei ihrer suchtpreventiven Arbeit.

Polizeidirektionen

Die sieben Polizeidirektionen mit ihren nachgeordneten Dienststellen sind wesentliche Akteure in der praktischen präventiven Arbeit der Polizei, auch im Bereich der Drogenprävention.

In jeder Polizeidirektion gibt es einen spezialisierten „Fachdienst Prävention“, der einerseits eigene konzeptionelle Vorgaben für die präventiven Tätigkeiten

Tab. II.1: Fachstellen für Suchtprävention in den Direktionsbezirken

Direktionsbezirk	Träger der Fachstelle für Suchtprävention
Chemnitz	Stadtmission Chemnitz e. V.
Dresden	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
Leipzig	Deutscher Kinderschutzbund Ortsverband Leipzig e. V.

der Polizeidirektion erstellt und andererseits die Umsetzung landeseinheitlicher Konzeptionen in seinem Wirkungsbereich überwacht. Darüber hinaus werden Veranstaltungen zu speziellen Themen z. T. auch direkt durch den Fachdienst Prävention angeboten.

Bereits seit dem Jahr 2004 ist in jedem Polizeirevier ein Polizeivollzugsbeamter hauptamtlich mit polizeilicher Präventionsarbeit betraut. Die Sachbearbeiter Prävention der Polizeireviere setzen die Themen der polizeilichen Prävention praktisch um und fungieren als Ansprechpartner für kommunale Entscheidungsträger, Behörden, Kindergärten, Schulen und nichtstaatliche Organisationen.

II.2 Aktivitätsbereiche

II.2.1 Aktivitätsbereich Familie

Die Einbeziehung der Familie erfolgt im Wesentlichen über die verschiedenen Lebenskompetenzprogramme, die in Kindertageseinrichtungen und Schulen umgesetzt werden. Die Konzeptionen sehen eine Zusammenarbeit mit den Eltern als wichtigen Partner bei der Umsetzung der Programme vor. Beispielsweise können in Elternabenden suchtpreventive Themen sowie Erziehungsfragen und -probleme erörtert werden. Zunehmend werden auch über die regulären Angebote der Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Kleinkinder frühzeitige Hilfen als Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zur Stärkung der Erziehungs- und Handlungskompetenz werdender und junger Eltern vermittelt.

→ „Sächsisches Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz“

Das Sächsische Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz enthält eine Zusammenstellung von Maßnahmen, die werdende und junge Eltern in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung gegenüber ihren Kindern unterstützen. Dabei geht es um frühzeitige, vernetzte Hilfe und Angebote zur Entspannung in besonderen familiären Belastungssituationen bzw. zur Verbesserung der Erziehungskompetenzen für sozial und/oder gesundheitlich benachteiligte junge Eltern. In den im Konzept vorgesehenen „Netzwer-

Strukturen auf der Ebene der Gebietskörperschaften:

Die Verantwortung für die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen auf der Ebene der Gebietskörperschaften liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie wird durch die Gesundheits- und/oder Jugendämter in Zusammenarbeit mit freien Trägern wahrgenommen. Zur Koordinierung und Bündelung suchtpreventiver Maßnahmen haben sich in mehreren Landkreisen und kreisfreien Städten kommunale Arbeitskreise bzw. -gruppen gegründet. Die personelle Anbindung der verantwortlichen Fachkräfte in den Kommunen und die personellen Kapazitäten gestalten sich in den Regionen sehr heterogen.

ken für Kinderschutz“ arbeiten Netzwerkkoordinatoren mit Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Familienberatungsstellen, Kindertagesstätten u. a. Einrichtungen an der gemeinsamen Zielstellung.

II.2.2 Aktivitätsbereich Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege

Der *Sächsische Bildungsplan – ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Krippen, Kindergärten und Horten sowie für Kindertagespflege* ist seit Inkrafttreten des neuen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen im Dezember 2005 verbindliche Grundlage für die pädagogische Arbeit in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege. Der Bildungsplan geht davon aus, dass die Bildung die Basis für lebenslanges Lernen ist und zur Chancengleichheit aller Kinder in unserer Gesellschaft beiträgt. Im Bildungsplan werden insbesondere in den Bildungsbereichen Somatische und Soziale Bildung unter den Leitbegriffen Wohlbefinden und Beteiligung Ausführungen gemacht, die bei Berücksichtigung in der pädagogischen Arbeit, vorbeugend gegen Sucht- und Drogengefahren wirken können.

Sowohl quantitativ (zeitlicher Umfang) als auch qualitativ wird in den Kinderbetreuungseinrichtungen und in der Kindertagespflege wesentlich Einfluss auf die Entwicklung der sozialen und persönlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse von Kindern genommen. Über 90 % aller drei- bis sechsjährigen Kinder besuchen in Sachsen eine Kindertageseinrichtung (Kita). Damit ist eine hohe Erreichbarkeit dieser Zielgruppe gegeben, um die Entwicklung und Förderung jener Fähigkeiten, die als Schutzfaktoren für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen gesehen werden (wie Selbstsicherheit, die Fähigkeit, sich sozialem Druck entgegenzusetzen und schwierige Lebenssituationen zu bewältigen, ein gesundes Maß an Frustrationstoleranz sowie das Vermögen, tragfähige Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen) zu unterstützen.²⁵

Erzieher sind als Bezugspersonen und Multiplikatoren vor allem Zielgruppe von Programmen zur Förderung von Lebenskompetenzen. Die entsprechende Qualifizierung der Erzieher, um sie mit den präventiven Handlungsmöglichkeiten im Rahmen ihrer Arbeit vertraut zu machen und sie zu befähigen, die Kinder in den aufgeführten Verhaltensbereichen zu fördern, ist eine zentrale Aufgabe im Aktivitätsbereich Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege.

→ Sächsisches Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen*

Im Fokus des Gesundheitsziels *Gesund aufwachsen* stehen Vorschulkinder und ihre Lebenswelt(en). Es geht darum, die Gesundheitsressourcen von Kindern mithilfe der Erzieher als Multiplikatoren zu stärken und sie bei der Entwicklung positiver Selbstkonzepte zu unterstützen. *Gesund aufwachsen* richtet sich nicht ausschließlich an Vorschulkinder, sondern auch an die Menschen, die die Lebenswelt der Kinder gestalten und beeinflussen, also die Erzieher, Eltern oder beispielsweise Unternehmen.

Das Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen* umfasst acht Handlungsfelder, in denen etwa 60 Organisationen, Vereine und einzelne Kitas an der Umsetzung arbeiten. Die Handlungsfelder sind Ernährung, Bewegung, Förderung von Lebenskompetenz, Mundgesundheit, Sprachförderung, Impfschutz und Erziehergesundheit. In jedem Handlungsfeld haben sich Arbeitsgruppen gebildet, die von den Handlungsfeld-Koordinatoren geleitet werden. Unterstützt wird

das Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen* von einer Koordinierungsstelle, die an der SLfG angesiedelt ist. Die Koordinierungsstelle vernetzt die beteiligten Akteure, d. h. die Träger, Eltern, Erzieher, Verwaltung, Politik und regionale Arbeitsgemeinschaften, und sie informiert und unterstützt Kita-Träger mit Fachberatungen auf dem Weg zur *Gesunden Kita*.

Die fachlichen Inhalte der Handlungsfelder wurden im Handbuch *Gesund aufwachsen* praxisnah dargestellt. Er dient Erziehern als Leitfaden für die Umsetzung des Gesundheitsziels *Gesund aufwachsen* und unterstützt daher den Transfer in die alltägliche Kita-Praxis. Alle 2.861 Kindertageseinrichtungen in Sachsen haben über ihr zuständiges Jugendamt ein Exemplar des Handbuchs erhalten.

Die Umsetzung des Handlungsfelds *Lebenskompetenzförderung* mit einer Arbeitsgruppe wurde von der Koordinierungsstelle an der SLfG initiiert. Als konkretes Angebot von Lebenskompetenzförderung für Kindertageseinrichtungen wurde das Programm *FREUNDE* vorbereitet.

FREUNDE

FREUNDE ist ein standardisiertes Fortbildungsprogramm für pädagogisches Fachpersonal in Kindertageseinrichtungen mit dem Ziel, die Lebenskompetenzen der Kinder bereits im frühen Alter umfassend zu stärken. Es wird von Erziehern in den Einrichtungen umgesetzt und von sächsischen Rotary-Clubs unterstützt. *FREUNDE* stimmt mit dem sächsischen Bildungsplan überein und orientiert sich an den derzeit gültigen Standards präventiver Arbeit. Themenschwerpunkte sind u. a. Kommunikation, Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, kritisches Denken und Problemlösefähigkeit.

Im März 2008 wurden die ersten 13 *FREUNDE*-Trainer für Sachsen ausgebildet. Drei Kindertageseinrichtungen aus dem Raum Görlitz haben mit der Umsetzung des Programms begonnen.

Die SLfG ist in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund Freiberg und der Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden Koordinator für das Programm in Sachsen.

²⁵ Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hallmann, Holterhoff-Schulte, Merfert-Diete, 2007

II.2.3 Aktivitätsbereich Schule

Suchtprävention ist integrativer Bestandteil des Erziehungs- und Bildungsauftrages der Schule gemäß § 1 Abs. 2 SchulG²⁶.

Bereits 1993 wurde durch das SMK die Verwaltungsvorschrift zur Suchtprävention an den Schulen des Freistaates Sachsen in Kraft gesetzt und eine begleitende Handreichung für Lehrer zu diesem Thema herausgegeben.

Der *Orientierungsrahmen zur schulischen Suchtprävention und zum Umgang mit Suchtmittelproblemen an Schulen* vom 24. Juni 1999 sieht vor, dass jede Schule ein Konzept der schulischen Suchtprävention entwickelt und jährlich hinsichtlich seiner Aktualität und Realisierung überprüft und modifiziert. Die Konzepte zur schulischen Suchtprävention sind Bestandteil der Schulprogramme, zu deren Erstellung alle Schulen im Freistaat Sachsen gemäß § 1 Abs. 3 SchulG gesetzlich verpflichtet sind.

Schulische Suchtprävention ist als Primärprävention angelegt und darauf ausgerichtet, Einstellungen und Handlungskompetenzen zu fördern, die für die konstruktive Bewältigung von Konflikten und Problemen erforderlich sind. Die Schüler sollen befähigt werden, die von legalen und illegalen Suchtmitteln ausgehenden Gefährdungen rechtzeitig zu erkennen und der Entwicklung von süchtigem Verhalten entgegenzuwirken. Schulische Suchtprävention setzt an den Ursachen des Suchtverhaltens an und schließt die Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden Motiven ein. Sie bezieht sich auf den Konsum legaler und illegaler Suchtmittel sowie stoffungebundener Suchtformen.

Suchtprävention ist als ganzheitliches Erziehungs- und Bildungsziel in den Fächerkanon integriert und erfolgt kontinuierlich während der gesamten Schulzeit in altersgemäßer Weise. Suchtprävention ist als eine fachübergreifende und ganzheitliche Aufgabe aller Lehrkräfte nicht auf bestimmte Unterrichtsfächer begrenzt, sondern in den Lehrplänen aller Schularten verankert.

Der Freistaat Sachsen unterstützte im Rahmen der *Förderrichtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus zur Gewährung von Zuwendungen für*

schulische Projekte unterrichtsergänzender Angelegenheiten an den Schulen im Freistaat Sachsen (FRUnErAn) vom 22. Januar 2001 lehrplanbezogene Projekte mit einem ganzheitlichen Ansatz zur Förderung einer gesunden Lebensweise und eines Gesundheitsbewusstseins der Schüler gegenüber dem eigenen Körper und der eigenen Entwicklung sowie zur Förderung der Lebens- und Konfliktlösekompetenz. Seit dem Außerkrafttreten dieser Förderrichtlinie werden Projekte zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention gemäß der *Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus zur Förderung des Ausbaus von Ganztagsangeboten (FRL GTA)* gefördert, insbesondere im Modul *Unterrichtsergänzende Angebote und Projekte*.

Eine umfassende suchtpreventive Arbeit der Schulen erfordert die Kooperation mit Behörden und außerschulischen Einrichtungen, insbesondere mit der Polizei, den Fachstellen für Suchtprävention und der SLfG.

Am 17. 10. 2006 schlossen das SMK und das SMI eine Kooperationsvereinbarung zur Optimierung der Zusammenarbeit von Schule und Polizei. Diese Kooperationsvereinbarung ist u. a. darauf gerichtet, gesellschaftliche Präventionserfordernisse in schulische Abläufe einzubeziehen, gemeinsame Fortbildungsangebote für Lehrkräfte und Polizei zu konzipieren und polizeiliche Präventionsmaterialien für die Unterrichtsplanung zu erstellen.

Projekte im Aktivitätsbereich Schule:

Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen im Freistaat Sachsen

LOGO! Schule braucht Partner

Das *Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen im Freistaat Sachsen* in Kooperation des SMK und der SLfG möchte Schulen bei der Profilbildung für Gesundheit im Lern- und Lebensort Schule motivieren und unterstützen.

In diesem Netzwerk engagieren sich derzeit 52 Schulen aller Schularten, um Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept im Schulprogramm zu veran-

²⁶ Schulgesetz für den Freistaat Sachsen vom 3. Juli 1991 in der Bekanntmachung der Neufassung vom 16. Juli 2004 (SächsGVBl. S. 298)

II. Struktur, Qualität und Angebote der Suchtprävention

kern und langfristig wirksam umzusetzen. Arbeitsschwerpunkte sind die Förderung einer gesundheitsfördernden Schulprogrammarbeit, Einbindung von Projekten und Aktivitäten in schulische Ganztagsangebote, Fortbildungen zu Themen der Gesundheitsförderung und die Organisation von Tagungen.

Bereits 10 Schulen aus dem Netzwerk konnte das Zertifikat *Gesunde Schule* verliehen werden. Das Gesundheits-Audit soll Schulen, die sich seit Längerem mit der schulischen Gesundheitsförderung beschäftigen, einen Anhaltspunkt für den erreichten Entwicklungsstand geben.

Klasse 2000

Das Programm *Klasse 2000* wurde für Schüler der Klassenstufen 1 bis 4 konzipiert. Es hat zum Ziel, unter Einbeziehung der Lehrkräfte, der Eltern und der Kommunen, eine positive Einstellung von Kindern zur Gesundheit zu fördern und gesundheitsschädigendem Verhalten vorzubeugen. Die Teilnehmer sollen u. a. zum kritischen Umgang mit Genussmitteln und Alltagsdrogen befähigt werden. In der Klassenstufe 4 werden tabak- und alkoholspezifische Inhalte behandelt.

Das Programm *Klasse 2000* wurde erstmals 1998 an einer sächsischen Grundschule eingeführt. In den vergangenen Jahren hat sich die Teilnahme folgendermaßen (Tab. II.2) entwickelt:

Tab. II.2: Teilnahme am Programm Klasse 2000 in den Schuljahren 2002-2008

Schuljahr	Anzahl der Klassen
2002/2003	43
2003/2004	54
2004/2005	63
2005/2006	82
2006/2007	129
2007/2008	171

Die regionale Verteilung der Schulklassen, die in den vergangenen drei Schuljahren teilgenommen haben, ist der folgenden Tabelle zu entnehmen (Tab. II.3).

Eigenständig werden

Das Programm *Eigenständig werden* ist für Schüler der Klassenstufen 1 bis 4 konzipiert. Im Schuljahr 2007/2008 setzten 154 sächsische Grundschulen dieses Programm ein. Problemspezifische Inhalte zur Sucht- und Gewaltprävention werden ab der Klassenstufe 3 vermittelt, darunter substanzspezifische Themen, z. B. über die schädlichen Inhaltsstoffe von Zigaretten und ihr Abhängigkeitspotenzial.

Im Zeitraum von 2001 bis 2005 wurde im Freistaat Sachsen zur Untersuchung der Wirksamkeit dieses Programms vom Institut für Therapie- und Gesund-

Tab. II.3: Regionale Verteilung des Programms Klasse 2000

Landkreis/kreisfreie Stadt	Schuljahr		
	2005/2006	2006/2007	2007/2008
Bautzen	6	9	17
Dresden	6	10	12
Görlitz		4	8
Leipzig (Landkreis)	10	13	16
Leipzig (Stadt)	11	19	28
Meißen	9	34	45
Mittelsachsen	3	11	20
Nordsachsen	18	9	6
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	19	20	19
Gesamt	82	129	171

Tab. II.4: Regionale Verteilung des Programms *Eigenständig werden* – Schulklassen, die im Schuljahr 2008/2009 am Programm teilnehmen²⁷

Landkreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der teilnehmenden Schulklassen (Stand 02.10.2008)
Bautzen	20
Chemnitz	3
Dresden	6
Erzgebirgskreis	16
Görlitz	13
Leipzig (LK)	9
Leipzig	14
Meißen	9
Mittelsachsen	21
Nordsachsen	14
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4
Vogtlandkreis	10
Zwickau	14
Gesamt	153

heitsforschung Kiel (IFT-Nord) eine Kontroll-Gruppen-Studie mit Messwiederholung durchgeführt. Die Studie wurde vom SMK sowie dem Mentor-Stiftung-Förderverein finanziert. Die Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass die Teilnahme an dem Programm zu einer Abnahme der Verhaltensauffälligkeiten und Gewaltbereitschaft sowie zu einer Zunahme sozialer Kompetenzen führen kann.

Erwachsen werden

Das Lions-Quest-Programm *Erwachsen werden* bereitet Schüler im Alter von 10 bis 15 Jahren auf die selbstständige Lebensbewältigung, darunter die Bewältigung von Problemsituationen, vor. Dazu zählen die Fähigkeiten, psychischen und physischen Gefährdungen zu widerstehen, standfest gegenüber Gruppendruck zu bleiben und die Wirkungen und Risiken von Suchtmitteln kritisch zu beurteilen. Innerhalb des Programms erhalten Schüler Informationen über Sucht, Drogen, die Ursachen des Substanzkonsums und über Hilfsangebote. Der Unterricht in der 5. und 6. Klassenstufe widmet sich Inhalten zur Tabak- und Alkoholprävention, ab der 7. Klassenstufe werden Kenntnisse über Medikamente, Cannabis und Ecstasy sowie über die von ihnen ausgehenden Gefährdungen vermittelt.

Im Freistaat Sachsen wurden von 2003 bis 2007 ca. 2500 Lehrer für den Einsatz dieses Programms fortgebildet. Gegenwärtig wird das Programm an 122 Mittelschulen umgesetzt (Tab. II.5).

Schülermultiplikatorenprojekte:

Der *Erste Sächsische Landesplan zur primären Suchtprävention* benennt die Arbeit von Schülermultiplikatoren als auszubauende Präventionsangebote. Die theoretische Grundlage bildet der *peer-education*-Ansatz, wonach die Gruppe der Gleichaltrigen maßgeblichen Einfluss auf Werte, Normen, Einstellungen und Verhaltensweisen von jungen Menschen nimmt. In den Seminaren werden den Schülermultiplikatoren vielfältiges suchtspezifisches Wissen vermittelt sowie soziale Kompetenzen gestärkt. Dadurch sollen die Jugendlichen dazu befähigt werden, in Schule und Freundeskreis als Ansprechpartner und Vermittler bei sucht- und drogenbezogenen Problemen aktiv zu werden.

²⁷ Auf dem Portal *Schulporträt* (<http://www-db.sn.schule.de/output/start.php>) trägt jede Schule selbstständig die entsprechenden Angaben ein bzw. aktualisiert die Angaben.

II. Struktur, Qualität und Angebote der Suchtprävention

Tab. II.5: Regionale Verteilung des Programms *Erwachsen werden* – Schulklassen, die im Schuljahr 2008/2009 am Programm teilnehmen²⁸

Landkreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der teilnehmenden Schulklassen (Stand 13.10.2008)
Bautzen	21
Chemnitz	7
Dresden	3
Erzgebirgskreis	15
Görlitz	4
Leipzig (LK)	8
Leipzig	5
Meißen	9
Mittelsachsen	15
Nordsachsen	8
Sächsische Schweiz- Osterzgebirge	4
Vogtlandkreis	8
Zwickau	15
Gesamt	122

Die Unterstützung von Schülermultiplikatorenprojekten ist Bestandteil der Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention in den Direktionsbezirken. Schülermultiplikatorenprojekte bestehen in Sachsen zum Teil seit mehreren Jahren und haben sich an einigen Standorten als kontinuierliche Angebote etabliert.

Projekt *Schüler für Schüler*

Durch die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz werden seit 1996 Schülermultiplikatoren ausgebildet und betreut.

Schülermultiplikatorengruppen gibt es in Mittelschulen und Gymnasien der Stadt Chemnitz sowie

der Landkreise²⁹ Aue-Schwarzenberg, Chemnitzer Land, Mittweida und Stollberg.

Das Projekt *Schüler für Schüler* wird in regelmäßigem Rhythmus im Rahmen von Diplom- oder Magisterarbeiten hinsichtlich der Effekte und Zielerreichung überprüft. Grundlage dafür bildet die Dokumentation der Seminare und Aktivitäten der Schülermultiplikatoren.

Projekt *free your mind*

Das Projekt wurde 1997 vom Gesundheitsamt Leipzig sowie Studenten der Universität Leipzig nach der Idee des Bundesmodellprojektes *teenex* entwickelt.

Tab. II.6: Entwicklung des Projekts *Schüler für Schüler*

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl der Gruppen	19	21	23	22	19
Beteiligte Schülermultiplikatoren	250	268	253	265	237

²⁸ Auf dem Portal *Schulporträt* (<http://www-db.sn.schule.de/output/start.php>) trägt jede Schule selbstständig die entsprechenden Angaben ein bzw. aktualisiert die Angaben.

²⁹ Landkreise vor dem 01.08.2008

Seit Oktober 2000 ist es unter Trägerschaft des Zentrums für Integration e. V.

Das Projekt verfolgt den Ansatz der Lebenskompetenzförderung. Lehrer oder Schulsozialarbeiter nehmen an einem Seminar zur Schülermultiplikatoren- und Schullehrerfortbildung teil. Schüler werden in einem einwöchigen Camp ausgebildet. Es wird eine Kooperationsvereinbarung geschlossen, dadurch bekräftigen die beteiligten Schulen verbindlich das Vorhaben, Suchtprävention in den Schulalltag einzubeziehen.

Free your mind wurde für seinen Inhalt und seine Struktur mit dem Ersten Deutschen Präventionspreis 2004 ausgezeichnet.

Projektpartner von *free your mind* ist u. a. die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Leipzig.

Zielgruppe Fahranfänger:
Peer-Projekt zur Punkt-Nüchternheit im Straßenverkehr

Vor dem Hintergrund, dass die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen sehr häufig an Verkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligt ist, förderte das SMS das *Peer-Projekt* im Rahmen eines Modellprojektes. Nachdem die Modellphase zwischen 2004 und 2006 mit positiven Ergebnissen verlaufen ist, wird es nun als Regelangebot durch die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden umgesetzt.

Das *Peer-Projekt* verfolgt das Ziel, junge Fahranfänger hinsichtlich ihres Fahrverhaltens positiv zu beeinflussen. Ausgebildete Peers thematisieren in einer Unterrichtseinheit der Fahrausbildung bzw. im Setting *Schule* in den entsprechenden Klassenstufen

die Problematik des Substanzkonsums im Straßenverkehr. Das Ziel ist die Verringerung der Verkehrsunfälle in dieser Bevölkerungsgruppe durch Punktnüchternheit³⁰ im Straßenverkehr, da Alkohol- und Drogenkonsum einen häufigen Unfallgrund darstellen.

Durch die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden werden Peers ausgebildet und in ihrer Tätigkeit betreut. Durch die Ausweitung des Projektes auf das Setting *Schule* können jedes Jahr zahlreiche Fahranfänger erreicht werden.

Das *Peer-Projekt* an Fahrschulen wurde am Standort Magdeburg sowie als Bund-Länder-Kooperationsmodell „Länderübergreifendes Peer-Projekt an Fahrschulen“ bundesweit mit positiven Ergebnissen evaluiert.

II.2.4 Aktivitätsbereich Kinder- und Jugendhilfe

Die gesetzliche Vorgabe des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gemäß § 14 SGB VIII schließt Angebote der Suchtprävention im Rahmen der verschiedenen Leistungsfelder der Jugendhilfe wie der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit, der Familienbildung u. a. ein. Adressaten sind sowohl junge Menschen, als auch Eltern sowie an der Erziehung von jungen Menschen beteiligte Fachkräfte und Personen.

Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe obliegt den Jugendämtern der Landkreise und kreisfreien Städte insbesondere eine Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsfunktion, die durch Verantwortliche

Tab. II.7: Entwicklung des *Peer-Projekts* zur Punkt-Nüchternheit im Straßenverkehr

Jahr	Anzahl der Einsätze der Peers	Anzahl der erreichten Fahranfänger
2005	36	340
2006	71	849
2007	60	741

³⁰ Das Konzept der Punktnüchternheit legt nahe, in bestimmten Situationen konsequent auf Alkohol zu verzichten, z. B. im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, in der Schwangerschaft, beim Medikamentengebrauch und im verantwortlichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen.

für Kinder- und Jugendschutz wahrgenommen wird. Weitere Akteure von Suchtprävention im Bereich der Jugendhilfe sind freie Träger mit ihren spezifischen Angeboten und Adressaten.

Der LJHA verabschiedete im Jahr 2007 eine Situationsbeschreibung zum Kinder- und Jugendschutz im Freistaat Sachsen aus der Sicht der örtlichen öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Darin wird deutlich, dass bezüglich ihrer Tätigkeit Suchtprävention von den beteiligten Verantwortlichen für Kinder- und Jugendschutz im Vergleich zu anderen Themen des Kinder- und Jugendschutzes am häufigsten genannt wurde. Von den Jugendämtern benannte Fragestellungen bestätigen ebenfalls die Bedeutung von Suchtprävention im Wirken der Jugendämter. So wurde u. a. danach gefragt, wie gerade konsumierende und gefährdete junge Menschen erreicht werden können, wie mit dieser Zielgruppe gearbeitet werden kann, dass Angebote der Suchtberatung ggf. genutzt werden und wie die Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen insgesamt verbessert werden kann.

Deutlich wurde ebenfalls, dass bei insgesamt sehr begrenzten personellen Ressourcen fast alle Kinder- und Jugendschutzverantwortlichen oft über entsprechende regionale Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise eingebunden sind in Kooperationen zu Einrichtungen und Trägern des Suchtkrankenhilfesystems. In der Bewertung der angeführten Kooperationen nehmen die Jugendschutzverantwortlichen diese überwiegend als positiv wahr, wobei auch Schwierigkeiten in der Verzahnung der Angebote von Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe deutlich wurden.

Suchtpräventive Angebote gemäß § 14 SGB VIII werden in den Landkreisen und kreisfreien Städten durch öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe in sehr unterschiedlichem Ausmaß unterbreitet. Gemessen an den gesamten Angeboten im Kinder- und Jugendschutz erscheint der Anteil von Suchtprävention insgesamt hoch, wobei genaue Quantifizierungen aufgrund fehlenden bzw. lückenhaften Datenmaterials jedoch zurzeit nicht möglich sind.

Bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung stellt sich das Angebotsspektrum wie folgt dar: Suchtprävention wird in unterschiedlichen Angebotsformen, dabei

sehr häufig in Projektform, umgesetzt. Einen ebenfalls hohen Anteil nehmen Informations- und Diskussionsveranstaltungen ein. Weitere Formen sind Fortbildungsveranstaltungen, Trainings und Kurse, aber auch Informations- und Beratungsangebote für junge Menschen und ihre erwachsenen Kontaktpersonen. Zeitlich befristete, auf einzelne Tage oder auch Wochen begrenzte Angebote scheinen dabei zahlenmäßig zu überwiegen. Längerfristig angelegte Projekte sind insbesondere im Schulbereich anzutreffen. Angebote mit langfristigem, regelmäßigem Charakter stellen u. a. ebenfalls Beratungsdienste mit stadtweiter bzw. landkreisweiter Reichweite dar.

Insgesamt lässt sich für die Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte feststellen, dass der Suchtprävention als Teilbereich des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes in der Jugendhilfe besonders im Rahmen von Jugend- und Jugendsozialarbeit eine hohe Bedeutung zukommt, die sich in einer Vielzahl von Angeboten niederschlägt. Insbesondere dort, wo das Jugendamt seiner Koordinierungs- und Steuerungsfunktion auch durch entsprechend vorhandene personelle Ressourcen gerecht werden kann sowie freie Träger mit speziellem Kinder- und Jugendschutzauftrag und landkreis- bzw. stadtweiter Reichweite agieren, können Angebote in höherem Umfang, in höherer Kontinuität sowie auch insbesondere an die Adressatengruppen der Eltern und der an der Erziehung beteiligten Fachkräfte als Multiplikatoren unterbreitet werden. Im Rahmen des „Sächsischen Handlungskonzeptes für präventiven Kinderschutz“ erhalten die Landkreise und kreisfreien Städte vom Freistaat Sachsen seit dem Jahr 2007 bis 2010 personelle Unterstützung für den Aufbau von regionalen Netzwerken für Kinderschutz. Seit 2008 können die Landkreise und kreisfreien Städte außerdem Unterstützung für die Schaffung von bis zu vier Personalstellen für die aufsuchende Familienarbeit in den Allgemeinen Sozialen Diensten erhalten. Dies kann in zweifacher Hinsicht suchtpreventiv wirken:

Zum einen erhalten die Allgemeinen Sozialen Dienste bessere personelle Voraussetzungen um Familien mit einer Suchtbelastung oder -gefährdung zu erkennen und entsprechende Hilfen einzuleiten. Zum anderen sollen Eltern mit besonderen Belastungen entdeckt und ggf. durch passende Maßnahmen in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Der-

artige frühe Hilfen verbessern die Ausgangssituationen für die Entwicklung der Lebenskompetenzen von Kindern.

Auf der überörtlichen Ebene sind das SLJA sowie freie Träger, insbesondere die AJS mit Unterstützungsangeboten der Fachberatung, Fortbildung und Informations- und Öffentlichkeitsarbeit tätig.

II.2.5 Aktivitätsbereich Polizei

Im Netzwerk der Erziehungsinstanzen ist die Polizei im Rahmen ihrer durch die vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabe der Gefahrenabwehr im Rahmen der Generalklausel des § 1 Sächsisches Polizeigesetz tätig.

Die polizeiliche Drogenprävention erfolgt auf der Grundlage der *Konzeption Polizeiliche Drogenprävention im Freistaat Sachsen* aus dem Jahr 2002.

Zentrales Ziel der vorbeugenden Maßnahmen ist es, Kinder und Jugendliche vor dem Missbrauch von Drogen zu schützen. Mit erworbenen sozialen Kompetenzen sollen sie in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, Konflikte zu lösen und Einstiegs- bzw. Verführungssituationen erfolgreich zu meistern.

In der o. g. Konzeption für die polizeiliche Drogenprävention sind vier **Hauptzielgruppen** definiert:

Kinder der 4. Klassen der Grundschule

In diesem Alter erfolgt zumeist der Erstkontakt mit legalen Drogen (Alkohol, Nikotin). Die Zugänge zu ihnen sind ähnlich denen bei illegalen Drogen. Somit ist die Prävention vor dem Erstkontakt zu legalen Drogen besonders wichtig, um erfolgreiche Verhaltensstrategien zu vermitteln.

Außerdem erfolgt nach Beendigung der 4. Klassenstufe der Wechsel in eine weiterführende Schulform. Hier kommen die Kinder in den alltäglichen Kontakt mit Konsumenten legaler (und evtl. auch illegaler) Drogen. In der neuen Schulform werden zudem auch die Rollen im Klassenverband neu verteilt, Impioniergehabe (einschließlich demonstrativen Konsums legaler Drogen) ist dort oftmals ein scheinbar erfolgversprechendes Mittel, um eine führende Rolle im Klassenverband zu spielen.

Kinder der 7. Klassen an Gymnasien, Mittel- und Förderschulen

Etwa ab der 7. Klasse verlieren Erwachsene als Bezugspersonen gegenüber Gleichaltrigen an Bedeutung. Die Gleichaltrigengruppe wird wichtigster Meinungsbildner und Orientierungspunkt, der erzieherische Einfluss und die Vorbildwirkung von Eltern und Lehrern gehen zurück.

In diese Phase gehört auch das erstmalige Ausprobieren illegaler Drogen, wobei der Gruppendruck der Gleichaltrigen, das Grenzen suchen und die Suche nach dem „Kick“ die typischen Motive für den Erstkontakt sind.

Lehrer

Lehrer sind neben den Eltern die wichtigsten Erzieher. In der Drogenprävention spielen sie somit eine zentrale Rolle.

Eltern

Eltern sind die wichtigsten Bezugspersonen der Kinder. Sie leisten, einen vertrauensvollen Umgang mit ihren Kindern und eine Sensibilisierung für das Problem vorausgesetzt, den größten Anteil am Schutz vor Drogen.

Die Durchführung der Präventionsmaßnahmen erfolgt in Form von Veranstaltungen für die entsprechenden Zielgruppen. Die Zahl der durchgeführten Präventionsveranstaltungen kann der Anlage 1 entnommen werden.

Schülerveranstaltungen

Drogenpräventionsveranstaltungen für Schüler sind für einen Zeitrahmen von mindestens 90 Minuten konzipiert, wobei eine Vorbereitung und Nachbearbeitung durch die Schule als unverzichtbarer Bestandteil angesehen wird.

In der 4. Klasse stehen thematisch legale Drogen im Vordergrund und die entsprechend alltäglichen Situationen, mit denen die Schüler in ihrem sozialen Umfeld konfrontiert sind.

In der 7. Klasse geht es darüber hinaus auch um illegale Drogen, um Ursachen bzw. Gründe für Drogenkonsum und Handlungsmöglichkeiten in Einstiegssituationen.

Lehrerveranstaltungen

Die Lehrer sollen für das Thema ein Problembewusstsein entwickeln, eine gewisse Rechtssicherheit erlangen sowie entsprechend argumentieren und handeln können. Ausgehend von den Zielen ergeben sich folgende zentrale Inhalte:

- Das Aussehen und die Risiken von illegalen Drogen, mit denen Schüler in Kontakt kommen können.
- Der strafrechtliche Rahmen sowie das Strafverfahren bei Delikten im Zusammenhang mit legalen und illegalen Drogen.
- Weitere wesentliche Bestandteile sind die Garantenstellung des Lehrers sowie die Rechte und Pflichten, die sich daraus ergeben³¹.
- Umgang mit Situationen, in denen Drogenkonsum bei Schülern vermutet oder festgestellt wird bzw. was vermieden werden sollte.

Elternabende

Elternabende stehen meist in einem zeitlichen Zusammenhang mit den Präventionsveranstaltungen in der Klasse. Zum einen können so den Eltern Hinweise zur Situation in der Klasse gegeben werden. Zum anderen werden dadurch die Eltern mit den nötigen Informationen ausgestattet, um das durch die Präventionsveranstaltung in der Klasse bei den Kindern aktuell präsenste Thema Sucht/Drogen auch in der Familie zu bearbeiten.

Neben der Informationsvermittlung steht die Erhöhung der elterlichen Argumentationskompetenz im Mittelpunkt. Die Eltern werden über das Aussehen und die Risiken von legalen und illegalen Drogen informiert. Darüber hinaus wird der strafrechtliche Rahmen bezüglich des Umgangs mit Drogen erläutert.

Im Rahmen der Neuausrichtung der polizeilichen Prävention wurden Pflichtaufgaben definiert, die beginnend mit dem Schuljahr 2009/2010 landesweit angeboten werden. Die Durchführung von polizeilichen Veranstaltungen zur Drogenprävention in der 4. Klassenstufe ist in diesem Kontext nicht mehr vorgesehen. Diese Aufgabenstellung wird im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung durch die eingesetzten Pädagogen und andere Träger vermittelt.

II.2.6 Substanzspezifischer Aktivitätsbereich: Gesundheitsziel *Tabakkonsum in öffentlichen Einrichtungen reduzieren*

Die Koalitionsvereinbarung zwischen der CDU und der SPD in Sachsen benennt als Gesundheitsziel die *Verringerung des Tabakkonsums in allen öffentlichen Einrichtungen*. Ausgangspunkt dafür war das besorgniserregende Ausmaß des Tabakkonsums, insbesondere unter den Jugendlichen. Die vorliegenden Zahlen zeigten deutschlandweit, dass die vor allem verhaltensorientierten Aktivitäten nicht ausreichend waren und durch verhältnisorientierte Maßnahmen ergänzt werden müssen, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren.

Zur Reduzierung des Tabakkonsums und in Umsetzung des Gesundheitszieles beschloss die Sächsische Staatsregierung am 12. 07. 2005 rauchfreie Landesbehörden, Kindertagesstätten, Schulen und Krankenhäuser zu schaffen.

Darüber hinaus verständigten sich die Regierungschefs aller Bundesländer im März 2007 darauf, dass es umfassende gesetzliche Regelungen zum Schutz vor dem Passivrauchen geben muss.

Der Sächsische Landtag verabschiedete daraufhin am 24. September 2007 das SächsNSG, das zum 1. Februar 2008 in Kraft trat. Grundanliegen dieses Gesetzes ist es, einen möglichst umfassenden Nichtraucherschutz zu gewährleisten und insbesondere Kinder und Jugendliche vor den Gefahren des Tabakkonsums zu schützen und ihren Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern oder hinauszuzögern. Mit dem Inkrafttreten des SächsNSG unterliegen in Sachsen neben der öffentlichen Verwaltung, den Schulen und Krankenhäusern beispielsweise auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Heime, wie auch Gaststätten einem grundsätzlichen Rauchverbot, sofern keine Ausnahmen geregelt sind. Damit ist die entscheidende Voraussetzung für die Reduzie-

³¹ Zu der Garantenstellung des Lehrers wird vermittelt:

- Die Pflicht eines Lehrers, die ihm anvertrauten Schüler vor Gefährdungen zu schützen, aber auch die Schüler dahingehend zu überwachen, dass durch diese keine Dritten oder andere Schüler geschädigt werden.
- Die Grenze dieser Überwachungspflicht, die sich aus § 138 StGB ergibt.

zung des Tabakkonsums in allen öffentlichen Einrichtungen erfüllt. Ob auch die Zahl der erwachsenen Raucher in Sachsen zurückgeht, ist im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu beobachten. Eine rückläufige Entwicklung für den Bereich der Jugendlichen weisen sowohl die Daten der BZgA³² als auch die Ergebnisse der Studie „Jugend 2007 in Sachsen“ aus.

Aufgrund der Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofes des Freistaates Sachsen vom 16. 10. 2008 zum SächsNSG ist Anfang 2009 eine Novellierung des Gesetzes zu erwarten.

Beispiel einer schulischen Präventionsmaßnahme:

Be Smart – Don’t Start

Der internationale Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens richtet sich als Angebot an Schulklassen, vorwiegend der Klassenstufen 6 bis 8. Die Schüler verpflichten sich in einem Klassenvertrag, sechs Monate nicht zu rauchen und geben einmal wöchentlich an, ob sie es geschafft haben.

Ziele des Wettbewerbs bestehen darin, Schüler zu stärken, weiterhin Nichtraucher zu bleiben. Damit

soll eine Verzögerung des Einstiegs in das Rauchen erreicht werden und das Image des Nichtrauchens gestärkt werden. Als Selbstverpflichtung zum generellen Konsumverzicht (auch in der Freizeit der Schüler) leistet *Be Smart* einen Beitrag zur schulischen Nichtraucherförderung und erleichtert die Realisierung der Rauchfreiheit in der Schule.

Eine besondere Form der Beteiligung in Sachsen ist ein parallel verlaufender Kreativwettbewerb, zu dem alle angemeldeten sächsischen Klassen Beiträge einsenden können. Durch diese aktive Beteiligung wird das Thema Nichtrauchen in den Klassen und darüber hinaus in den Schulen und dem sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen, unter Einsatz verschiedener Methoden und Medien, verstärkt und eine nachhaltige Umsetzung angeregt. Die Einsendungen des jeweiligen Wettbewerbsjahres werden auf der Homepage www.freestyle-sachsen.de vorgestellt. Zum Wettbewerbsende werden den erfolgreichen Klassen Preise verliehen, die von verschiedenen Förderern bereitgestellt werden.

In Sachsen koordiniert die SIfG diesen Wettbewerb. Gefördert wird *Be Smart – Don’t Start* durch das SMK, das SMS und die Krankenkassen.

Teilnahme am Wettbewerb *Be Smart – Don’t Start*

	Anzahl der Klassen, die den Wettbewerb begonnen haben	Anzahl der Klassen, die den Wettbewerb erfolgreich beendet haben
2001/2002	288	173 (60,00 %)
2002/2003	349	231 (66,19 %)
2003/2004	339	215 (63,42 %)
2004/2005	405	242 (59,75 %)
2005/2006	359	243 (67,41 %)
2006/2007	417	263 (63,00 %)
2007/2008	382	238 (62,30 %)

³² Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007, BZgA

II.3 Qualifizierung suchtpräventiv tätiger Personen und Qualitätssicherung

Fortschrittliche Suchtprävention, die sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert, muss sich in zunehmendem Maße mit dem Thema Qualität und damit verbunden, mit der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ihrer Interventionen und Maßnahmen auseinandersetzen. Die Tatsache, dass die Wirkung von Suchtprävention zumeist schwer und nur mittel- bis langfristig messbar ist, stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Die Qualität wird wesentlich durch die Qualifikation der Akteure der Suchtprävention bestimmt und ist Voraussetzung für die Umsetzung der Maßnahmen, die letztendlich zu den gewünschten Ergebnissen führen sollen.

II.3.1 Qualifizierung suchtpräventiv tätiger Personen

Fortbildung *Fachkraft für primäre Suchtprävention*

Auf der Grundlage des *Ersten Landesplanes zur primären Suchtprävention* wurde durch das SMK, das SMI, das Landesjugendamt sowie das SMS die berufsbegleitende Fortbildung zur *Fachkraft für primäre Suchtprävention* entwickelt. Der Kurs umfasste 220 Stunden und wurde vom Bildungszentrum des SMS in Meißen organisiert. Teilnehmer sind Mitarbeiter aus Gesundheits- und Jugendämtern, Lehrer, Mitarbeiter von Polizei und freien Trägern. Ein fachlicher Beirat aus Vertretern der Universität Leipzig, der SLfG, des LKA, des LJA und der AJS standen während der Fortbildung für inhaltliche Fragen zur Verfügung. Zum Abschluss des Kurses präsentieren die Teilnehmenden vor Mitgliedern des Fachbeirates ein selbst durchgeführtes Projekt.

In den Jahren 2004 bis 2007 wurden in fünf Kursen 84 Personen zur *Fachkraft für primäre Suchtprävention* ausgebildet. Eine regionale Verteilung und Differenzierung nach der entsendenden Einrichtung kann der Abb. II.1 entnommen werden.

Fortbildung für Beschäftigte im Bereich Schule

Inhalte der Gesundheitsförderung/Suchtprävention sind Bestandteil der zentralen, regionalen und schul-

internen **Lehrerfortbildung**. In der zentralen Fortbildung der Sächsischen Akademie für Lehrerfortbildung (seit 01. 01. 2007 Sächsisches Bildungsinstitut) wurden 60 Fortbildner und Beratungslehrer für den Einsatz in der regionalen und schulinternen Lehrerfortbildung qualifiziert. Dazu fand jährlich eine Fortbildungsreihe zur Vermittlung von Methoden der Suchtprävention im Schulalltag entsprechend den Ansätzen des *Ersten Sächsischen Landesplanes zur primären Suchtprävention* statt.

Unabhängig von der Verantwortung jedes einzelnen Lehrers sowie des Schulleiters zählt die Suchtprävention zu den Aufgaben des **Beratungslehrers** an jeder Schule. Beratungslehrer haben vor allem die Aufgabe, schulische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Suchtprävention zu fördern, zu initiieren und zu koordinieren. Dazu zählt die beratende Hilfestellung für Schüler, Eltern und Pädagogen bei Suchtmittelmissbrauch von Schülern, insbesondere durch Information der Betroffenen über Beratungs- und Therapieeinrichtungen und Motivation zu deren Inanspruchnahme, wobei die Grenzen der Hilfsmöglichkeiten der Schule rechtzeitig aufzuzeigen sind³³.

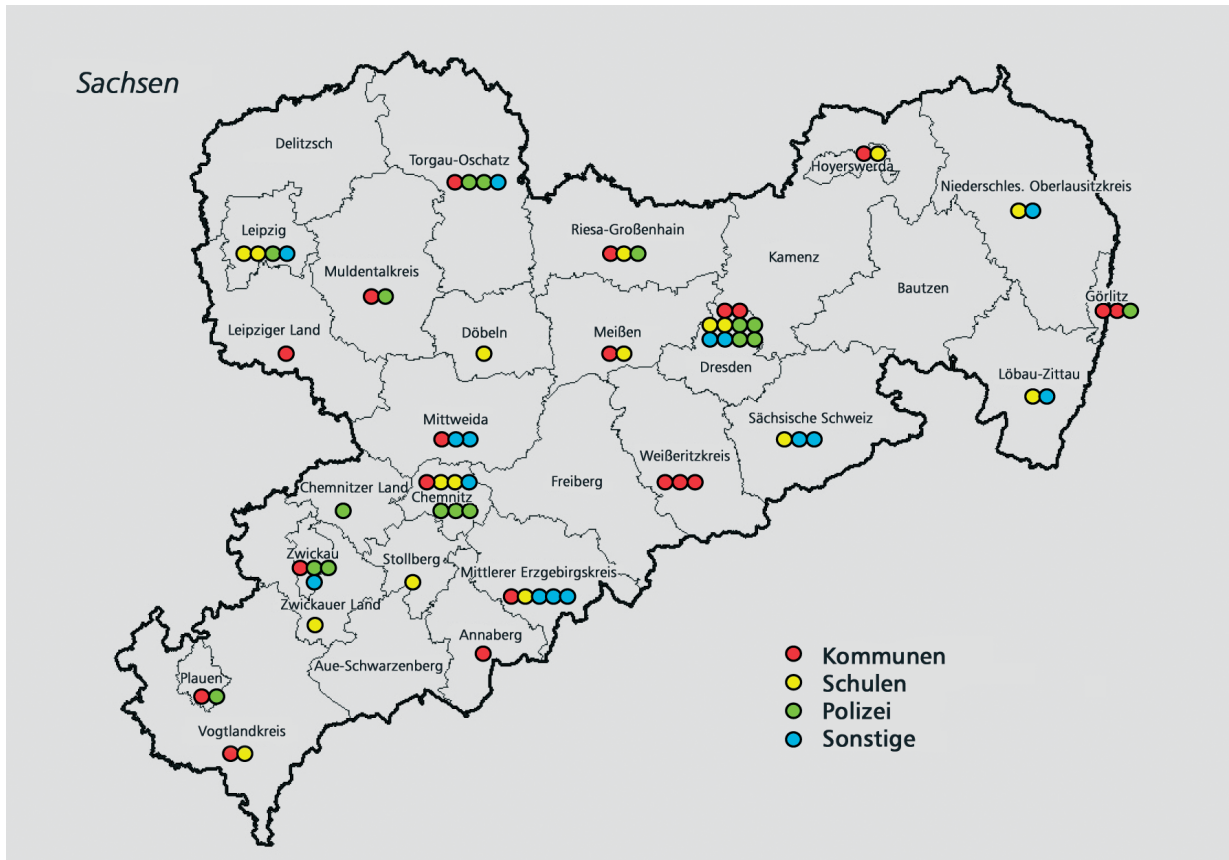
Das Curriculum für die Ausbildung der Beratungslehrer im Freistaat Sachsen beinhaltet das Thema Gesundheitsförderung/Suchtprävention. Dabei werden u. a. Kenntnisse über Arten, Gebrauch und Wirkung von illegalen und legalen Drogen und Probleme des Suchtverhaltens sowie die Vorgehensweise bei der suchtpreventiven Tätigkeit unter besonderer Beachtung schulischer Suchtprävention vermittelt. Von 2004 bis 2006 nahmen 120 Lehrkräfte an der Ausbildung zum Beratungslehrer teil, von 2006 bis 2008 waren es 60 Lehrkräfte.

Qualifizierung für Fachkräfte in der Jugend- und Suchthilfe

Im Freistaat Sachsen wurden im Jahr 2007 Trainer für Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen (MOVE) ausgebildet, um Fachkräf-

³³ siehe auch: Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über die Auswahl, Beauftragung, Berufung und die Tätigkeit der Beratungslehrer an öffentlichen Schulen im Freistaat Sachsen – VwV Beratungslehrer – vom 14. August 2004

Abb. II.1: Berufsbegleitende Fortbildung zur *Fachkraft für primäre Suchtprävention* – Teilnehmer 2004-2007 nach Landkreisen (je Punkt ein Teilnehmer)



te unterschiedlicher Leistungsfelder der Jugend- und der Suchthilfe in der Kontaktaufnahme und Beratung von suchtmittelgebrauchenden jungen Menschen zu unterstützen. Um die regionale Verortung des MOVE-Konzeptes zu fördern, sind durch das SLJA u. a. regelmäßige Reflexionsangebote, Fortbildungen sowie eine Fachgruppe der MOVE-Trainer vorgesehen.

Bundesland (oder auf Bundes- bzw. internationaler Ebene) angesiedelt ist, können Mitglied werden. Die Mitgliedschaft wird über die jeweiligen Landeskoordinatoren organisiert. In Sachsen wird diese Aufgabe derzeit im SMS wahrgenommen. Aktuell sind aus Sachsen 47 Personen aus 30 Institutionen Mitglied bei PrevNet (Stand Oktober 2008).

II.3.2 Qualitätssicherung

PrevNet

PrevNet ist ein internetgestütztes Fachportal der Suchtvorbeugung. Es ist seit September 2004 online, seit 2007 ist Sachsen beteiligt. PrevNet ist ein Informationsportal und dient gleichzeitig Fachkräften der Suchtprävention zum fachlichen Austausch und zur Vernetzung. Das Portal ist ein Kooperationsprojekt zwischen der BZgA und den beteiligten Bundesländern. In der Suchtprävention tätige Personen, die einer Institution angehören, die in einem beteiligten

Datenerfassung/Dokumentation

Dokumentation ist ein elementarer Bestandteil der professionellen suchtpreventiven Arbeit und die Grundvoraussetzung einer Qualitätssicherung. Mit dem bundesweit etablierten Dokumentationssystem Dot.sys, welches maßgeblich durch die BZgA entwickelt und verbreitet wurde, steht den Fachkräften für Suchtprävention ein nützliches Instrument zur Verfügung. Die Fachstellen für Suchtprävention in den sächsischen Direktionsbezirken und die SLfG³⁴ nutzen Dot.sys für die Dokumentation ihrer Aktivi-

³⁴ Erfassung mit Dot.Sys seit Juli 2008

täten. Dadurch wird auch eine verbesserte Transparenz der Arbeit gewährleistet.

Statistik zur Suchtprävention auf der Grundlage von Dot.sys

Das Dokumentationssystem wurde nach der Einführung 2005 durch die BZgA mehrmals überarbeitet und optimiert, sodass nach wie vor von einer Erprobungsphase ausgegangen werden kann. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es seitens der Fachkräfte ebenso einer Einarbeitung bedarf und die vorliegenden sächsischen Daten deshalb nur bedingt aussagekräftig sind, liefern sie einen Überblick über die Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention.

Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention in den Direktionsbezirken für 2007

In die Auswertung sind 724 Maßnahmen eingegangen, die von den Fachstellen für Suchtprävention im Jahr 2007 durchgeführt wurden.

Die Abbildung *Zielebene bzw. Zielgruppen* zeigt, dass sich über die Hälfte der dokumentierten Maßnahmen an die Zielgruppe der Multiplikatoren richtete, was den Aufgaben und der Struktur der Fachstellen für Suchtprävention entspricht.

Eine Differenzierung der Multiplikatorenebene hinsichtlich des Arbeits- bzw. Wirkungsfeldes zeigt die Abbildung II.3.

Die Hauptgruppe der erreichten Endadressaten bilden Schüler, die bei nahezu der Hälfte aller Maßnahmen für Endadressaten die Zielgruppe bildeten. Hierin spiegeln sich vor allem die verschiedenen Schülermultiplikatoren- und sonstigen Peerprojekte wider, die durch die Fachstellen umgesetzt werden (Abb. II.4).

Entsprechend dem *Ersten Sächsischen Landesplan zur primären Suchtprävention* mit dem Schwerpunkt Entwicklung und Förderung individueller Lebenskompetenzen gestaltet sich die inhaltliche Ausrichtung der suchtpreventiven Maßnahmen. Zwei Drittel waren ohne spezifischen Substanzbezug, ein knappes Drittel mit Substanzbezug. Das entspricht 210 Maßnahmen. 4 % der durchgeführten Maßnahmen thematisierten die sogenannten stoffungebundenen Süchte (Abb. II.5).

Bei den 210 Maßnahmen mit Substanzbezug wurde bei 64 % Alkohol, bei 37 % Cannabis und bei 34 % Tabak thematisiert. Die hohe Gewichtung der Substanzen Alkohol und Tabak entspricht den aktuellen Prävalenzdaten. Auch die Gewichtung von Cannabis spiegelt wider, dass es sich mit Abstand um die am häufigsten konsumierte illegale Substanz handelt (Abb. II.6).

Schwerpunkte der Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention liegen vor allem in Informationsvermittlung/Beratung, konzeptionellem Arbeiten/Kooperation und Vernetzung sowie in der Durchführung von Seminaren und Workshops (Abb. II.7).

Abb. II.2: Dot.sys-Auswertung 2007 – Zielebene bzw. Zielgruppen (Basis 724 Maßnahmen)

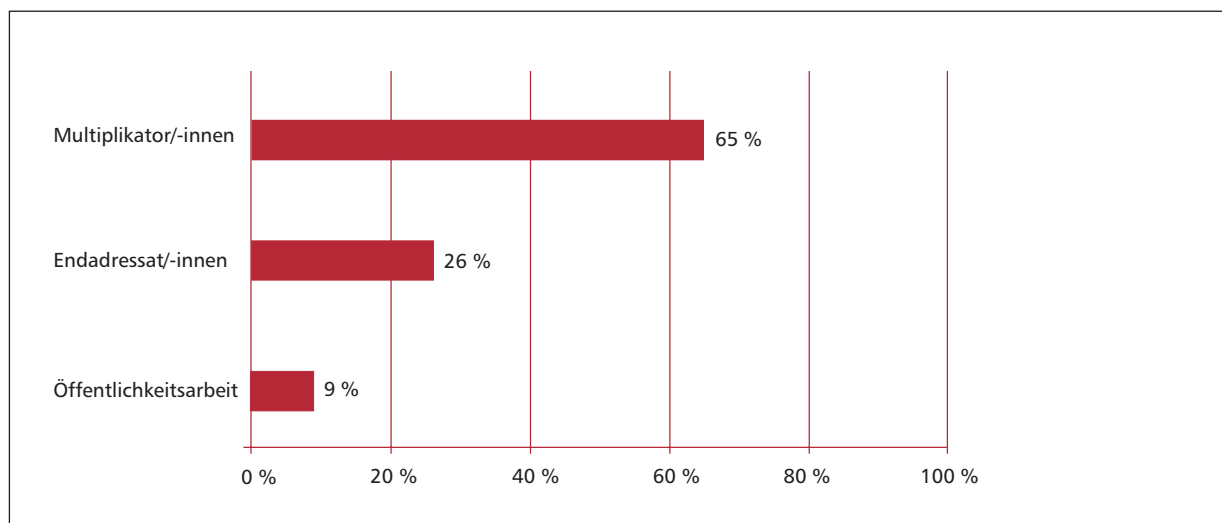


Abb. II.3: Dot.sys-Auswertung 2007 – Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren wenden
Mehrfachnennung möglich (Basis: 473 Maßnahmen)

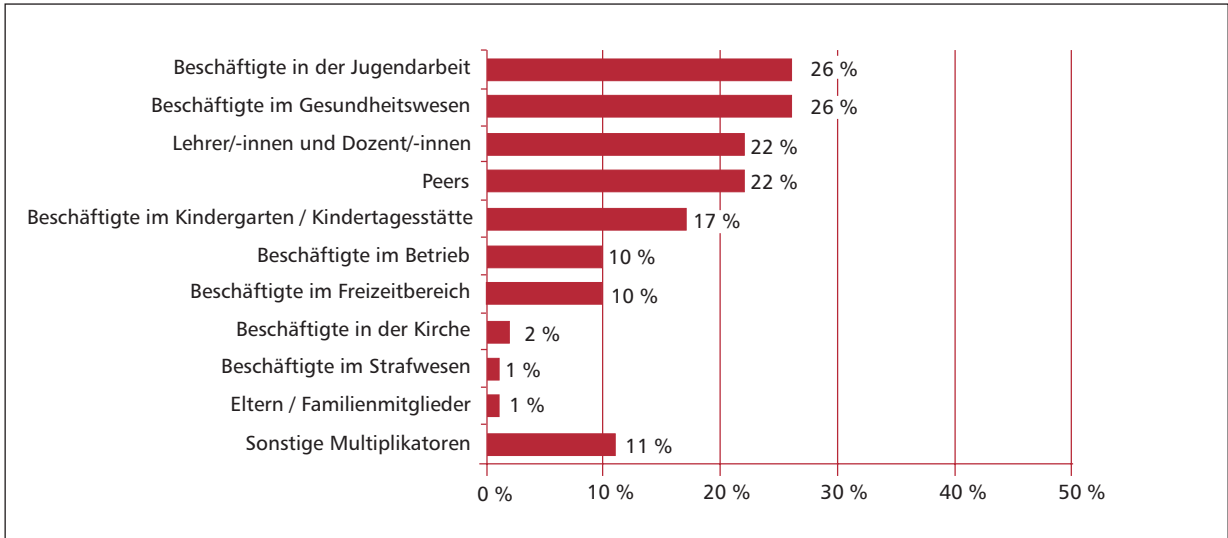


Abb. II.4: Dot.sys-Auswertung 2007 – Maßnahmen, die sich an Endadressaten wenden
Mehrfachnennung möglich (Basis: 189 Maßnahmen)

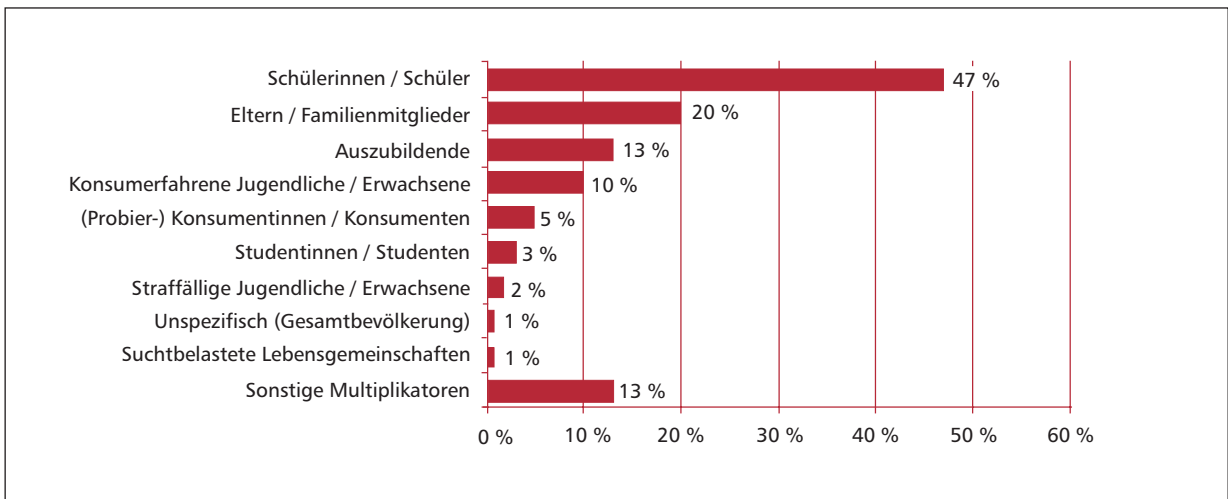
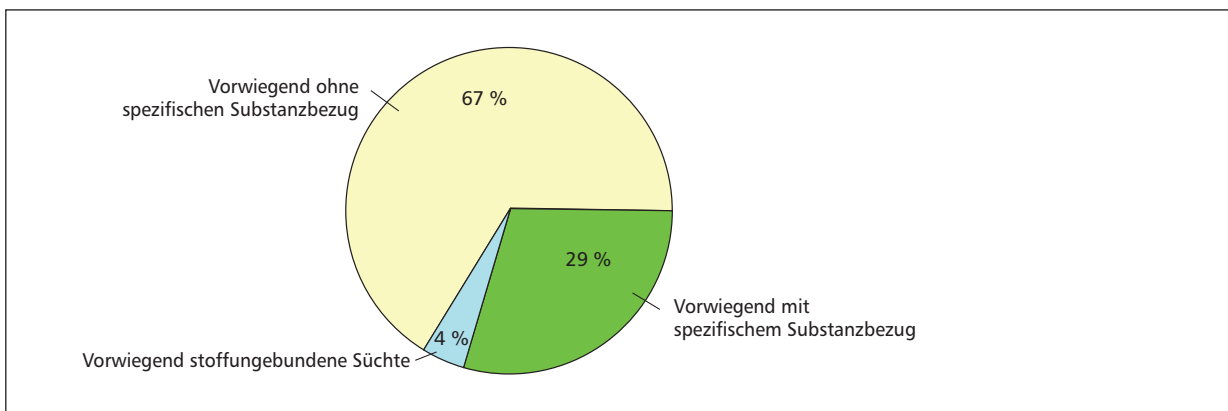


Abb. II.5: Dot.sys-Auswertung 2007 – Inhaltliche Ausrichtung (Basis 724 Maßnahmen)



II. Struktur, Qualität und Angebote der Suchtprävention

Abb. II.6: Dot.sys-Auswertung 2007 – Thematisierte Substanzen in den Maßnahmen mit Substanzbezug
Mehrfachnennung möglich (Basis 210 Maßnahmen)

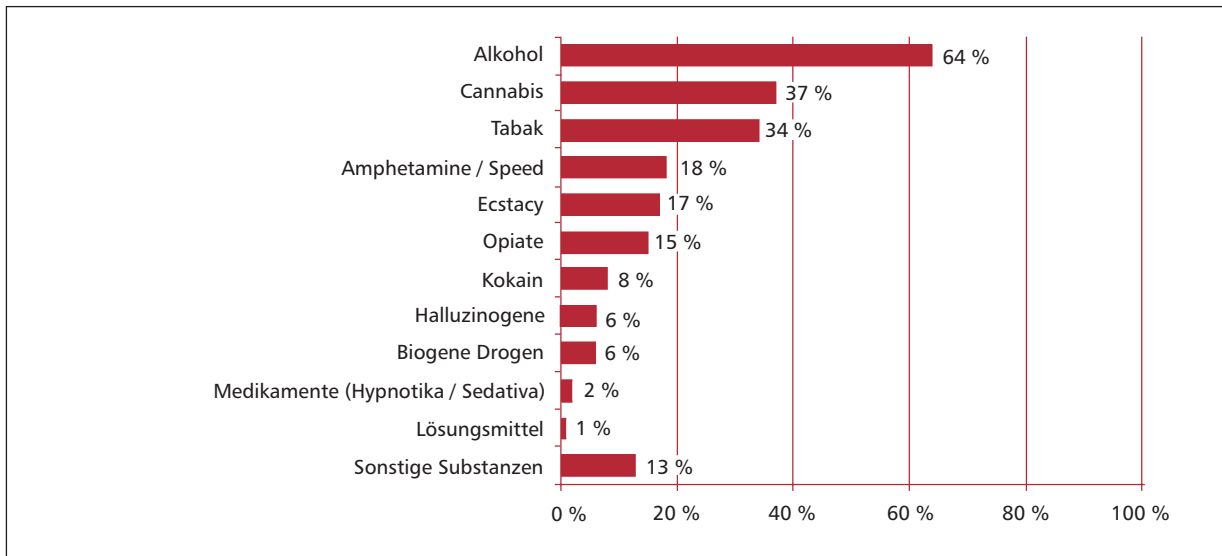
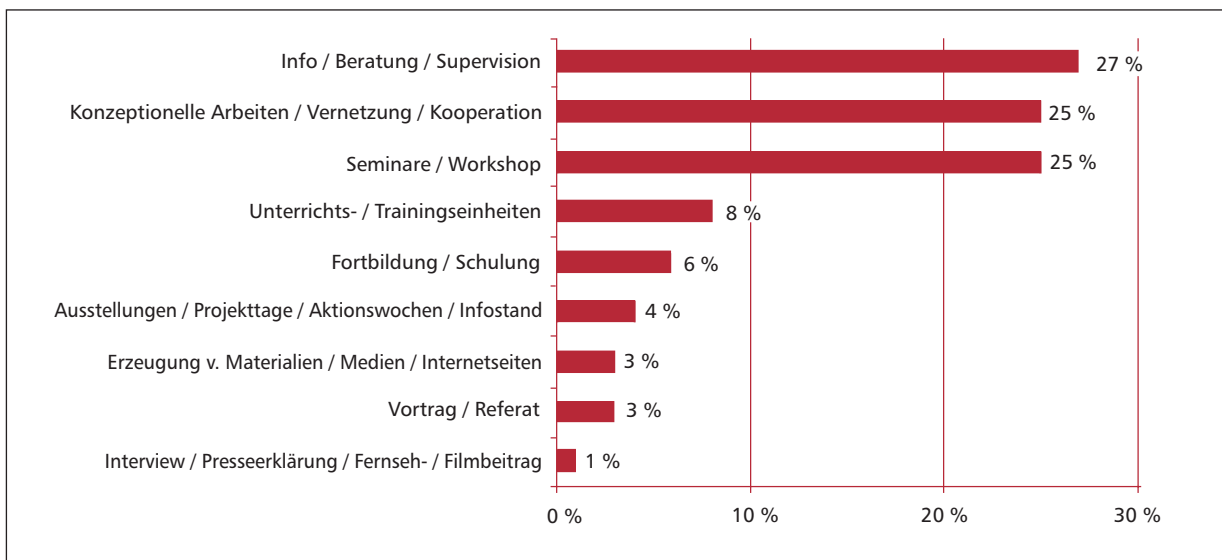


Abb. II.7: Dot.sys-Auswertung 2007 – Angewandte Methoden (Basis 723 Maßnahmen)



III. Hilfen für Suchtgefährdete und Suchtkranke

III.1 Ambulante Hilfen

III.1.1 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB)

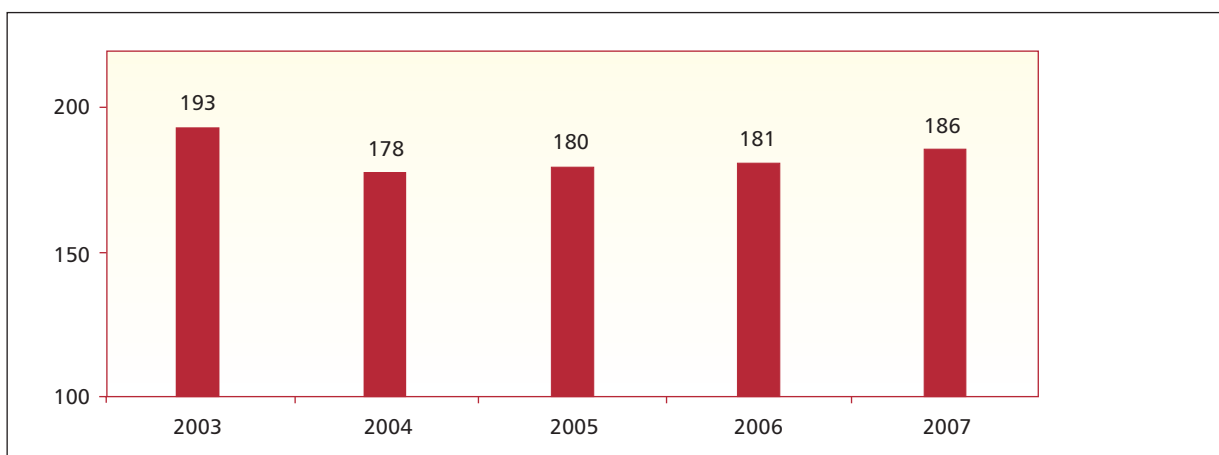
Ambulante und wohnortnahe Beratungsangebote sind für eine Vielzahl von Suchtkranken, Suchtgefährdete und ihre Angehörigen erste Kontakte in der Auseinandersetzung und Bewältigung von Suchtproblemen. Neben der Beratung und Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen gehören zu den Aufgaben der SBB u. a. auch die Vorbereitung ambulanter und/oder stationärer Therapien, Krisenintervention, die Beratung von ehrenamtlichen Helfern und Selbsthilfegruppen. Sie erfüllen damit einen wichtigen gesundheitspolitischen Auftrag der Daseinsvor- und -fürsorge. Bundesweit stehen für diese wichtigen Aufgaben ca. 930, in Sachsen insgesamt 46 SBB zur Verfügung. Um Ratsuchende möglichst wohnortnah betreuen zu können, wurden zusätzlich 23 Außenstellen und Außensprechstunden dieser SBB eingerichtet. Dies ist insbesondere im ländlichen Raum von Bedeutung, da die SBB oft weniger wohnortnah angesiedelt sind und zugleich die Verkehrsinfrastruktur ungünstiger ist als in Großstädten. Hinzu kommt, dass Abhängigkeitskranke kein eigenes Kraftfahrzeug führen können.

Die SBB werden von den Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet. Der Freistaat Sachsen beteiligt sich nach der *Richtlinie Psychiatrie und Suchthilfe* mit maximal 45 % an deren Finanzierung.

Entscheidend für die sachgerechte Arbeit der SBB ist die hinreichende Ausstattung mit qualifizierten FK. Das Qualifikationsniveau der Mitarbeiter in den SBB wird als hoch eingeschätzt, da sich die Einstellungsanforderungen weitgehend an den Qualitätsanforderungen der DRV-Bund für suchtherapeutische Mitarbeiter orientieren. Die Personalkapazität war in den letzten Jahren auf relativ stabilem Niveau.

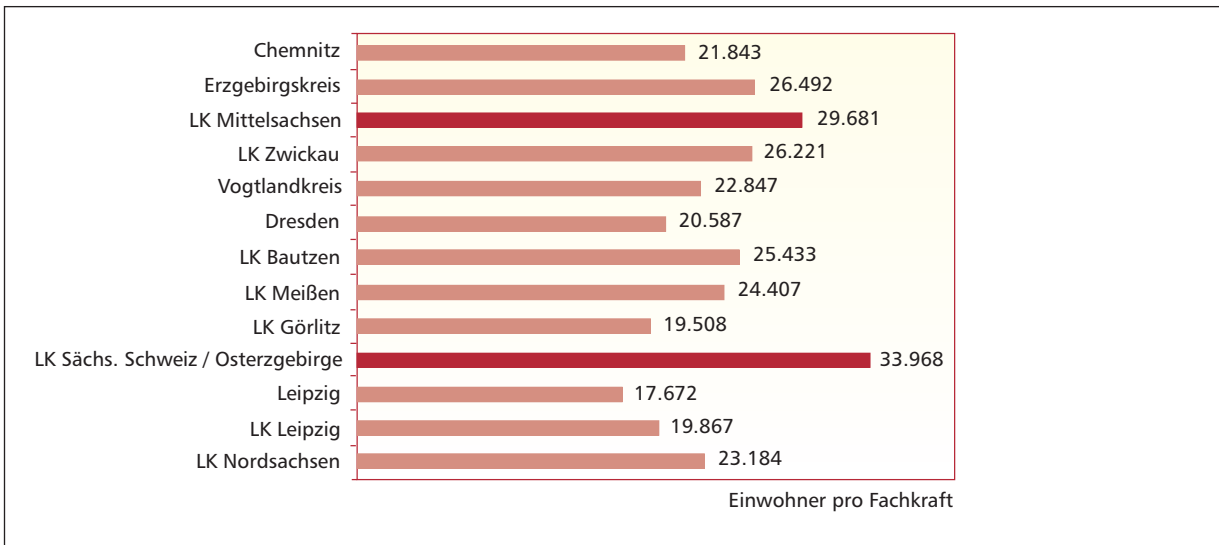
Sachsenweit besteht durchschnittlich ein Versorgungsgrad von etwa 1 FK : 23.000 Einwohner (EW). In einer differenzierten Betrachtung der sich neu etablierten Landkreise weist der Versorgungsgrad jedoch für einige Landkreise erhebliche Abweichungen auf (Abb. III.2).

Abb. III.1: SBB-Fachkraftkapazität in Sachsen 2003 - 2007 (Vollzeit-FK-Stellen)



Quelle: SLS

Abb. III.2 Ambulante Suchthilfe in den sächsischen Regionen: Einwohner pro Fachkraft



Quelle: SLS

III.1.1.1 Anzahl betreuter Klienten

Pro Jahr werden in den sächsischen SBB knapp 29.000 Menschen mit suchtspezifischen Problemen betreut. Die Klientenbetreuung erfolgte in drei von vier Fällen über mehrmalige Kontakte. Mehr als die Hälfte der Klienten (53 %) hatten im Betreuungsjahr den Erstkontakt zu den ambulanten Einrichtungen.

III.1.1.2 Betreuungsgrund/Diagnosen

Der häufigste Betreuungsgrund ist mit ca. 60 % ein eigenes Alkoholproblem. Jeder sechste Klient (16 %) nimmt als Angehöriger bzw. Bezugsperson Hilfe in Anspruch. Ähnlich häufig (18 %) werden die Beratungsangebote aufgrund einer Problematik im Be-

reich illegale Drogen in Anspruch genommen. Andere suchtbetragene Probleme, z. B. im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel oder Medikamenten bzw. Essstörungen, treten mit jeweils ca. 1 % seltener als Betreuungsgrund in den sächsischen SBB in Erscheinung. Die Verteilung der Hauptdiagnosen hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich geändert.

Hilfereich illegale Drogen – Konsummuster, regionale Besonderheiten

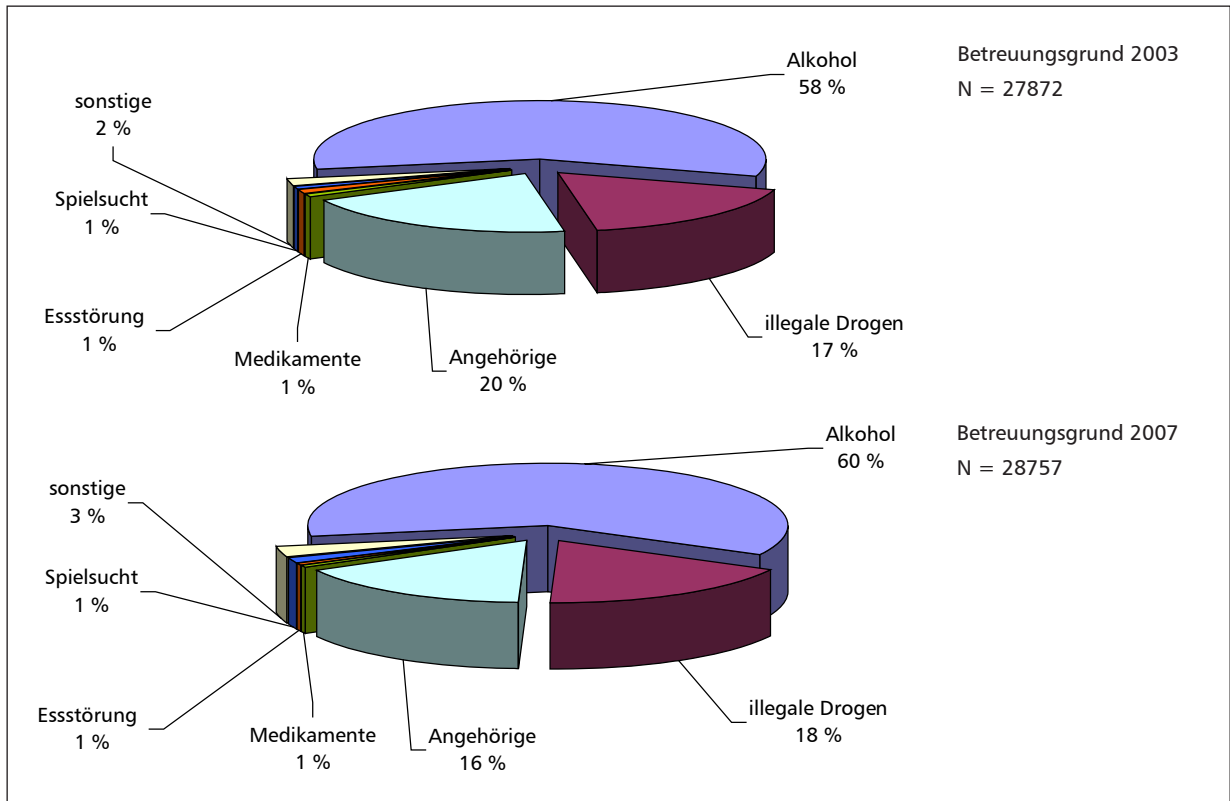
Ab 1996 wurden die sächsischen Beratungsstellen zunehmend mit Suchtproblemen im Bereich illegale Drogen konfrontiert. Zwischen den Jahren 1996 und 2000 wurden jährliche Zuwachsraten in der Klientenbetreuung von durchschnittlich 30 - 50 % registriert. Seit vier Jahren ist eine Stagnation dieser Entwicklung zu beobachten.

Tab. III.1: Gesamtanzahl betreuter Klienten 2003-2007

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Gesamtanzahl betreuter Klienten (Veränderung zum Vorjahr)	27 872	29 165 (105 %)	29 014 (100 %)	27 949 (96 %)	28 757 (103 %)
Davon:					
Zugänge	15 471	15 784	15 050	14 662	15 307
Einmalkontakte	6 545	6 701	6 993	6 157	6 344
Mehrmalige Kontakte	77 %	77 %	76 %	78 %	78 %

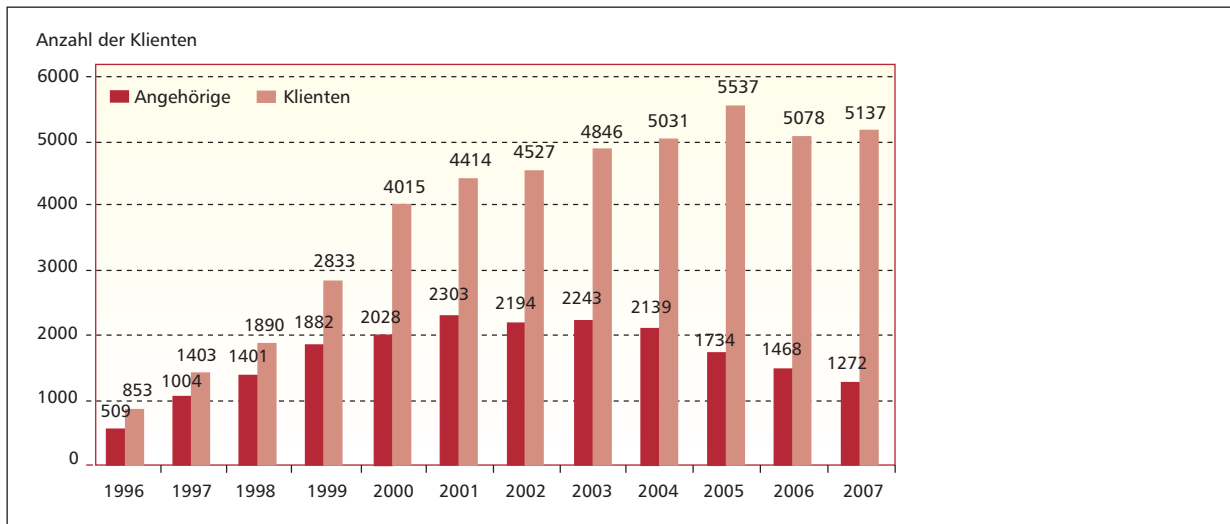
Quelle: SLS

Abb. III.3: Betreuungsgrund in den sächsischen SBB 2003 und 2007



Quelle: SLS

Abb. III.4: Klienten und Angehörige im Bereich Illegaler Drogen in Sachsen, 1996-2007



Quelle: SLS

Im Bereich Illegale Drogen werden als am häufigsten konsumierte Substanzen Cannabis (39 %), Opiode (26 %) und Stimulantien (25 %) angegeben. Oft beschränkt sich der Konsum nicht auf eine Subs-

tanzart, sondern zunehmend werden polyvalente Konsummuster (Kombination mehrerer verschiedener Substanzen, deren Wirkungen sich überlagern, verstärken oder aufheben können und damit beson-

III. Hilfen für Suchtgefährdete und Suchtkranke

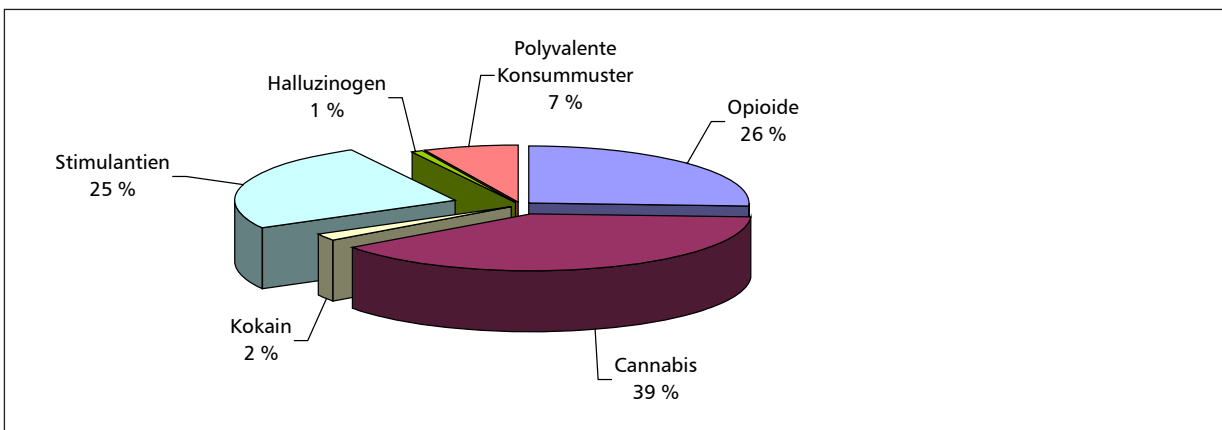
ders unkalkulierbar werden) registriert, welche die Gesundheit der Konsumenten in besonderem Maße gefährden.

Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt sind in Sachsen regionalspezifische Unterschiede in der Dominanz von Problemsubstanzgruppen im Bereich Illegale Drogen festzustellen. Der Klientenanteil mit cannabisbezogenen Störungen sowie mit Suchtproblemen im Zusammenhang mit Stimulantien (z. B. Crystal) ist in Sachsen mit 39 % bzw. 25 % überdurchschnittlich hoch. Dem gegenüber ist der Klientenanteil mit Opioid-Diagnose nicht so stark ausgeprägt und Suchtprobleme im Zusammenhang mit Kokain spielen eine geringere Rolle in den sächsischen SBB.

In der zeitlichen Entwicklung haben sich die Konsummuster stark verändert. In den letzten Jahren stieg die Beratungsnachfrage im Bereich der Stimulantien und Cannabis signifikant an. Seit zwei Jahren ist die Entwicklung bei Cannabis rückläufig. Auch wird im Jahr 2007 keine Steigerung zum Vorjahr im Bereich der Stimulantien festgestellt.

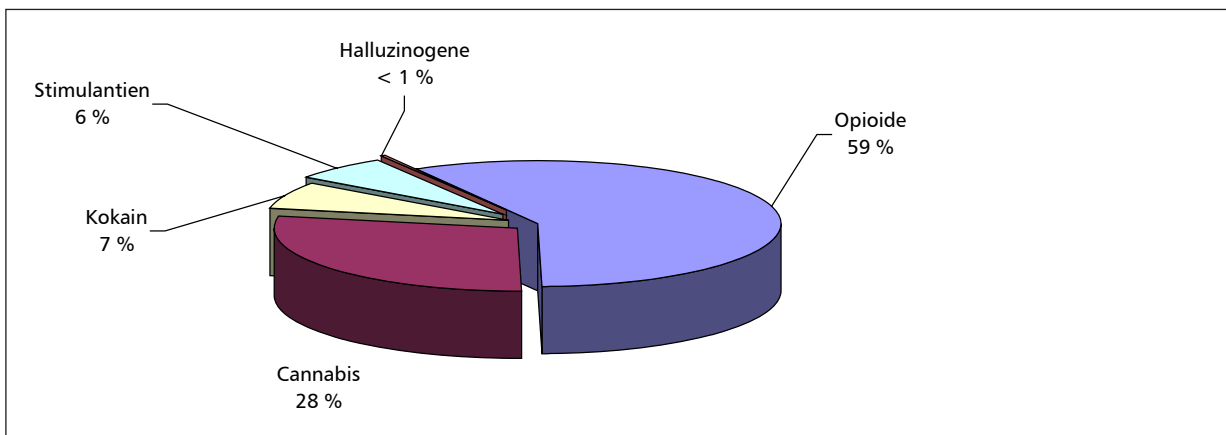
Als besondere Problemgruppe wurden 2007 erstmals Klienten mit ausgeprägt polyvalentem Drogenkonsum separat ausgewiesen. Dieser äußerst problematische Substanzkonsum wurde bei 7 % der Klienten im Bereich Illegale Drogen festgestellt (Abb. III.7).

Abb. III.5: Hauptproblemsubstanzen im Bereich Illegaler Drogen 2007, Sachsen (N = 5137)



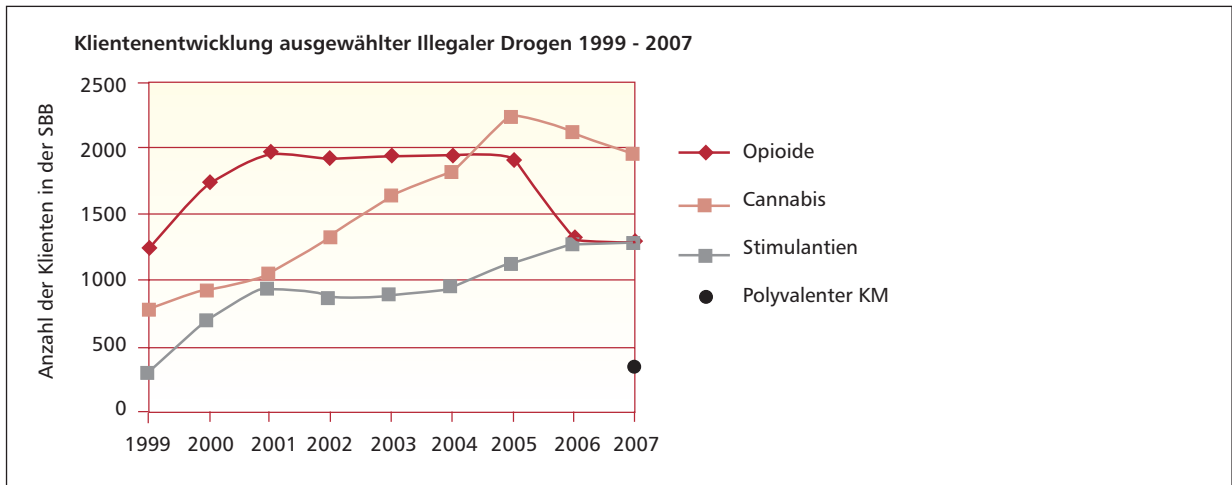
Quelle: SLS

Abb. III.6: Hauptproblemsubstanzen im Bereich Illegaler Drogen, Deutschland (N=70.295)



Quelle: Kerndatensatz (Tab.2.02)

Abb. III.7: Klientenentwicklung 1999-2007, Sachsen



Quelle: SLS

III.1.1.3 Soziodemographische Daten der Klienten

Altersstruktur

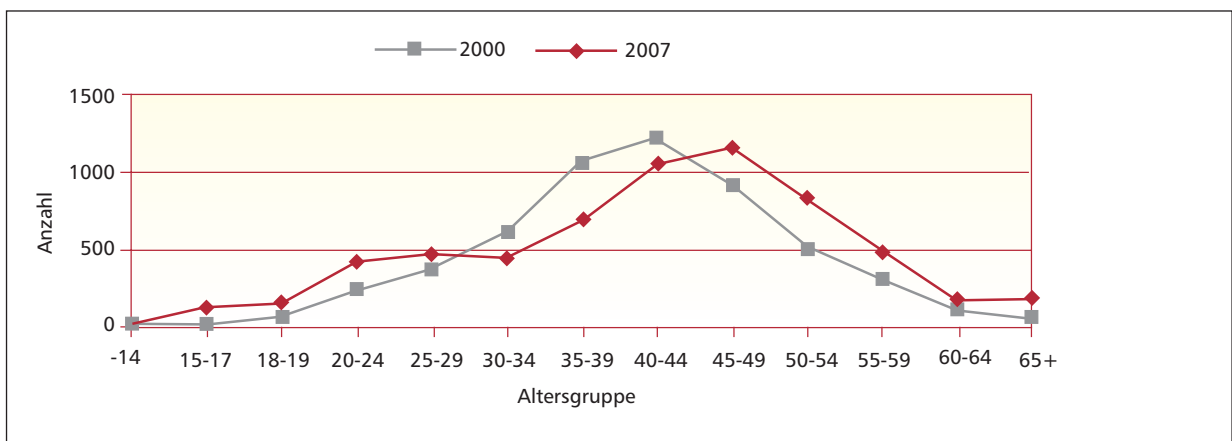
In den vergangenen Jahren hat sich die Altersstruktur der Klienten mit alkoholbezogenen Störungen verändert. Während die Kurve im Jahr 2000 einen Gipfel in den Altersgruppen 35 bis 49 Jahre aufweist (Abb. III.8, graue Linie), ist im Jahr 2007 eine zusätzliche Häufung in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen zu registrieren, welches eine Zunahme alkoholbezogener Störungen (schädlicher bzw. abhängiger Alkoholkonsum) in diesen Altersgruppen bedeutet. Diese Entwicklung steht möglicherweise in direktem Zusammenhang mit einer in den letzten

Jahren bundesweit registrierten Zunahme riskanter Alkoholkonsummuster (*Rauschtrinken*) bei Jugendlichen.

Sowohl der Altersdurchschnitt als auch das Alter verschiedener Klientengruppen beim Erstkonsum sind im Vergleich zu den bundesweiten Durchschnittswerten in Tabelle III.2 dargestellt.

Nach den Daten des Deutschen Kerndatensatzes sind die Klienten in Sachsen im Durchschnitt jünger, besonders deutlich bei Opiatabhängigen (Tab. III.2). Opiat-Klienten sind in Sachsen durchschnittlich 5,4 Jahre jünger als bundesweit angegeben. Der Erstkonsum findet mit durchschnittlich 19 Jahren und

Abb. III.8: Altersstruktur der Klienten mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich 2000/2007, Sachsen



Quelle: SLS

Tab. III.2: Alters-Mittelwerte verschiedener Klientengruppen in Sachsen und Deutschland

	Alters-Mittelwerte (in Jahren) 2007		Alter beim Erstkonsum 2007 (in Klammern 2003)	
	Sachsen	Deutschland	Sachsen	Deutschland
Alkohol	42,1	43,1	15,1 (15,2)	15,4
Opiode	27,1	32,5	18,7 (18,5)	20,3
Stimulantien	24,2	25,5	17,1 (17,0)	17,8
Cannabis	22,9	23,8	15,1 (15,7)	15,2

Quelle: Deutscher Kerndatensatz 2007

somit 18 Monate früher im Vergleich zum Bundesdurchschnitt statt.

Für Cannabis ist im Jahresvergleich ein Absinken des Einstiegsalters in den Konsum für Sachsen festzustellen.

Geschlechterspezifische Aspekte

In den dargestellten Klientengruppen dominieren männliche Klienten mit 70 - 85 %. Der Vergleich zum Jahr 2003 verdeutlicht jedoch eine deutliche Zunahme der weiblichen Klientenanteile im Bereich alkoholbezogener Störungen (+ 4 %), Suchtprobleme im Zusammenhang mit Opioiden (+ 4 %) und Stimulantien (+ 5 %).

Partnerschaft

Der Anteil von Klienten in sächsischen SBB, die in einer festen Partnerbeziehung leben, ist in den vergangenen Jahren rückläufig³⁵:

2000: 45,6 % alleinstehend
 2003: 48,7 % alleinstehend
 2007: 50,1 % alleinstehend

Das heißt, ein zunehmend größer werdender Teil der Klienten hat keine unmittelbare soziale Unterstützung in Form einer Partnerschaft (mehr).

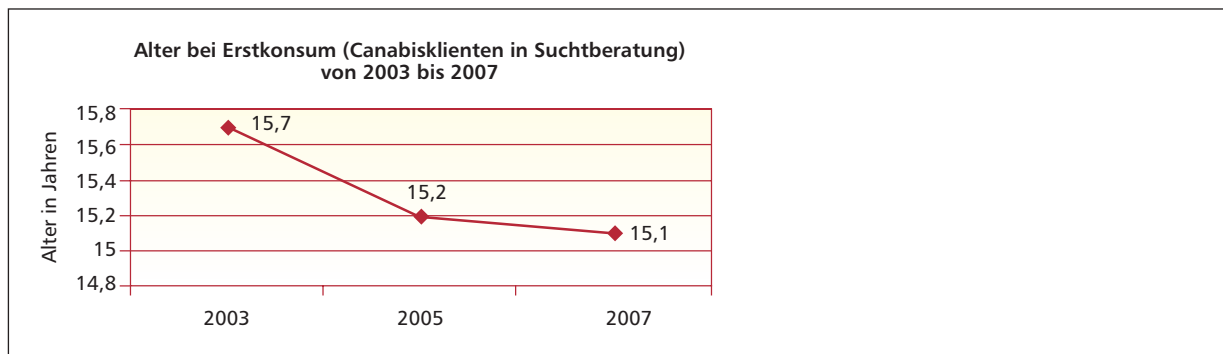
Berufliche Integration

Im Unterschied zu Klienten mit der Diagnose Alkohol verfügt die überwiegende Mehrzahl in den Hauptdiagnosen Opiode, Cannabinoide und Stimulantien über keinen Schulabschluss oder keine Berufsausbildung.

Die Erwerbssituation der Klienten der SBB zu Betreuungsbeginn für das Jahr 2007 ist in der Tabelle III.4 dargestellt.

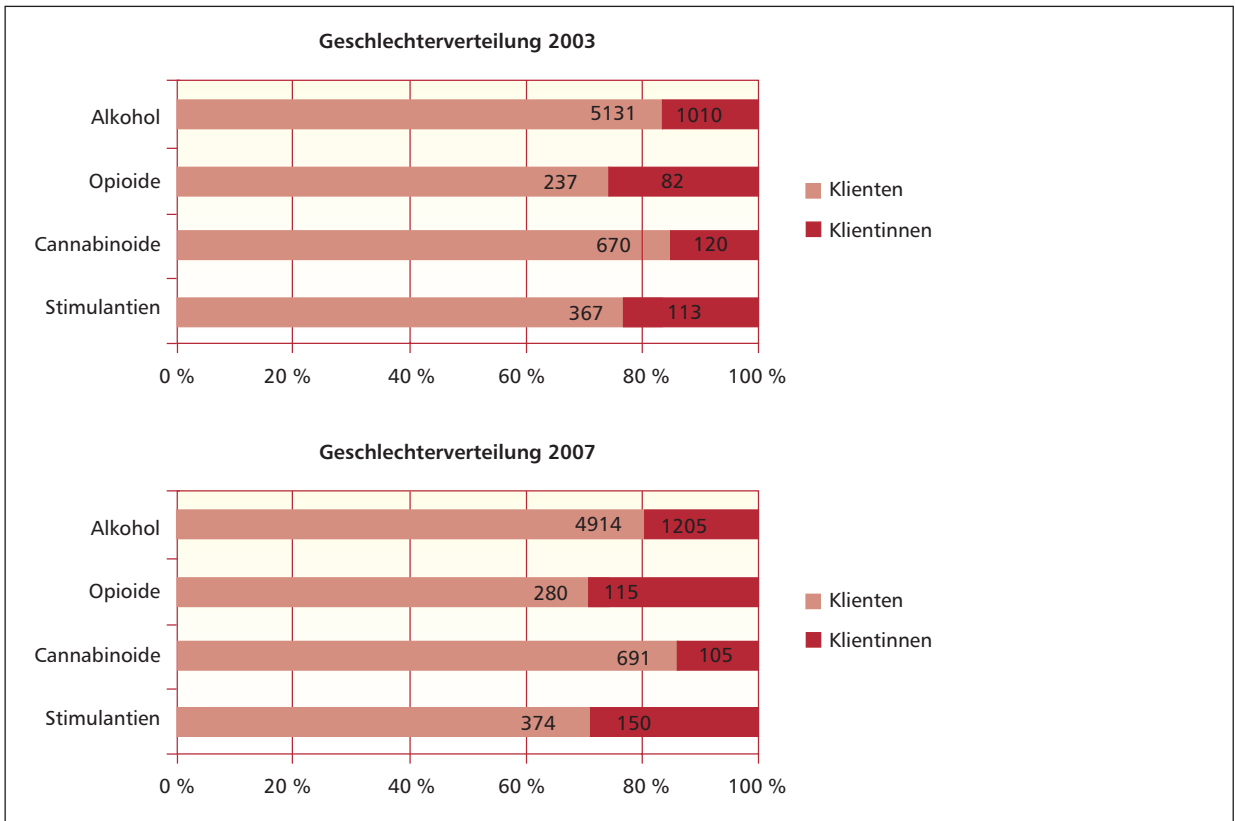
³⁵ Deutsche Suchthilfestatistik

Abb. III.9: Entwicklung des Alters bei Erstkonsum



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik

Abb. III.10: Geschlechterverteilung der ambulanten Klienten 2003 und 2007



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik

Tab. III.3: Ausbildungssituation 2007

Diagnose	Ohne Schulabschluss	Ohne Berufsausbildung	Alter	Anteil < 18 Jahre
Alkohol	4,2 %	11,5 %	42,1	1,5 %
Opioide	14,3 %	53,8 %	27,1	1,0 %
Cannabinoide	13,9 %	46,1 %	22,9	10,3 %
Stimulantien	10,0 %	45,4 %	24,2	5,9 %

Quelle: Suchthilfestatistik 2007 für Deutschland, Tabellenband Sachsen

Tab. III.4: Hauptdiagnose und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

Diagnose	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)
Alkohol	5,9 %	45,9 %
Opioide	3,1 %	53,6 %
Cannabinoide	4,5 %	39,6 %
Stimulantien	3,0 %	47,0 %

Quelle: Suchthilfestatistik 2007 für Deutschland, Tabellenband Sachsen

III.1.1.4 Zugangswege in eine Suchtberatungs- und Behandlungsstelle

Bedeutsam für eine frühzeitige Intervention bei suchtspezifischen Problemen ist eine zielgerichtete Vermittlung in eine SBB. Eine Vielzahl von Institutionen und Kooperationspartnern sowie Angehörige und Freunde sind bei der Vermittlung beteiligt.

Die Vermittlungswege von Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung sind für die Jahre 2003 und 2007 in Tab. III.5 dargestellt:

- Die meisten Klienten suchen eine SBB aus Eigeninitiative auf.
- Zu erkennen sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Vermittlung: Angehörige/Freunde/Bekannte sowie Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind bei Frauen stärker am Vermittlungsprozess beteiligt, während Justizbehörde und Sozialverwaltung häufiger männliche Klienten vermitteln.
- Im Jahresvergleich wird deutlich, dass Krankenhäuser verstärkt bei der Vermittlung in eine Suchtberatung beteiligt sind. Mit unter 10 % sind

niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten dagegen insgesamt relativ selten bei der Vermittlung beteiligt.

Zugang nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr.4 SGB II

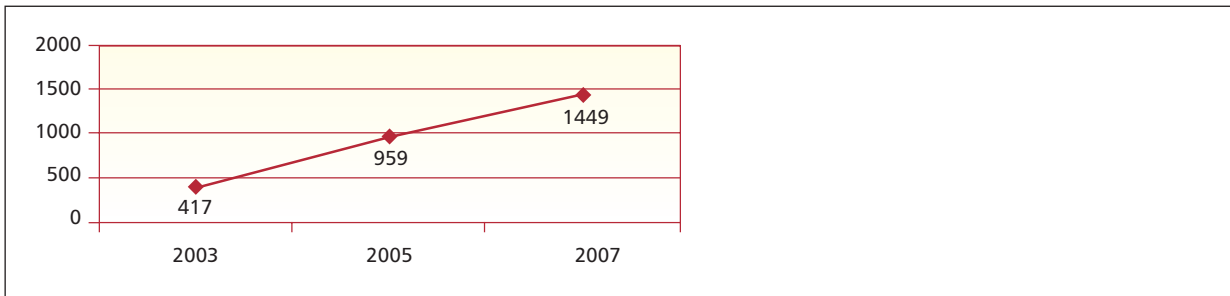
Suchtkranke bzw. suchtgefährdete Menschen zählen häufig zu den Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshemmnissen. Häufig ist die Suchtproblematik noch nicht spezifisch bearbeitet, sodass eine Vermittlung in eine Einrichtung der regionalen Suchtkrankenhilfe wie z. B. eine Suchtberatungsstelle ein wichtiger Schritt zur Bewältigung suchtspezifischer Probleme darstellt. Der umfassende Integrationsansatz im SGB II sieht die Suchtberatung als ein wesentliches Element von sozialen flankierenden Eingliederungsleistungen vor. Die Eingliederungsleistung der Suchtberatung findet bei der überwiegenden Anzahl der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II (Grundsicherungsträger) Eingang in die Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II. Die Möglichkeit der Sanktionierung bei Verletzung der in der Eingliederungsvereinbarung festgeschriebenen Pflicht der Inanspruchnahme des Angebots der Suchtberatung wird durch die Grundsicherungsträger zum großen Teil wahrgenommen.

Tab. III.5: Zugangswege in die Suchtberatungsstelle

Vermittlung durch:	2003		2007	
	Alkohol		Alkohol	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ohne Vermittlung	28,5 %	26,2 %	24,9 %	23,0 %
Angehörige/Freunde/Bekannte	13,8 %	13,1 %	12,0 %	10,7 %
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	4,2 %	2,1 %	2,4 %	2,0 %
Niedergelassener Arzt/Psychotherapeut	10,9 %	9,1 %	7,6 %	4,8 %
Krankenhaus	12,1 %	8,3 %	21,7 %	16,2 %
Stationäre Suchteinrichtung	6,8 %	5,8 %	6,7 %	4,5 %
Verschiedene Beratungsdienste	10,3 %	7,3 %	4,7 %	3,6 %
Justizbehörde/soziale Verwaltung	4,7 %	18,3 %	2,0 %	8,4 %
ARGE/Job-Center			5,6 %	9,9 %
Selbsthilfegruppe	0,4 %	0,3 %	1,0 %	0,6 %
Kosten- und Leistungsträger	6,7 %	7,3 %	2,9 %	3,5 %

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik

Abb. III.11: Vermittlung zur Suchtberatung im Rahmen § 16 SGB II



Quelle: SLS

Erfasst wird seit 2005 die zielgerichtete Nutzung der Suchtberatung als flankierende Leistung im Freistaat Sachsen. Wie in der Abbildung III.11 dargestellt, werden von Jahr zu Jahr mehr Menschen von den Grundsicherungsträgern in die Suchtberatung vermittelt. 2007 erfolgte bei durchschnittlich ca. 10 % aller Neuzugänge eine Vermittlung auf diesem Weg.

III.1.2 Substitution

Die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger ist eine ärztliche Therapie, die patientenindividuell durchgeführt wird und schrittweise das Ziel der Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz verfolgt.

In Sachsen erfolgt die substitutionsgestützte Behandlung durch niedergelassene Ärzte, die die besonderen Qualifikationsanforderungen nach der BtMVV erfüllen müssen. Zum 31.12.2007 verfügten 97 sächsische Ärzte über eine entsprechende suchtmittelmedizinische Zusatzqualifikation. Daten über die Zahl der Substitutionsbehandlungen, der sub-

stituierenden Ärzte und des Substitutionsmittels³⁶ werden durch das BfArM nach § 5a der BtMVV im Substitutionsregister erfasst. Die Entwicklung der Substitutionsbehandlungen in Sachsen einschließlich der substituierenden Ärzte kann der Tabelle III.6 entnommen werden³⁷.

Aus den vorliegenden Statistiken ist ersichtlich, dass die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Sachsen kontinuierlich gestiegen ist. Von den 731 Patienten, die zum Stichtag 01.10.2006 Substitutionsmittel verschrieben bekamen, waren 524 gesetzlich krankenversichert (ca. 71 %). 209 Patienten sind demnach privatversichert oder finanzieren ihre Behandlung privat. Regionaler Schwerpunkt der Behandlungen ist Leipzig mit über 60 % der Behandlungen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis liegt mit ca. 145 Substituierten pro Arzt (Stand 2007) in Leipzig deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

³⁶ Daten der verschriebenen Substitutionsmittel können der Anlage 2 entnommen werden.

³⁷ Eine Auflistung nach Landkreisen/kreisfreien Städten kann der Anlage 3 entnommen werden.

Tab. III.6: Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Sachsen

	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl der Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde (01.01. bis 31.12.)	543	894	1 228	1 309	1 398
Anzahl der Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde (Stichtag 01.10.)	388	513	643	731	714
Anzahl der Ärzte, die Substitutionsmittel verschrieben haben	13	17	18	18	19

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Tab. III.7: Anzahl der Substitutionspatienten und der psychosozialen Begleitungen

	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl der Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde (01.01. bis 31.12.)	543	894	1 228	1 264	1 398
Anzahl der psychosozialen Begleitungen	250	439	576	411	560

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/SLS

Psychosoziale Begleitungen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung übernehmen die SBB. Die Daten der SLS e. V. und des BfArM zeigen eine erhebliche Differenz zwischen den durchgeführten Substitutionsbehandlungen und den psychosozialen Begleitungen auf.

Neben der notwendigen Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses leitet sich aus dieser Differenz auch Handlungsbedarf für die Qualitätssicherung und -verbesserung ab.

Ein besonderes Problem stellt die Finanzierung der psychosozialen Begleitung dar. Die nach der BtMVV vorgesehene psychosoziale Begleitung fällt nicht unter die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Finanzierung dieser, für den Erfolg der Substitutionsbehandlung maßgeblichen Leistung, erfolgt ausschließlich durch das Land und Kommunen. Bei gleichbleibenden finanziellen Mitteln für die Arbeit der SBB fehlen somit Ressourcen für andere Aufgaben der Beratungsstellen.

III.1.3 Externe Suchtberatung in der Justizvollzugsanstalt (JVA)

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind Suchtkranke und Suchtgefährdete im Strafvollzug überrepräsentiert. Die Zahl Inhaftierter mit Drogenproblemen und/oder Alkoholabhängigkeit wird in Justizvollzugsanstalten auf 20-50 % geschätzt, ohne dass jedoch genaue Zahlen bekannt sind.^{38, 39}

Die externe Suchtberatung durch Mitarbeiter von SBB in der JVA ist ein wesentlicher Bestandteil innerhalb der Suchtkrankenhilfe, zumal Kriminalität und Suchterkrankung oft in einer direkten Beziehung stehen. Dienste der externen Suchtberatung übernehmen wesentliche Aufgaben zur Bewältigung suchtspezifischer Probleme in der JVA. Im Allgemeinen steht für 400 Inhaftierte (bzw. 200 Insassen im Jugendvollzug) ein externer Suchtberater für suchtspezifische Probleme zur Verfügung.

³⁸ Kufner et al. (2000) Evaluation der externen Beratungsangebote für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene, Schneider Verlag Hohengehren.

³⁹ Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. 2006

Tab. III.8: Externe Suchtberatung in der JVA

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Personalstellen	10,5	10,4	10,7	10,7	10,45
Entwicklung zum Vorjahr	150 %	99 %	108 %	100 %	98 %
betreute Inhaftierte	1 778	1 797	2 065	2 114	2 058
Entwicklung zum Vorjahr	160 %	101 %	115 %	102 %	97 %
Therapieanträge auf stationäre Rehabilitation	275	304	324	316	315
Entwicklung zum Vorjahr	290 %	111 %	107 %	98 %	100 %
davon Anträge im Bereich Illegale Drogen:	60 %	62 %	61 %	69 %	73 %

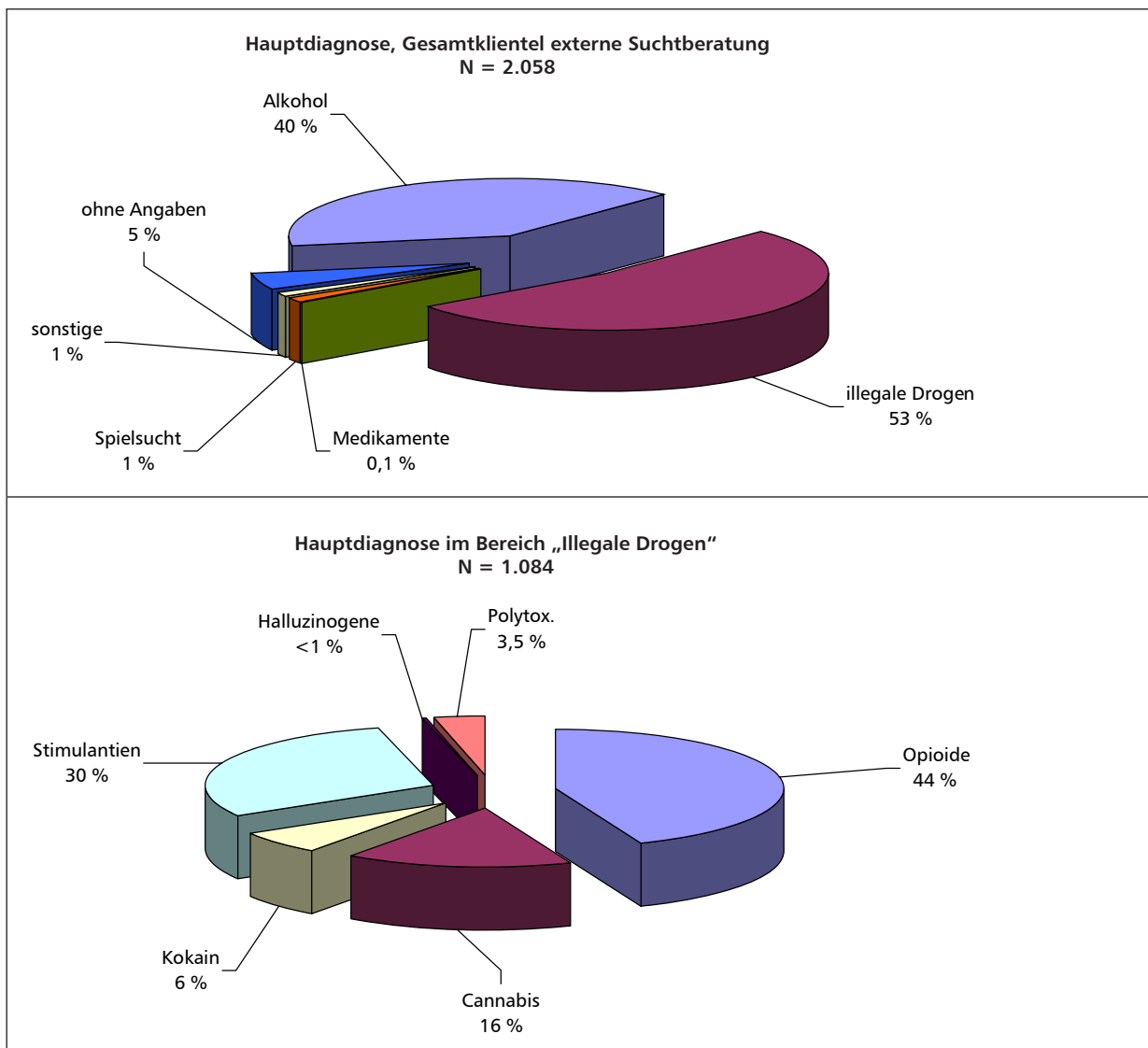
Quelle: SLS

Die personelle Ausstattung sowie die Leistungen zur Klientenbetreuung einschließlich der Therapievermittlungen sind in der Tabelle III.8 dargestellt.

Seit 2005 wurden mehr als 2000 Klienten betreut. Der Frauenanteil lag bei etwa 10 %. Ca. 28 % der Betreuten sind jünger als 25 Jahre, ca. 60 % haben das 30. Lebensjahr noch nicht beendet. Seit 2003 stieg der Beratungsbedarf. Im Zusammenhang damit ist auch die zunehmende Antragsentwicklung auf eine stationäre Rehabilitation für Konsumenten illegaler Drogen seit 2003 zu sehen.

Der Anteil betreuter Klienten mit einer Problematik illegale Drogen beträgt im Rahmen der externen Suchtberatung mit 53 % mehr als die Hälfte. Innerhalb dieser Gruppe dominieren wiederum Stimulanzien und Opiode.

Abb. III.12: Hauptdiagnosen der Klienten in der externen Suchtberatung



Quelle: SLS

III.1.4 Spezielle störungsspezifische Angebote

Tabak

Wissenschaftliche Untersuchungen konnten belegen, dass die Erfolgchancen für eine Entwöhnung vom Tabakkonsum durch zusätzliche Unterstützung, z. B. in Form von Verhaltenstherapie und Raucherberatung, steigen. In **Raucherentwöhnungskursen** lernen Raucher verstehen, ihre Motivation zu rauchen zu hinterfragen und Situationen, in denen sie bisher geraucht haben, rauchfrei zu erleben. Die Kurse werden von den meisten Krankenkassen unterstützt.

Ca. 60 % der sächsischen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bieten Raucherentwöhnungsangebote an. Darüber hinaus halten weitere Einrichtungen wie z. B. die **Raucherambulanzen** der TU Chemnitz und der TUD, Krankenkassen und niedergelassene Ärzte entsprechende Angebote vor.

Alkohol

Projekt „Nachsorge bei alkoholisierten Jugendlichen“ in Dresden

Aufgrund der stetig angestiegenen Zahl von stationär behandelten Kindern und Jugendlichen, die mit Alkoholintoxikationen in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, initiierte die Stadt Dresden gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TUD das Modellprojekt „Nachsorge bei alkoholisierten Jugendlichen“. Im Rahmen dieses Projektes erhalten die Eltern von minderjährigen Patienten mit der Diagnose Alkoholintoxikation einen Informationsbrief von dem behandelnden Kinderarzt, der über die Folgen von exzessivem Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen aufklärt und den Familien Unterstützungsmöglichkeiten der Jugendhilfe anbietet. Im Falle der Zustimmung durch die Betroffenen und Sorgeberechtigten werden die Daten an das Jugendamt der Stadt Dresden weitergeleitet. Die vorgesehenen Hilfen werden als Einzelfallmaßnahmen vom Jugendamt Dresden durchgeführt bzw. koordiniert. Das Krankenhaus Dresden-Neustadt hat sich dieser Initiative angeschlossen.

Seit April 2008 verschicken das Universitätsklinikum und das Krankenhaus Dresden-Neustadt bei gegebenem Anlass diese Elternbriefe. Die Eltern der

Betroffenen stehen dem Informationsangebot aufgeschlossen gegenüber, die Zustimmung zur Datenübermittlung an das Jugendamt gewähren jedoch nur wenige. Dadurch wird ein proaktives Handeln der Jugendhilfe gegenüber diesen Familien nicht möglich.

Projekt *HaLT* – *Hart am Limit*

Das Projekt *HaLT* setzt sich aus zwei Teilbereichen zusammen. Im *proaktiven* Projektteil wird auf kommunaler Ebene durch Informationen und Prävention ein eigenverantwortlicher und risikoarmer Alkoholkonsum unter Jugendlichen und zugleich die Einhaltung des Jugendschutzes bei Festveranstaltungen, in Gaststätten und dem Handel gefördert.

Im *reaktiven* Projektteil wird Kindern und Jugendlichen, die infolge eines exzessiven Alkoholkonsums mit einer Alkoholintoxikation stationär im Krankenhaus behandelt werden müssen, das Angebot einer Kurzintervention unterbreitet. Diese beinhaltet ein Beratungsgespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen, ein Beratungsgespräch mit den Eltern und einen „Risiko-Check“ für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Ein eintägiges Gruppenangebot soll den Kindern und Jugendlichen Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol vermitteln. Zentrale Säulen dieses „Risiko-Checks“ sind substanzspezifische Informationsvermittlung, Erlebnispädagogik mit Reflexion sowie Risikowahrnehmung und Selbsteinschätzung. Die Implementierung des *HaLT*-Ansatzes muss unter Berücksichtigung regionaler Strukturen von den Akteuren vor Ort angestrebt werden, da das Projekt wesentlich von lokalen Netzwerken lebt. Das Projekt wurde als Bundesmodellprojekt an verschiedenen Standorten einzelner Bundesländer durchgeführt und evaluiert.

HaLT – *Hart am Limit* in Chemnitz

Angestoßen durch das Jugendamt Chemnitz in Kooperation mit der Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz werden in Chemnitz, auf Grundlage des Konzeptes des Bundesmodellprojektes *HaLT* unter Berücksichtigung der regionalen Strukturen, Möglichkeiten der Umsetzung erarbeitet.

Initiativen zur Umsetzung dieses Projektansatzes gibt es auch in weiteren sächsischen Kommunen, z. B. in Freiberg.

Cannabis

Projekt *Realize it!*

Realize it ist ein Beratungskonzept für Cannabiskonsumern mit dem Ziel, diese durch einen kurzzeit- und lösungsorientierten Beratungsprozess darin zu unterstützen, ihren Konsum zu reduzieren oder zu beenden. Es wurde von 2004 bis 2007 als bundesweites Modellprojekt erprobt. Die positive Wirkung des Konzeptes konnte in der wissenschaftlichen Begleitforschung nachgewiesen werden. Es zeigte sich außerdem, dass eine gute Integration in die Arbeit der Beratungsstellen möglich ist und das Konzept eine hohe Akzeptanz bei den beteiligten Beratern erfährt. 2007 beschloss das Bundesministerium für Gesundheit, „*Realize it*“ deutschlandweit in Beratungsstellen zu implementieren. Folgende sächsische Beratungsstellen bieten „*Realize it*“ an:

- SBB Horizont Dresden,
- SBB Impuls/Suchtzentrum Leipzig gGmbH,
- Projekt „Drahtseil“ im Zentrum für Integration, Leipzig,
- PSB Wurzten,
- GESOP Integrative Suchtberatungsstelle Dresden,
- Suchtberatung Gesundheitsamt Borna,
- Drogenberatungsstelle Grimma.

Die Mitarbeiter der Beratungsstellen nahmen im Jahr 2008 an entsprechenden Weiterbildungen zum Programm *Realize it* teil. Aussagen zum Verlauf der Implementierung sowie zur Anzahl erreichter Klienten können gegenwärtig noch nicht getroffen werden.

Projekt *Quit the Shit*

Quit the Shit ist ein internetbasiertes Informations- und Beratungsprogramm für jugendliche Cannabiskonsumern zum Beenden bzw. zur Reduzierung ihres Cannabiskonsums. Das Internetangebot stellt eine Möglichkeit für Cannabiskonsumern dar, sich durch Selbstbeobachtungsaufgaben und unterstützende Feedbacks kritisch mit ihrem Konsum auseinanderzusetzen. Kernstück dieses Prozesses ist ein vom Konsumenten über Internet geführtes persönliches Tagebuch zu seinen Konsumgewohnheiten bezüglich Cannabis. Auf Basis der Einträge erhält er einmal wöchentlich ein individuelles Feedback. Das Ziel wird vom Jugendlichen in einem One-to-one-Chat zu Beginn des Programms gemeinsam mit einem Berater festgelegt und am Ende mit einer Empfehlung im Abschlusschat ausgewertet. Das Angebot wird auf der Internetseite [\[com.de\]\(http://www.drug-com.de\) der BZgA angeboten. Die Nutzer geben mit der Anmeldung in das Programm ihre Postleitzahl an, daran orientiert werden sie Beratungsstellen zugeweiht. Bundesweit arbeiten 12 Beratungsstellen in diesem Projekt mit. Sachsen ist mit der SBB Impuls der Suchtzentrum Leipzig gGmbH sowie der SBB des Diakonischen Werkes in Pirna vertreten.](http://www.drug-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Die Beratungen begannen im Juni 2006. An den beiden sächsischen Projektstandorten konnten im Jahr 2007 insgesamt 120 Anfragen über *Quit the Shit* verzeichnet werden. Der Zugangsweg über das Internet ist insbesondere für die Zielgruppe der Jugendlichen eine niedrigschwellige und sinnvolle Ergänzung der bestehenden Angebote. Beide Beratungsstellen sind bemüht, das Angebot auch weiterhin aufrechtzuerhalten.

CANDIS

CANDIS ist ein individuelles Programm, das an der TUD speziell für Personen entwickelt wurde, die ihren Cannabiskonsum überdenken, einschränken oder beenden wollen. Zielgruppe des Programms sind Jugendliche ab 16 Jahre und Erwachsene. Das *CANDIS*-Programm wurde von November 2004 bis Oktober 2007 entworfen und auf seine Wirksamkeit getestet. Im November 2007 wurde eine Fortführungsstudie zur Praxiserprobung und Evaluierung der *CANDIS*-Therapie in 11 ambulanten Suchthilfzentren in ganz Deutschland gestartet.

Die ambulante Therapie (Dauer: 10 Sitzungen) basiert auf den drei baukastenartigen Therapiemodulen:

- 1.) der Motivationsförderung und -stabilisierung,
- 2.) der kognitiv-behavioralen Therapie und
- 3.) einem psychosozialen Problemlösetraining.

In Sachsen nehmen die Jugend- und Drogenberatung Dresden und die Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und -kranke Bautzen teil.

Pathologisches Glücksspiel

In Sachsen etablierte sich ein *Suchthilfenetz Pathologisches Glücksspielen*, das aus den im Fachausschuss (FA) der SLS e. V. *Pathologisches Glücksspiel* zusammenarbeitenden SBB, dem Asklepios Fachklinikum Wiesen, der Geschäftsstelle der SLS und den in Sachsen regelmäßig aktiven Selbsthilfgruppen *Glücksspiel* besteht.

Der Fachausschuss stellte sich u. a. folgenden Aufgaben:

- 2004/2005 wurde sachsenweit mit Unterstützung des Fachausschusses der SLS e. V. „Selbsthilfe“ die Steckkartenaktion „Sie hatten Glück. Das war Ihr Pech.“ durchgeführt. Nach dieser öffentlichkeitswirksamen Maßnahme erfolgte eine verstärkte Kontaktierung der auf den Karten ausgewiesenen SBB durch Betroffene und ihre Angehörigen und in der Folge ein Zuwachs an klinischen Behandlungen.
- Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Mitteldeutschland:
2003 zum Thema *Abstinenz-, Behandlungs- und Veränderungsmotivation bei pathologischen Glücksspielern*,
2005 zum Thema *Tiefenpsychologisch orientierte Therapie bei Pathologischem Glücksspielen und Borderline-Persönlichkeitsstörung*,
2007 zu den Themen *Der neue Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland, Chancen für den Glücksspielerschutz und die Suchtprävention, das Suchtpotenzial von Sportwetten, Erfahrungen mit Spielbanken*.
2008 zum Thema *Prävention von Glücksspielsucht in Sachsen*.
- Interne Qualifizierungsveranstaltungen für die Mitglieder des Fachausschusses *Pathologisches Glücksspiel* zuletzt am 01.04.2008 in Dresden zum Thema *Exzessives Computerspielen, seine*

Verführungspotenzen und Folgen – Möglichkeiten zur Diagnose, Beratung und Therapie.

Modellprojekt Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel

Das Bundesmodellprojekt *Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel* wird in 15 Bundesländern an 18 Projektstandorten durchgeführt. Für den Freistaat Sachsen wurde die SBB des AWW ausgewählt. Laufzeit des Projektes ist von 2007 bis 2010.

Wesentliche Inhalte des Modellvorhabens sind die Sensibilisierung des Personals in den Beratungsstellen für die Thematik *Pathologisches Glücksspiel*, der Erwerb von Fachwissen sowie das Erlernen und Anwenden geeigneter Methoden zur Arbeit mit pathologischen Glücksspielern, die Entwicklung spezieller Angebote für pathologische Glücksspieler sowie die Vernetzung mit Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der stationären Versorgung sowie weiteren Angeboten, wie z. B. der Schuldnerberatung. Zur Durchführung des Modellprojektes wurde eine halbe Fachkraftstelle (Sozialarbeiter) eingerichtet.

Entsprechend dem Projektinhalt versteht das AWW seine Mitarbeit im Projekt im Sinne einer Multiplikatorentätigkeit über die Beratungsstelle hinaus für die Region und sachsenweit. Für das Frühjahr 2009 ist ein Workshop für interessierte sächsische Beratungsstellen insbesondere für die Mitglieder des FA *Pathologisches Glücksspiel* in Planung.

III.2 Psychiatrische Krankenhausbehandlung Abhängigkeitskranker

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung Abhängigkeitskranker stellt einen wichtigen Teil im Suchtkrankenhilfesystem dar. Suchtspezifische psychiatrische Krankenhausbehandlungen erfolgen voll- und teilstationär. Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung der Psychiatrie in der Versorgung Abhängigkeitskranker ist vorrangig die multiprofessionell durchgeführte Regelbehandlung Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängiger (qualifizierte Entzugsbehandlung)⁴⁰. In den sächsischen psychiatrischen Kliniken stehen den Suchtkranken seit Jahren ausreichende Behandlungszeiten für die differenzierten Therapieangebote zur Verfügung. Dies ist ein

Resultat der erfolgreichen Abstimmung zwischen psychiatrischen Kliniken und Kostenträgern.

In Sachsen stehen insgesamt 2672 stationäre und 755 tagesklinische Plätze in den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie sowie 360 stationäre und 171 tagesklinische Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung⁴¹.

⁴⁰ Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Mai 2008.

⁴¹ Eine differenzierte Übersicht kann der Anlage 4 entnommen werden.

Entwicklung der Behandlungen

Seit Jahren sind in den sächsischen psychiatrischen Kliniken durchschnittlich knapp 20 % der Patienten zu Stichtagserhebungen Abhängigkeitskranke.⁴²

Nach der Psych-PV wird die Behandlung abhängigkeitskranker Patienten in sechs Bereiche unterschieden:

- S1: Regelbehandlung bzw. qualifizierte Entzugsbehandlung,
- S2: Intensivbehandlung Abhängigkeitskranker inkl. Behandlung Drogenabhängiger,
- S3: rehabilitative Behandlung inkl. Entwöhnungsbehandlung,
- S4: langdauernde Behandlung schwer- und mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (CMA),
- S5: Psychotherapie Abhängigkeitskranker,
- S6: tagesklinische Behandlung.

Die Abb. III.13 stellt die Entwicklung in Sachsen seit 2000 dar. Knapp die Hälfte der Behandlungen entfallen aktuell auf den S1-Bereich, knapp ein Viertel

auf S2 und wiederum knapp ein Viertel der Suchtpatienten an den psychiatrischen Krankenhäusern in Sachsen sind S4-Patienten. Psychotherapeutische und tagesklinische Behandlungen sind insgesamt selten vertreten.

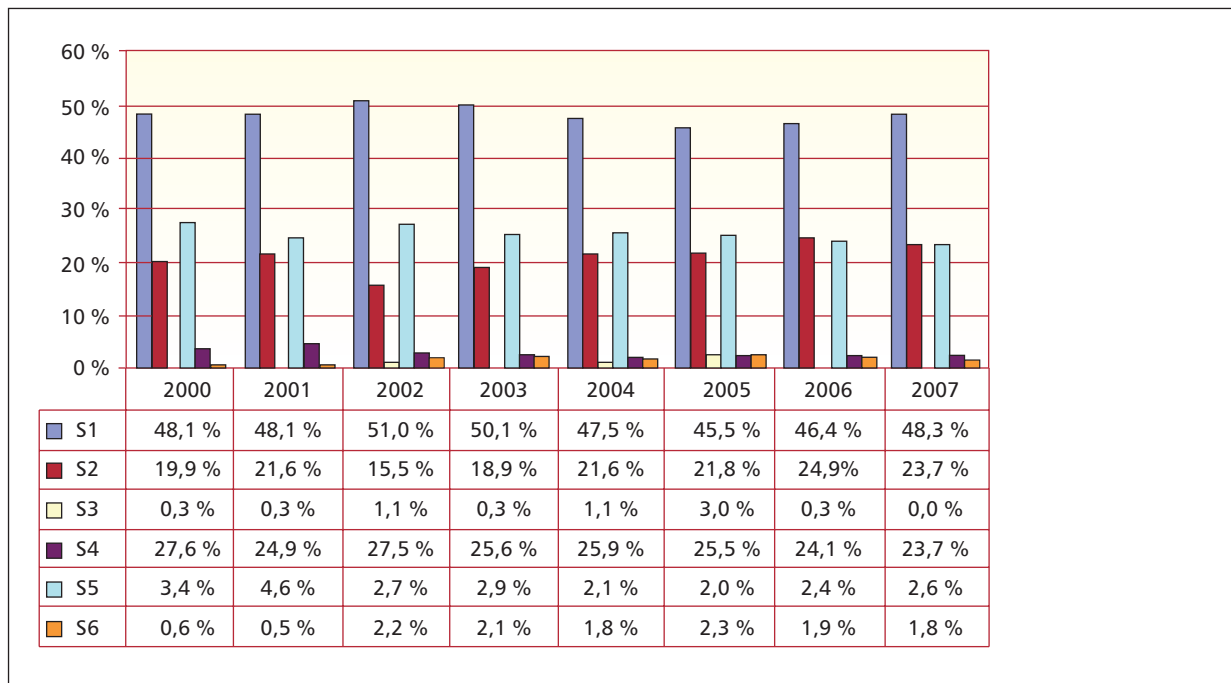
Häufig sind die Patienten von mehreren Substanzen abhängig (polytoxikoman).

Die Mehrzahl der stationär zu behandelnden Abhängigkeitskranken weisen weitere psychische Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, affektive Störungen oder psychotische Erkrankungen auf. Abhängigkeitserkrankungen treten überaus häufig auch gemeinsam mit körperlichen Erkrankungen auf.

Beschreibung der Patienten

Sachsenweite Daten zur Beschreibung der Patienten liegen nicht vor. Beispielhaft werden deshalb Daten der S1-Behandlungen am Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch vorgestellt. In den letzten Jahren ist ein Trend zu zuneh-

Abb. III.13: Entwicklung der Häufigkeiten in den Behandlungsbereichen gemäß Psychiatrie- Personalverordnung (Psych-PV) in den Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Sachsens⁴³



Quelle: SLS

⁴² Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Stichtagserhebungen nach Psychiatrie-Personalverordnung

⁴³ In der Auswertung sind 16 Fachkliniken und psychiatrische Abteilungen berücksichtigt.

Tab. III.9 Anzahl der Begleitdiagnosen pro Fall

Anzahl der Begleitdiagnosen pro Fall	2000	2003	2005	2007
max. 3 Begleitdiagnosen	94 %	88,5 %	55 %	56,2 %
mind. 4 Begleitdiagnosen	5,7 %	11,5 %	44,2 %	43,3 %
Anzahl der Fälle	610	619	500	441

Quelle: Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch

Tab. III.10: Anteil der Patienten mit gesetzlicher Betreuung

Bestehende oder durch die Klinik Rodewisch eingeleitete Betreuungen im Rahmen der psychiatrischen Regelbehandlung	2000	2003	2005	2007
	10,7 %	15,2 %	19 %	19 %
	(65 Patienten)	(94 Patienten)	(95 Patienten)	(84 Patienten)

Quelle: Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch

mend mehr und schwer wiegenderen Begleit- und Folgeerkrankungen bei den Patienten zu beobachten. Dabei dominieren Erkrankungen der Leber und des Nervensystems.

Feststellbar ist ebenfalls ein gestiegener Anteil an gesetzlichen Betreuungen. Das heißt, diese Patienten können ihre Angelegenheiten in mindestens einem Bereich vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr selbst regeln.

Das könnte bedeuten, dass Patienten zunehmend kränker werden, bevor sie zur Behandlung kommen. Ebenso könnten die Daten auch dafür stehen, dass in den letzten Jahren ein (schwer kranker) Personenkreis erreicht wurde, der in der Zeit davor nicht an therapeutischen Maßnahmen partizipierte. Unabhängig von möglichen Ursachen dieser Entwicklung stellt die Tatsache, dass Patienten einen höheren Behandlungs- und Betreuungsbedarf haben, eine Herausforderung für die aktuell bestehende Suchtkrankenhilfe dar.

III.3 Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)

Die Entwicklung der Zahlen durchgeführter Entwöhnungsbehandlungen sächsischer Patienten kann anhand der zusammengefassten Angaben⁴⁴ der häufigsten Kostenträger dieser Behandlungen (DRV-Mitteldeutschland, DRV-Bund, DRV Knappschaft Bahn-See, AOK Plus) abgeschätzt werden (Tab. III.11).

Der überwiegende Anteil dieser Behandlungen fand als stationäre Maßnahme in einer Fachklinik/-abteilung statt. Eine genauere Differenzierung hinsichtlich stationärer, ambulanter oder Kombitherapie ist nicht möglich.

III.3.1 Stationäre Behandlung

Die SBB beteiligen sich aktiv bei der Vermittlung stationärer medizinischer Suchtrehabilitation. In der Tabelle III.12 sind diese Leistungen im Vergleich zu den Vorjahren dargestellt. Von Jahr zu Jahr steigende Antragszahlen sind für stationäre Drogenentwöhnungsbehandlungen zu registrieren.

Als ein weiterer Weg zur Rehabilitation etablierte sich in den letzten Jahren u. a. in Sachsen ein Eilverfahren zum kurzfristigen Antritt rehabilitativer Behandlung (Entwöhnung) durch direkte Vermittlung aus dem stationären psychiatrischen Bereich bzw.

⁴⁴ Genaue Angaben der Kostenträger können der Anlage 5 entnommen werden.

Tab. III.11: Entwöhnungsbehandlungen ausgewählter Kostenträger, 2003-2007

Jahr	Behandlungen insgesamt	Davon:		
		Frauen	Alkohol	illegale Drogen
2003	2 433	463 (19 %)	2 058 (85 %)	273 (11 %)
2004	3 038	555 (18 %)	2 540 (84 %)	391 (13 %)
2005	2 999	594 (20 %)	2 424 (81 %)	454 (15 %)
2006	3 136	662 (21 %)	2 434 (78 %)	602 (19 %)
2007	3 216	673 (21 %)	2 418 (75 %)	654 (20 %)

Tab. III.12: Stationäre Entwöhnungsbehandlungen 2003-2007

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung (inkl. Vermittlung über externen SB JVA)					
beantragt	2 120	2 015	1 772	1 713	1 785
genehmigt	1 881	1 806	1 599	1 544	1 594
begonnen	1 682	1 622	1 413	1 319	1 380
Stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung (inkl. Vermittlung über externen SB JVA)					
beantragt	641	655	706	797	848
genehmigt	488	457	570	658	718
begonnen	328	292	403	468	462

Quelle: SLS

aus der JVA in eine Rehabilitationseinrichtung, die sogenannte Direktverlegung. Auch die Träger der Grundsicherung für Arbeitslose (ARGE bzw. optierende Kommune) können mittels eines Gutachtens des Arztes der Arbeitsagentur, Betroffene in eine stationäre Entwöhnungstherapie vermitteln (sog. genannter „Magdeburger Weg“). Im Zuge dieser Therapie erfolgt dann jeweils die Kontaktaufnahme mit einer wohnortnahen SBB zur ambulanten Nachsorge.

Die DRV-Mitteldeutschland hat mit Beginn des Jahres 2008 die regulären Behandlungszeiten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker deutlich verkürzt (optional sind Verlängerungsanträge möglich). Erhebungen über Auswirkungen dieses Schrittes, bspw. auf die Abstinenzrate von Betroffenen nach erfolgter Behandlung, liegen aktuell nicht vor. Auffallend ist der derzeit große Unterschied in den regulär bewilligten Behandlungszeiten bei gleicher Erkrankung, aber unterschiedlichem Kostenträger (z. B. DRV-Bund 16 Wochen, DRV-Mitteldeutschland 12 Wochen, Knappschaft 13 Wochen).

Die Gestaltung der Behandlungsprogramme in den Kliniken wird dadurch erschwert.

III.3.2 Ambulante Rehabilitation

Ambulante Therapien werden durch entsprechend qualifizierte SBB angeboten. Nachdem sich die ambulante Alkohol-Entwöhnungsbehandlung in Sachsen in den letzten Jahren flächendeckend entwickelt hat, gewinnt diese Behandlungsform zunehmend an Bedeutung. Die ambulante Form der Drogenentwöhnungsbehandlung spielt bisher noch eine untergeordnete Rolle (Tab. III.13).

III.3.3 Kombitherapie

Seit 2005 wird die Möglichkeit der Kombitherapien genutzt. Dabei schließt sich an eine besonders intensive stationäre Anfangsphase von sechs Wochen in einer Fachklinik eine längere ambulante Therapie-

Tab. III.13: Ambulante Rehabilitationsbehandlungen

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
ambulante Alkoholentwöhnungsbehandlung und ambulante Drogenentwöhnungsbehandlung (in Klammern)					
beantragt	195 (12)	227 (13)	253 (17)	287 (17)	353 (20)
genehmigt	190 (5)	212 (9)	225 (14)	259 (20)	330 (18)
begonnen	180 (6)	205 (9)	205 (12)	236 (15)	288 (17)

Quelle: SLS

zeit in einer SBB an. Dies ist insbesondere für Patienten geeignet, für die eine längere Abwesenheit vom häuslichen Umfeld ungünstig erscheint, eine

ausschließlich ambulante Behandlung aber bei der Schwere der Erkrankung nicht ausreichend ist. 2005 gab es sechzehn, 2006 sieben und 2007 dreizehn Anträge⁴⁵.

III.4 Arbeit und Beschäftigung

Für einen erfolgreichen Veränderungsprozess ist nicht allein die psychische Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen einer Therapie und eine angemessene medizinische Behandlung erforderlich, sondern auch eine berufliche und soziale Integration. Berufliche und soziale Integration sind stabilisierende Faktoren bei der Bewältigung einer Suchterkrankung und wesentliche Voraussetzungen für eine langfristige Suchtmittelabstinenz. Zu einem erfolgreichen Therapieprozess gehört deshalb auch ein weitgehendes Wiedererlangen eines angemessenen Platzes im gesellschaftlichen Leben.

Daten zur Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Daten zur Ausbildungs- und Beschäftigungssituation von Personen, die eine ambulante Beratung und Betreuung in einer SBB in Anspruch nehmen, werden

im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik durch die SBB erhoben. Eine entsprechende Auswertung ist unter III.1.1.3 dargestellt.

Da Erhebungen zu sämtlichen stationären Einrichtungen fehlen, soll hier beispielhaft die Situation von Patientinnen und Patienten in stationären Entwöhnungsbehandlungen ausgewählter Therapieeinrichtungen dargestellt werden. Die berufliche bzw. schulische Situation dieser Personengruppe fällt dabei deutlich ungünstiger aus als bei derjenigen, die eine ambulante Entwöhnungsbehandlung durchführten.

Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch, Bereich Entwöhnungsbehandlung
Hervorzuheben ist, dass die meisten der arbeitslosen Patienten Langzeitarbeitslose sind (Tab. II.14).

Tab. III.14: Beschäftigungssituation der Patienten

	vollbeschäftigt	teilzeitbeschäftigt	arbeitslos
2005	12,4 %	6,2 %	64,9 %
2006	11,1 %	1,9 %	71,3 %
2007	10,1 %	2,8 %	71,6 %

Quelle: Sächsisches Krankenhaus Rodewisch

⁴⁵ SLS

Drogenklinik Moritzburg, Drogenentwöhnungsbehandlung

Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf das Jahr 2007. Ausgewertet sind die Daten von 112 Patienten.

Höchster Schulabschluss:

- 37 % Hauptschulabschluss
- 27 % Realschulabschluss/mittlere Reife
- 21 % ohne Schulabschluss

Jetzige berufliche Situation:

- 69 % arbeitslos gemeldet
- 12 % sonstige Erwerbslose
- 10 % in Ausbildung.

Alte Flugschule Großrückerswalde, Drogenentwöhnungsbehandlung

Für das Jahr 2007 liegen die Daten von 136 Patienten vor. Von diesen haben 30 % keinen Schulabschluss und 66 % keine Berufsausbildung. In Ausbildung oder Arbeit waren 7 %.

Problematisch stellt sich die Beschäftigungssituation ebenfalls für ehemalige Bewohner von sozialtherapeutischen Wohnstätten für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke dar. Ca. 60 % der entlassenen Klienten verfügen über keine Beschäftigung/Tagesstruktur bzw. können keine Aussagen zur beruflichen Integration getroffen werden. Eine

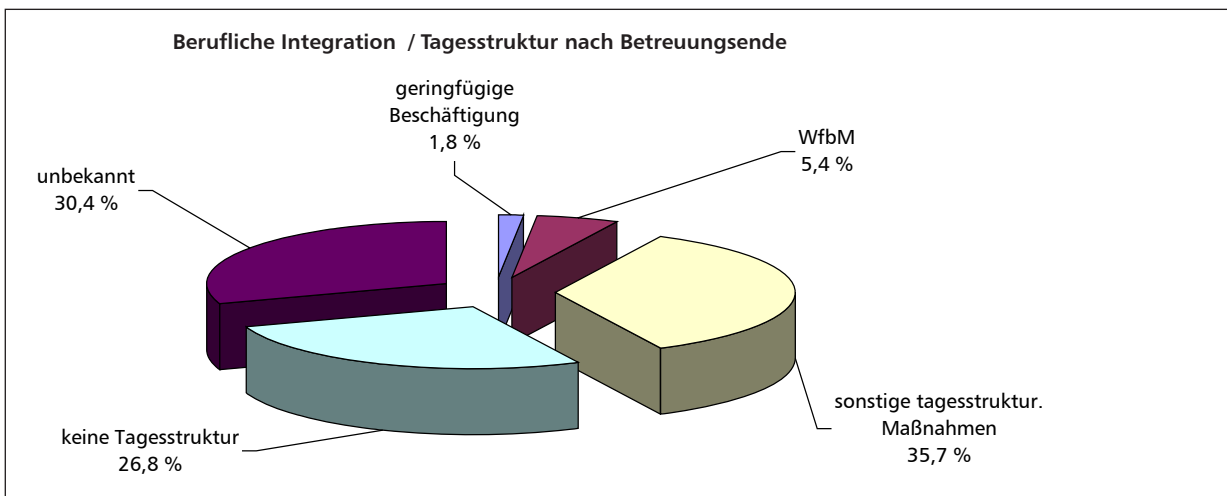
berufliche Integration in Form einer Beschäftigung innerhalb der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gelingt nur im Einzelfall (Abb. III.14).

Beschäftigungsangebote

Sachsenweit werden in Trägerschaft von Suchtberatungsstellen insgesamt ca. 350 Plätze als tagesstrukturierende Angebote bzw. als Arbeitsmöglichkeit für suchtkranke Menschen angeboten. Dazu zählen Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II, Arbeitsbeschaffungs- und Strukturanpassungsmaßnahmen oder Zuverdienstmöglichkeiten⁴⁶.

Darüber hinaus gibt es seitens verschiedener Träger in den Kommunen Arbeits-, Beschäftigungs- bzw. Qualifizierungsprojekte, die z. T. sowohl von Suchtkranken, als auch von anderen Menschen genutzt werden, sodass sich letztlich eine exakte Zahl vorhandener Plätze für Abhängigkeitskranke nicht benennen lässt. Dabei spielen insbesondere die Träger der Grundsicherung nach SGB II eine wesentliche Rolle, die mit dem Ziel der Stabilisierung, der sozialen Integration, dem Abbau von Vermittlungshemmnissen und der Qualifizierung von Arbeitssuchenden u. a. abhängigkeitskranken Menschen Unterstützung bieten.

Abb. III.14: Berufliche Integration nach Beendigung der Betreuung in der Wohnstätte



Quelle: SLS

⁴⁶ SLS

Beispielhaft sollen folgende Angebote genannt werden:

Zwickauer Land:

Zusammen mit dem ADU-Selbsthilfe e. V. wurden Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung – sogenannte *Ein-Euro-Jobs* – speziell für Suchtkranke geschaffen. Ansatzpunkt dieses Projektes ist die Hilfestellung für die Betroffenen zum Verlassen der sozialen Isolation und zum Aufbau von Tagesstrukturen. Es besteht die Möglichkeit, dass die Suchtkranken, die diese Maßnahme erfolgreich durchlaufen haben, in eine ABM, verbunden mit einer weiteren sozialpädagogischen Betreuung, vermittelt werden können.

Landkreis Mittelsachsen:

Besonderes Augenmerk wird auf die Betreuung von suchtgefährdeten und suchtkranken Jugendlichen gerichtet. So unterstützt das Amt für Arbeit und Beschäftigungsförderung Döbeln des Landkreises Mittelsachsen das Projekt *Jugend in Arbeit* der Gemeinde Bockelwitz. Zielgruppe sind arbeitslose Jugendliche bzw. junge Erwachsene mit multiplen Vermittlungshemmnissen, zu denen auch die Suchtgefährdung bzw. Suchterkrankung zählen. Das Projekt umfasst die Einbindung dieser Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen bei der Instandsetzung und Bewirtschaftung eines Vier-Seiten-Hofes. Die vier inhaltlichen Säulen dabei sind: Arbeiten, Wohnen, Qualifizierung und Bildung sowie Betreuung und Begleitung.

Landkreis Meißen:

Das Amt für Arbeit und Soziales des Landkreises Meißen unterstützt das Projekt *Jugendwerkstatt Meißen* der Produktionsschule Moritzburg. Zielgrup-

pe dieses Projektes sind Jugendliche unter 25 Jahren mit einer Suchterkrankung. Die Zugangsvoraussetzung ist eine abgeschlossene erfolgreiche Therapie. Das Ziel besteht in der sozialen und beruflichen Integration dieser Jugendlichen. Bei der Durchführung der Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung arbeiten 12 ältere Langzeitarbeitslose mit 16 jugendlichen Teilnehmern bei der Aufbereitung alter Maschinen oder Fahrzeuge bzw. bei der Landschaftskultivierung und Grünflächenpflege mit sozialpädagogischer Betreuung und Unterstützung zusammen.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass in besonderem Maße die ARGE Dresden, die ARGE Chemnitz, die ARGE Annaberg, die ARGE Plauen, der Fachdienst Beschäftigung und Arbeit des Landkreises Görlitz und das Arbeits- und Sozialzentrum Kamenz des Landkreises Bautzen die Einrichtung und Durchführung von Angeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Arbeitssuchende unterstützen.

Diese verfügbaren Arbeits- und Beschäftigungsplätze bzw. Unterstützungsmöglichkeiten zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung sind vor dem Hintergrund der ungünstigen Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der jährlich knapp 29.000 Klienten in sächsischen Suchtberatungsstellen insgesamt dennoch nicht ausreichend. Es fehlen tagesstrukturierende Angebote für suchtkranke Menschen ohne realistische Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt, z. B. zur Stabilisierung von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken. Vor diesem Hintergrund sind weitere Bemühungen bezüglich einer Verbesserung der beruflichen Integrationsmöglichkeiten von Suchtkranken ein notwendiges Anliegen.

III.5 Wohnangebote

III.5.1 Wohnhilfen

Wohnhilfen für Suchtkranke umfassen Angebote im Spektrum von Notschlafstellen, Motivationswohnen (auch zum Rückfallschutz zwischen einzelnen Bausteinen der Behandlungskette, z. B. zwischen Entgiftung und Entwöhnung) bis hin zu verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens in der Nachsorge. Dabei wird auch differenziert anhand unterschiedlicher Zielgruppen, wie Alkoholabhängige und Drogenabhängige bzw. Männer und Frauen. Zum Teil werden Räumlichkeiten in einem Haus genutzt, zum Teil einzelne Wohnungen angemietet für z. B. suchtmittelfreie Wohngemeinschaften, zum Teil werden Klienten ambulant in deren eigenen Wohnungen betreut bzw. begleitet. Ziel dabei ist immer, die Motivation für ein suchtmittelfreies Leben zu fördern bzw. nach Behandlungen erreichte Erfolge zu stabilisieren. Dies erfolgt u. a. über die Gestaltung von Hausordnungen, unmittelbare Hilfen bei der abstinenter Alltagsgestaltung (insbesondere Tagesstrukturierung), begleitende Beratungen, aber auch Förderung der sozialen Integration im Ort und der Kommunikation Betroffener untereinander. 2007 existierten in Sachsen 319 Plätze in betreuten Wohnformen⁴⁷.

III.5.2 Sozialtherapeutische Wohnstätten für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)

Ein weiterer Bereich der Wohnangebote besteht in differenzierten Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII in Form ambulant betreuten Wohnens, Außenwohngruppen und stationäre Hilfen in insgesamt 11 sozialtherapeutischen Einrichtungen in Sachsen. Diese Hilfen richten sich an chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke, bei denen eine langjährig bestehende Suchterkrankung weitreichende psychische, soziale und körperliche Beeinträchtigungen verursacht hat, die ein selbstständiges Wohnen unmöglich machen. Daher gehören zum Wohnangebot für CMA-Klienten notwendigerweise umfassende Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung im Sinne einer individuellen Kombination von Hilfe und Training zur eigenständigen

Bewältigung von Alltagsaufgaben (z. B. Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung, Wäsche, Reinigung, Einkauf, Essenszubereitung, Begleitung zu medizinischen Behandlungsterminen oder Behördenbesuchen usw.) sowie zum Schutz vor Suchtmittelrückfällen (z. B. Einzel- und Gruppengespräche, Unterstützung beim Selbsthilfegruppenbesuch usw.).

Die vorhandene Platzkapazität umfasst sachsenweit aktuell 337 Plätze in den Kerneinheiten und weitere 83 Plätze in Außenwohngruppen, ergänzt mit aktuell etwa 47 Plätzen im ambulant betreuten Wohnen. Diese differenzierten Wohnformen fördern die Entwicklung von Selbstständigkeit und sozialer Reintegration.

Für eine Betreuung im geschützten Bereich nach § 1906 BGB stehen weitere 40 Plätze in insgesamt drei Einrichtungen zur Verfügung. Zusätzlich zu diesen Betreuungsangeboten werden aktuell nicht abstinentenzfähige CMA in zwei Einrichtungen (in Dresden und Leipzig) mit insgesamt 68 Plätzen betreut.

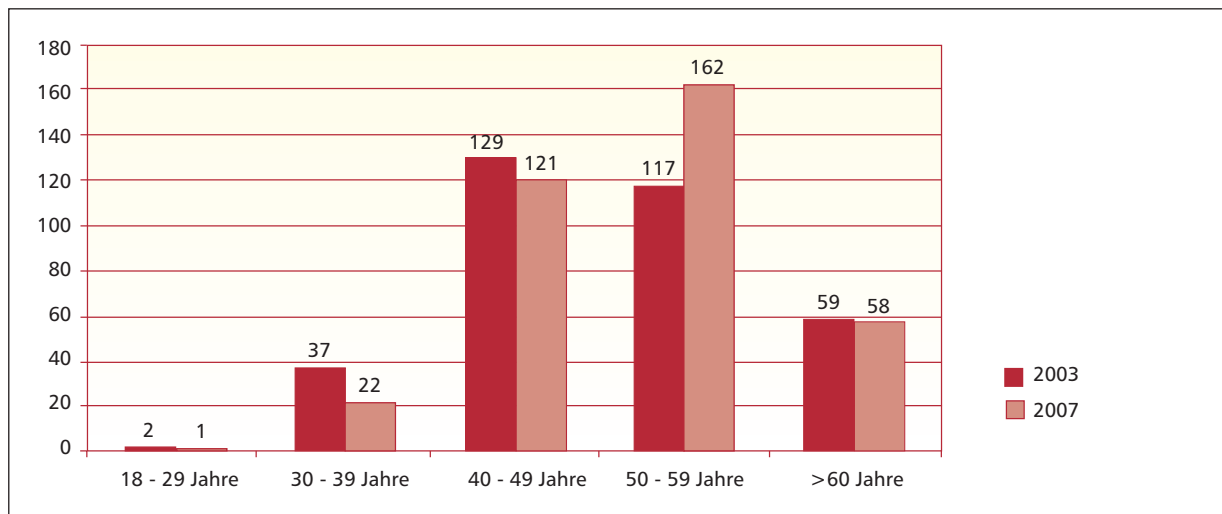
Die Stichtagserhebung zum 31.12.2007 verdeutlicht, dass die vorhandene Platzkapazität nahezu vollständig ausgelastet ist. Die Vermittlung der Aufnahme erfolgt im Wesentlichen in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken. Eine zunehmende Alterung ist im Vergleich zu den Vorjahren festzustellen, sodass sich zukünftig das Versorgungssystem stärker auf die Betreuung auch von pflegebedürftigen Suchtkranken einstellen muss.

Die somatischen Beeinträchtigungen aufgrund langjähriger Suchtmittelkonsums sind beträchtlich. Ca. 80 % aller Heimbewohner weisen einen Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 30 v. H. auf (bei 24 % GdB 30-50 v. H.). Mehr als die Hälfte der Bewohner ist mit einem GdB von mehr als 50 v. H. schwerbehindert. Im Vergleich zu den Vorjahren ist eine Zunahme des Schädigungsgrades zu registrieren.

Massive somatische, psychische und soziale Beeinträchtigungen behindern vorübergehend oder dauerhaft eine selbstständige Lebensführung. Ein

⁴⁷ SLS

Abb. III.15: Alterstruktur in CMA Wohnstätten im Vergleich 2003-2007



Quelle: SLS

Großteil der Bewohner ist zunehmend auf längere Behandlungszeiträume bzw. auf eine dauerhafte institutionelle Hilfe angewiesen. Etwa die Hälfte der Bewohner in den Wohnstätten ist bereits länger als zwei Jahre in einer sozialtherapeutischen CMA-Wohnstätte. Die durchschnittliche Verweildauer verlängert sich in der Tendenz zu den Vorjahren und betrug 2007 mehr als 28 Monate.

Im Jahr 2007 konnten von insgesamt 117 abgeschlossenen Wohnhilfen in den Wohnheimen für CMA ca. 65 % regulär beendet werden. Planmäßiger Abschluss heißt vor allem eine gelernte abstinentere Lebensführung, die den Aufenthalt in einer anderen Einrichtung ermöglicht oder die Voraussetzung für andere Wohnformen (Außenwohngruppen, ambulant betreutes Wohnen) darstellt.

III.6 Selbsthilfe

Die Bedeutung der Suchtselbsthilfe besteht allgemein in der Förderung von individuellen Kompetenzen zur Bewältigung außergewöhnlicher sozialer und gesundheitlicher Belastungen. Sie wirkt motivierend bezüglich des Ausstiegs aus aktivem Suchtverhalten, bietet Möglichkeiten zur sozialen Integration, gibt Anregungen zur Selbsterfahrung und stärkt vor allem die Solidarität der Betroffenen untereinander.

Suchtselbsthilfe leistet einen wichtigen Beitrag für den Ausstieg aus der Sucht. Etwa 10 % der Gruppenteilnehmer erreichen ihre Abstinenz ausschließlich durch das Gruppenangebot der Selbsthilfe. Die meisten Teilnehmer nutzen sie ergänzend zu anderen Beratungs- und Behandlungsformen, vielfach also überwiegend zur Rückfallprophylaxe, teilweise aber auch schon in der Phase der Motivationsentwicklung. Die Suchtselbsthilfe ist daher im Suchthil-

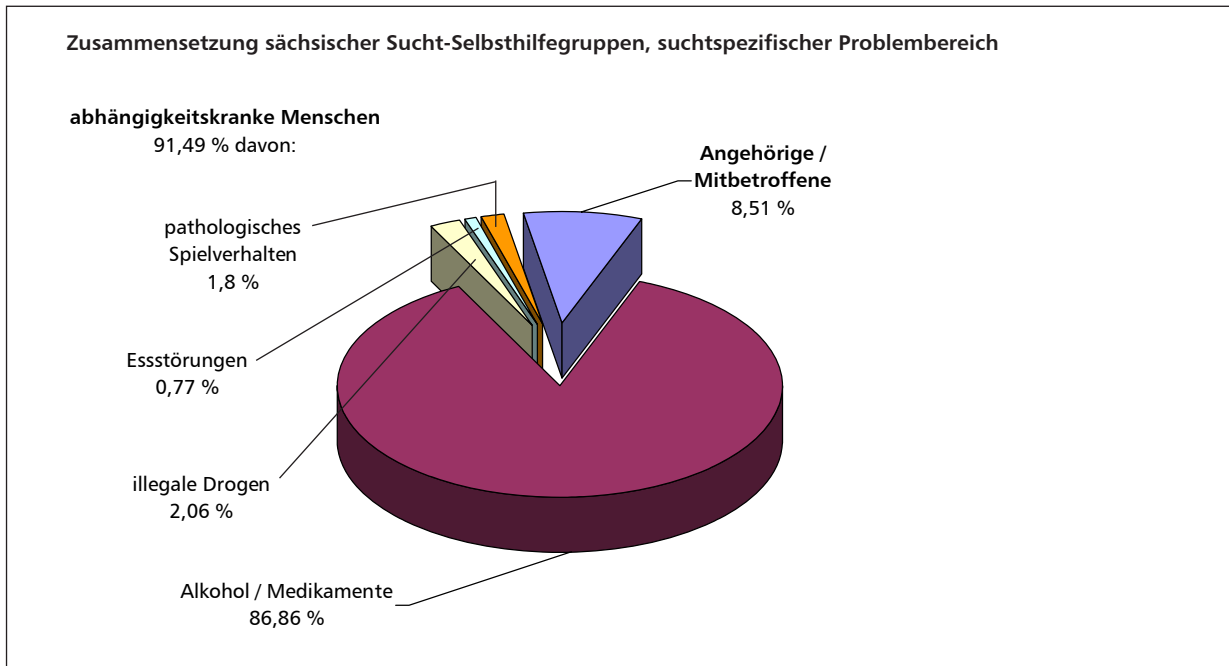
fesystem eine eigenständige Hilfeform, welche mit professionellen Angeboten partnerschaftlich zusammenarbeitet.

Festzustellen ist ein enger Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Abstinenzdauer. Annähernd die Hälfte der Teilnehmer nutzen die Angebote bereits mehr als 5 Jahre. Die berufliche Situation von Suchtkranken verbessert sich mit der Dauer der Gruppenzugehörigkeit⁴⁸.

In der Geschäftsstelle der SLS sind insgesamt 388 Selbsthilfegruppen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen registriert (Stand Mai 2008). Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, nutzen vor allem alkoholranke Menschen die Angebote der Selbsthilfe.

⁴⁸ Untersuchung der SLS, 2005

Abb. III.16: Differenzierte und suchtspezifische Angebote der sächsischen Suchtselbsthilfe



Quelle: SLS

Neben der dominierenden Zahl von Selbsthilfegruppen für alkoholbedingte Abhängigkeitserkrankungen (N = 314) konnten sich in Sachsen zunehmend Selbsthilfegruppen für andere Abhängigkeitserkrankungen bzw. für spezielle Zielgruppen etablieren: 20 Gruppen im Bereich Illegale Drogen, 4 Selbsthilfegruppen im Bereich Essstörungen, 9 Gruppen für Glücksspielsüchtige, 10 Selbsthilfegruppen für Eltern drogenkonsumierender Kinder, 16 frauen-/mädchen-spezifische Angebote sowie 8 Gruppen speziell für Kinder und Jugendliche.

Wesentlichen Anteil bei der Unterstützung der Selbsthilfearbeit leisten die drei Landesverbände von Suchtselbsthilfeorganisationen, Blaues Kreuz Deutschland, Freundeskreise, Kreuzbund sowie die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen. Ein besonderer Schwerpunkt besteht in der weiteren Qualifizierung der Selbsthilfearbeit mit differenzierten Fortbildungsangeboten für die ehrenamtliche Suchthilfearbeit, für die Gruppenleitertätigkeit sowie für den sachsenweiten Erfahrungsaustausch.

IV. Polizeiliche Maßnahmen

IV.1 Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln

Die Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen (PKS) weist für den Zeitraum 2002 bis 2007 folgende Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln (BTM) aus (Tab. IV.1, siehe nächste Seite).

77,6 % aller Rauschgiftdelikte des Jahres 2007 waren allgemeine Verstöße gegen § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG). 15,3 % betrafen den illegalen Handel bzw. Schmuggel. Im Bereich der allgemeinen Verstöße mit Amphetamin/Metamphetamin ist eine erhebliche Steigerung der Fallzahlen zu verzeichnen. Damit im Zusammenhang steht der Trend zur Zunahme der Bedeutung von Crystal in der sächsischen BTM-Szene.

Am stärksten waren die Großstädte und deren Umfeld von der Rauschgiftkriminalität betroffen.⁴⁹

Bei der Beurteilung der Fallentwicklung der Rauschgiftkriminalität ist zu beachten, dass es sich um ein Kontrolldelikt handelt. Die Entwicklung der Fallzahlen ist auch vom Umfang des eingesetzten Personals sowie dessen Qualifikation und Erfahrungswissen abhängig. Eine Verringerung des Kontrolldrucks senkt das Entdeckungsrisiko, lässt die Täterseite freier agieren und erhöht die Verfügbarkeit von Rauschgiften.

IV.2 Sicherstellungsmengen 2002 bis 2007

Tab. IV.2: Sicherstellungsmengen 2002 - 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cannabis (kg)	393,2	123,9	396,7	57,8	97,6	136,6
davon:						
- Haschisch	359,4	104,6	367,7	41,6	32,3	22,1
- Marihuana	33,8	19,3	29,1	16,2	65,3	114,5
Heroin (kg)	5,1	6,1	7,8	16,4	36,2	3,1
Kokain (kg)	18,8	2,9	4,5	10,2	5,0	1,9
Amphetamin (kg)	2,7	0,1	0,7	1,4	4,4	4,2
Methamphetamin (kg)		3,8	2,4	7,7	3,5	5,2
Ecstasy (Stk)	27 373	9 164	21 237	15 277	8 909	11 885
LSD (Stk)	310	63	22	116	32	140
Rohopium (kg)	0,02		0,30	0,26	0	0,0029
Kath (kg)				80,0	0	0

⁴⁹ PKS 2007

Tab. IV.1: Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rauschgiftdelikte gesamt	8 385	9 612	9 281	7 835	8 014	7 187
davon:						
allgemeine Verstöße	6 333	7 169	6 998	6 086	6 103	5 574
davon mit:						
Cannabis	3 462	4 188	4 177	3 595	3 452	2 908
Heroin	897	727	783	551	747	597
Kokain einschließlich Crack	284	371	247	177	137	115
Amphetamin	742	956	954	1 178	1 308	1 613
Ecstasy	448	605	707	490	391	287
LSD	6	9	5	8	18	6
Sonstige	494	313	125	87	50	48
Illegaler Handel und Schmuggel von Rauschgiften	1 742	2 081	1 787	1 318	1 397	1 103
davon mit/von:						
Cannabis	717	870	717	622	582	443
Heroin	156	207	336	236	274	196
Kokain einschließlich Crack	149	262	163	89	80	53
Amphetamin	367	348	318	236	283	346
Ecstasy	203	249	194	116	151	62
LSD	5	9	5	4	17	0
Sonstige	127	136	54	15	10	3
Illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln	49	30	20	31	13	18
davon:						
Cannabis	10	7	8	4	0	3
Heroin	3	4	2	1	2	2
Kokain einschließlich Crack	7	5	5	9	1	3
Amphetamin	22	13	4	17	7	9
Ecstasy	2	0	1	0	0	1
LSD	0	0	0	0	1	0
Sonstige	5	1	0	0	2	0
sonstige Verstöße gegen das BtMG	279	332	476	400	501	492
davon:						
illegaler Anbau von BtM	208	237	188	145	179	178
Anbau, Herstellung, Handel als Mitglied einer Bande	16	21	10	17	9	8
Abgabe an Minderjährige	37	57	42	42	44	43
illegale Verschreibung durch Ärzte	7	13	17	15	15	8
Bereitstellen von Geldmittel für BtM	10	3	1	5	4	1
Verursachen von Tod durch BtM	0	1	0	0	2	1
Handel, Herstellung, Besitz von BtM in nicht geringer Menge			218	175	248	253

IV.3 Tatverdächtigenstruktur

Tab. IV.3: Tatverdächtigenstruktur

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tatverdächtige gesamt	6 491	7 203	7 465	6 652	6 711	6 118
davon:						
- männlich	5 549	6 275	6 434	5 773	5 834	5 246
- weiblich	951	928	1 031	879	877	872
Kinder (< 14)	89	65	56	30	25	22
Jugendliche (14 - 17)	1 550	1 546	1 402	1 170	822	527
Heranwachsende (18 - 21)	1 966	2 123	2 145	1 743	1 702	1 357
Erwachsene (> 21)	2 886	3 469	3 862	3 709	4 162	4 212

Aus dem Vergleich der Tatverdächtigenstruktur für die Jahre 2002 bis 2007 ergibt sich ein signifikanter Rückgang der Kinder und Jugendlichen als Tatverdächtige. Die Gesamtzahl der Tatverdächtigen weist einen Rückgang aus.

Allgemeine Verstöße mit Cannabis und Zubereitungen wurden zu mehr als 40 % von Tatverdächtigen im Alter unter 21 Jahren begangen. Der illegale Handel mit Heroin bzw. Kokain ging zu mehr als 80 % von erwachsenen Tatverdächtigen aus.⁵⁰

IV.4 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

Als *Erstauffällige Konsumenten harter Drogen* (EKhD) werden Personen erfasst, die polizeilich erstmals wegen Konsums von Heroin, Kokain, Amphetamin und sonstiger harter Drogen in Erscheinung traten.

EKhD differenziert nach Betäubungsmitteln:

Tab. IV.4: Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (nach Betäubungsmitteln)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heroin	101	103	160	157	197	123
Kokain	28	17	48	50	39	26
Amphetamin	146	145	416	533	123	87
Methamphetamin	-	-	-	-	469	256
Ecstasy	52	36	109	88	77	46
sonstige	3	1	5	1	5	3
EKhD gesamt	293	280	671	762	825	491

⁵⁰ PKS 2007

EKhD differenziert nach Altersgruppen:

Tab. IV.5: Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (nach Altersgruppen)

Jahr	EKhD gesamt	< 14	14 - 17	18 - 20	21 - 24	25 - 29	30 - 39	> 40
2002	293		13	78	115	44	33	10
2003	280		16	67	110	50	34	2
2004	671		25	165	268	141	65	7
2005	762		27	153	299	194	75	14
2006	825	1	6	127	334	224	105	28
2007	491		4	71	164	152	85	15

Den Hauptanteil der erfassten EKhD sind Konsumenten von Amphetamin/Metamphetamin und Personen in der Altersgruppe der 21- bis 24-Jährigen.

IV.5 Rauschgifttodesfälle

Tab. IV.6: Rauschgifttodesfälle 2002 - 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sachsen gesamt	19	14	11	20	15	24
PD Chemnitz-Erzgebirge	0	0	0	1	3	0
PD Dresden	0	3	1	3	1	5
PD Leipzig	11	8	5	10	6	12
PD Oberes Elbtal-Osterzgebirge	0	1	2	0	0	1
PD Oberlausitz-Niederschlesien	1	0	1	0	1	1
PD Südwestsachsen	2	1	1	1	2	2
PD Westsachsen	5	1	1	5	2	3

Mit den 24 festgestellten Rauschgifttoten für 2007 hat deren Anzahl den bisherigen Maximalwert von 20 im Jahr 2005 überschritten, gemessen an der Einwohnerzahl liegt Sachsen damit aber nach wie vor unter den Vergleichszahlen der alten Bundesländer.

Auch im Jahr 2007 handelte es sich bei den Verstorbenen vorwiegend um Opiatabhängige. So wurde in fünf Fällen Heroinintoxikation als Todesursache

benannt. In weiteren sechs Todesfällen lag ein Mischkonsum, unter Beteiligung von Heroin, vor. Bei sieben der Rauschgifttoten im Jahre 2007 waren Substitutionsmedikamente (Methadon, Polymethadon sowie L-Polamidon) todesursächlich. Das Durchschnittsalter der Toten lag bei 27 Jahren, das jüngste Opfer war 19 Jahre alt. Sieben der Verstorbenen waren weiblich.

V. Strafrechtliche Maßnahmen

V.1 Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel

Gemäß § 315c Absatz 1 Ziffer 1a StGB (Gefährdung des Straßenverkehrs) wird verurteilt, wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, ein Fahrzeug sicher zu führen und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet. Die Zahl der Verurteilungen von Jugendlichen und Erwachsenen ist im Zeitraum 2002 bis 2007 gesunken. Waren im Jahr 2002 noch 45 Jugendliche wegen dieser Straftat verurteilt worden, so waren es im Jahr 2006 nur 21, im Jahr 2007 26. Bei den Erwachsenen sank die Zahl von 1.036 auf 576 Verurteilungen.

Nach § 316 StGB (Trunkenheit im Verkehr) wird verurteilt, wer im Verkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der

Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen. Hier ist ein differenziertes Bild zu beobachten. Die Anzahl der Verurteilungen nach Jugendstrafrecht wegen dieses Vergehens ist in den Jahren 2002 bis 2006 etwa gleichbleibend; im Jahr 2007 mit 96 erstmals niedriger als 100. Bei den Erwachsenen ist im gleichen Zeitraum ein kontinuierlicher Rückgang von 6.021 auf 4.990 festzustellen.

Die geringe Zahl der Verurteilungen nach Jugendstrafrecht bei Verkehrsdelikten ist dem Umstand geschuldet, dass das Jugendstrafrecht in der Regel nur bei Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren zur Anwendung kommt, ein Alter, in dem zu meist keine Fahrerlaubnis zur Teilnahme am Straßenverkehr vorliegt.

Differenzierte Angaben können der nachfolgenden Tabelle (Tab. V.1) entnommen werden.

Tab. V.1: Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel

Jahr	Verurteilungen nach § 315c Abs. 1 Ziff. 1a StGB			Verurteilungen nach § 316 StGB		
	insgesamt	Nach allgemeinem Strafrecht (Erwachsenenstrafrecht)	nach Jugendstrafrecht	insgesamt	nach allgemeinem Strafrecht (Erwachsenenstrafrecht)	nach Jugendstrafrecht
2002	1 081	1 036	45	6 140	6 021	119
2003	1 066	1 031	35	6 096	5 976	120
2004	863	826	37	6 286	6 137	149
2005	792	759	33	6 496	6 378	118
2006	612	591	21	5 563	5 439	124
2007	602	576	26	5 086	4 990	96

V.2 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Die Verurteilungen nach dem BtMG stiegen von 1475 Verurteilungen im Jahr 2002 auf 1623 Verurteilungen im Jahr 2007.

In diesem Zeitraum sank die Zahl der Verurteilungen nach Jugendstrafrecht wegen Verstößen gegen das BtMG von 529 auf 294 Fälle, also um 44,4 %. Dieser zahlenmäßige Rückgang ist insofern zu relativieren, als im gleichen Zeitraum die Zahl der Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 18 Jahren in Sachsen um 31,3 % abgenommen hat.

Bei den Verurteilungen nach allgemeinem Erwachsenenstrafrecht wegen verschiedener Drogendelikte stieg die Zahl von 946 auf 1.329 Fälle im Jahr 2007 an, wuchs also um 40,5 %. Dieser Zuwachs ist vor allem dem Konsum der neuen illegalen Szenedroge Methamphetamin (Meth) geschuldet⁵¹.

Differenzierte Angaben können der Tabelle V.2 entnommen werden.

Tab. V.2: Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Verurteilungen nach dem BTMG			
	Insgesamt	nach allgemeinem Strafrecht (Erwachsenenstrafrecht)	nach Jugendstrafrecht
2002	1475	946	529
2003	1625	1102	523
2004	1681	1173	508
2005	1781	1327	454
2006	1606	1268	338
2007	1623	1329	294

V.3 Therapie statt Strafe: § 35 BtMG

Gemäß § 35 Abs. 1 S. 1 BtMG kann die Vollstreckung einer Strafe oder eines Strafrestes zurückgestellt werden, wenn sich der Verurteilte wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Nach Satz 2 gilt als Behandlung auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder ei-

ner erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Die Therapie kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen.

Durch Verkürzung der Haftzeit nach Beginn einer Suchttherapie wurden im Jahr 2007 insgesamt 40.385 Hafttage eingespart. Im Ergebnis wurden in jeder JVA durchschnittlich 351 Hafttage eingespart. Differenzierte Angaben können der Tabelle V.3 entnommen werden.

⁵¹ LKA PKS 2007, Anlage 1, Tabelle 99

Tab. V.3: Haftverkürzung durch Therapie

JVA	Inhaftierte in Therapie	Verkürzung in Tagen
Chemnitz-Frauen	13	5 142
Chemnitz-Männer	6	1 107
Chemnitz-Kaßberg	0	0
Torgau	11	3 476
Dresden	25	8 731
Waldheim	2	940
Bautzen	18	7 040
Leipzig	18	6 319
Zeithain	12	4 852
Zwickau	10	2 778
Gesamt	115	40 385

Quelle: SLS

V.4 Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Die „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ gemäß § 64 StGB gehört zu den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ des Strafrechts (vgl. § 61 ff. StGB). Das Gericht ordnet eine solche Unterbringung an, wenn jemand eine rechtswidrige Tat im Rausch begangen hat, wobei dieser Rausch auf einen Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, zurückzuführen ist. Darüber hinaus muss die Gefahr bestehen, dass diese Person in Zukunft infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Mit der Reform des Unterbringungsrechts im Juli 2007⁵² ist die Anordnung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an die Voraussetzung geknüpft, dass eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, dass die Person durch die Behandlung geheilt werden kann oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in die Sucht bewahrt und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abgehalten werden kann. Mit der Unterbringung werden zwei Ziele verfolgt: zum einen suchtmittelabhängige Rechtsbrecher zu therapieren („Besserung“), zum anderen die Öffentlichkeit vor ihnen zu schützen („Sicherung“).

Tabelle V.4 liefert einen Überblick über die Anlassstraftatbestände, d. h. die Straftaten, wegen derer die Unterbringung veranlasst wurde, beispielhaft für

die am 31. 12. 2006 in den sächsischen Einrichtungen untergebrachten Patienten.

Für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist eine Dauer von höchstens zwei Jahren festgelegt (§ 67d Abs. 1 StGB). Eine längere Unterbringungsdauer ist dann möglich, wenn die begleitend angeordnete Freiheitsstrafe deutlich länger ist als diese gesetzlich vorgeschriebene Höchstfrist. Mit der Reform des Unterbringungsrechts 2007 soll in diesen Fällen das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Freiheitsstrafe ist so zu bemessen, dass nach der Unterbringung eine Aussetzung zur Bewährung gemäß § 67 Abs. 5 StGB möglich ist. Mit dieser Regelung soll die unnötige Blockierung von Therapieplätzen vermieden werden.

Darüber hinaus ist die Dauer der Unterbringung in der Entziehungsanstalt abhängig vom zu erwartenden Therapieerfolg, d. h., bei Aussichtslosigkeit einer Therapie wird die Maßregel beendet (§ 67d Abs. 5 StGB). Meist kehren die Patienten nach einer solchen Entscheidung in die Haftanstalt zurück.

⁵² „Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“ vom 16. Juli 2007

Tab. V.4: Anzahl der gem. § 64 StGB in Sachsen untergebrachten Patienten nach Unterbringungsdelikt (Einteilung entsprechend der Abschnitte des StGB) sowie Geschlecht (Stichtag 31. 12. 2006)

Unterbringungsdelikte bzw. Anlassstraftat(en)	Anzahl der Patienten	
	männlich	weiblich
Straftaten gegen das Leben (außer Sexualdelikte)	15	-
Brandstiftungsdelikte	1	-
Sexualdelikte	10	-
· zum Nachteil von Kindern	3	-
· zum Nachteil von Erwachsenen	7	-
Körperverletzung	52	1
Raub und Erpressung	37	1
Straftaten gegen die persönliche Freiheit	-	-
Eigentumsdelikte (Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, Hehlerei etc.)	16	1
Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	10	2
sonstiges Delikt	7	-
Gesamt	148	5

Nach 1990 war der Maßregelvollzug im Freistaat Sachsen völlig neu aufzubauen. Dabei wurde einer dezentralen und regionalisierten Gliederung der Vorzug gegeben. Für den Maßregelvollzug nach § 64 StGB gibt es zwei Einrichtungen: im Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig sowie im Sächsischen Krankenhaus Großschweidnitz, denen jeweils be-

stimmte Landgerichtsbezirke zugeordnet sind, aus denen sie Patienten aufnehmen. Dafür stehen zurzeit insgesamt 166 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Die Entwicklung der Anzahl der Untergebrachten seit 1999 ist in Tabelle V.5 dargestellt.

Tab. V.5: Zahl der Untergebrachten in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB, 1999 - 2007

Patienten am 31. März ...	Freistaat Sachsen	alte Bundesländer gesamt *
1999	83	1 657
2000	92	1 774
2001	120	1 922
2002	128	2 088
2003	129	2 281
2004	146	2 412
2005	153	2 473
2006	153	2 619
2007	144	2 603

Quelle: Statistisches Bundesamt, Maßregelvollzugsstatistik, 2007
* (nur Angaben für die alten Bundesländer in Summe vorhanden)

Die Zunahme der gerichtlichen Anordnungen von Maßregeln nach § 64 StGB entspricht zum einen dem bundesweiten Trend und ist zum anderen eine Folge der in den neuen Bundesländern nach 1990 angestiegenen Drogenkriminalität (vgl. Abb. V.1). Vor allem die Zahl junger drogenabhängiger Patienten im Maßregelvollzug hat in dieser Zeit deutlich zugenommen.

Die **Behandlung** erfolgt durch multiprofessionelle Teams, die aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Pädagogen und Pflegepersonal bestehen. Aufgrund der spezifischen Anforderungen ist das Personal im Hinblick auf die Tätigkeit im Maßregelvollzug besonders geschult.

Ziel der Behandlung ist neben der Entwöhnung die Förderung der Resozialisierung der straffällig gewordenen Suchtkranken. Oft ist bei diesen Patienten die Suchtproblematik mit vielschichtigen Problemfeldern verbunden, vor allem Persönlichkeitsstörungen, die entsprechend diagnostisch und therapeutisch zu berücksichtigen sind.

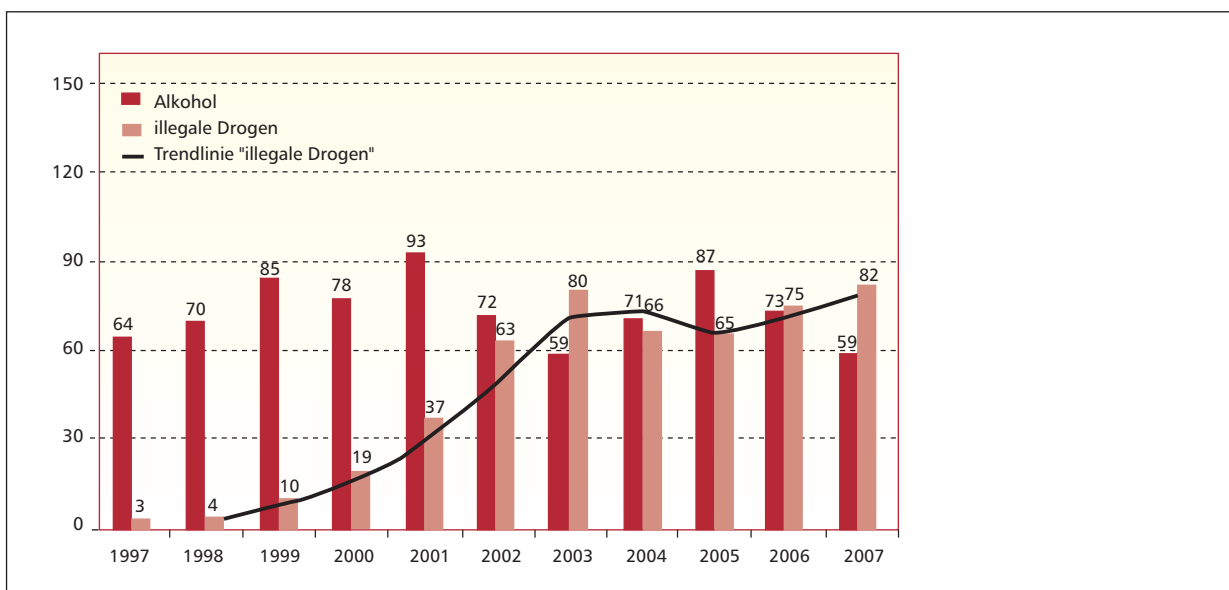
Der eigentlichen therapeutischen Arbeit gehen eine Aufnahmediagnostik und Motivationsbehandlung zur Abklärung und Förderung der Abstinenzmotivation voraus. Darauf aufbauend wird für jeden Patienten ein individueller Behandlungsplan erstellt.

Hauptinhalt der Behandlung ist das psychotherapeutische Aufarbeiten des süchtigen und delinquenten Verhaltens. Als Therapiemaßnahmen kommen Einzelgespräche, Gruppentherapien, Entspannungstraining, Suchtinformativgruppen, Gruppentraining sozialer Kompetenz/Stressmanagement, Ergotherapie, Sporttherapie sowie im weiteren Verlauf arbeitstherapeutische Angebote zur Anwendung. Darüber hinaus bestehen Möglichkeiten zur Schul- und Berufsausbildung. In Abhängigkeit vom Therapiefortschritt werden zur Belastungserprobung und Prüfung der Stabilität der Suchtmittelabstinenz gemäß eines sogenannten Stufenplanes Vollzugslockerungen⁵³ gewährt.

Zur Vorbereitung der Wiedereingliederung werden den Patienten im weiteren Therapieverlauf auf weniger gesicherten Behandlungsstationen vermehrt Trainingskurse zur Erweiterung bereits erworbener sozialer Kompetenzen und alltagspraktische Kurse (Kochtraining, Lerneinheiten zur gesunden Ernährung und Körperhygiene, Förderung einer selbstständigen aktiven Freizeitgestaltung) angeboten.

⁵³ Eine Vollzugslockerung ist gemäß § 38 Abs. 3 SächsPsychKG jeder Aufenthalt des Patienten außerhalb des Geländes der Maßregelvollzugseinrichtung ohne Beaufsichtigung durch einen Bediensteten der Einrichtung oder des Polizeivollzugsdienstes (z. B. Ausgang, Urlaub).

Abb. V.1: Unterbringungen gemäß § 64 StGB nach Suchtmittelgruppen (Stichtag 31. 12.)



Bei positivem Verlauf und ausreichender Stabilisierung wechseln die Patienten danach in die Rehabilitationsphase. In dieser werden die neu erlernten Handlungsstrategien und das Abstinenzverhalten im Außenfeld stabilisiert und der eigentliche Resozialisierungsprozess eingeleitet. Eingeschlossen ist die Unterstützung bei der Arbeits- und Wohnungssuche. Bei Bedarf werden weitere patientenspezifische therapeutische Interventionsmaßnahmen eingeleitet. Den Abschluss der Therapie bildet in der Regel eine Langzeitbeurlaubung in die Häuslichkeit des Patienten mit fest vereinbarten Vorstellungsterminen in der forensischen Klinik.

Im Jahre 2006 wurde an der Klinik für Forensische Psychiatrie des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig modellhaft eine Forensisch-psychiatrische Institutsambulanz etabliert. Sie wird bei der Entlassungsbegleitung und der forensischen Nachsorge

sowohl mit Formen der Kontrolle als auch der psychotherapeutischen Nachbetreuung und sozialarbeiterischer Unterstützung tätig. Darüber hinaus wirkt sie als koordinierendes Zentrum des Nachsorgenetzwerkes aus Klinik, ambulanter Suchthilfe und Bewährungshilfe/Führungsaufsicht in der Region Leipzig. Im Jahr 2007 wurden auf diese Weise 46 Patienten nachsorgend betreut.

Die Ergebnisse der Tätigkeit der Forensisch-psychiatrischen Institutsambulanz in Leipzig haben bestätigt, dass dieser Baustein der forensischen Nachsorge entscheidend dazu beiträgt, Behandlungserfolge zu sichern und den Rückfall in Suchtmittelkonsum und Kriminalität zu vermeiden bzw. deutlich herauszuzögern. Dementsprechend ist geplant, in den nächsten Jahren gleichartige forensisch-psychiatrische Fachambulanzen an den anderen forensischen Kliniken aufzubauen.

VI. Suchtforschung

Fragen der Entstehung von Substanzstörungen sowie nicht-stoffgebundener Störungen einschließlich adäquater Hilfen sind Bestandteile der studentischen Lehre an den sächsischen Universitäten und Hochschulen sowie an den Berufsakademien in den relevanten Ausbildungsgängen⁵⁴. Wenn auch in unterschiedlicher Intensität spiegelt dies sich sowohl in den angebotenen Lehrveranstaltungen als auch in den Graduierungsarbeiten wider.

Aktivitäten zur Suchtforschung finden an allen sächsischen Universitäten sowie an den Hochschulen entsprechend der jeweiligen inhaltlichen Ausrichtungen vor allem in den Fachrichtungen Psychologie und Sozialwesen/Sozialpädagogik statt. Eine sachsen- und bundesweit besondere Position nimmt jedoch die TUD ein, da sie neben Mannheim und Essen der einzige Standort in Deutschland ist, bei dem die Thematik „Sucht“ über eine Professur für Suchtforschung in der Universität strukturell verankert ist.

VI.1 Kompetenzzentrum Sucht an der Technischen Universität Dresden

Seit dem Jahr 2000 hat sich an der TUD innerhalb des Fachbereichs Psychologie im Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen die Suchtforschung als ein national und international führendes umfassendes Kompetenzzentrum für Suchterkrankungen etabliert.

Das „Kompetenzzentrum Sucht an der TUD“ wurde im Jahre 2000 auf der Grundlage des Förderprogramms „Suchtforschung“ des BMBF sowie der Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsberichterstattung auf dem Gebiet psychischer und Suchtstörungen“ des Robert-Koch-Instituts initiiert.

Das Förderprogramm wurde seit 2000 schrittweise forschungsstrategisch und strukturell ausgeweitet: 2004 mit der Stiftungsprofessur, Professur für Essstörungen (Prof. Dr. Corinna Jacobi), 2005 mit der Stiftungsprofessur, Professur für Suchtforschung (Prof. Dr. Gerhard Bühringer) und 2006 mit der Ernennung von Prof. Dr. Jürgen Rehm zum Leiter der Epidemiological Research Unit.

Im Folgenden sollen einige Bereiche auszugsweise vorgestellt werden.

⁵⁴ Vgl. Landtagsdrucksache 4/4647 vom Mai 2006

VI.2 Lehre

VI.2.1 Studentische Lehre im Diplom-Studiengang Psychologie und angrenzenden Fachbereichen

Seit 2002 werden in zunehmendem Maße Vorlesungen und Seminare sowie Qualifikationsarbeiten zur Thematik Sucht sowie zum Thema Essstörungen zusätzlich zu den Veranstaltungen in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Intervention angeboten. Seit Kurzem ist dieses Vorlesungsangebot teilweise auch für das Lehramt geöffnet und wird für Studenten der Sozialpädagogik erweitert. Angebote für die Medizinausbildung werden derzeit diskutiert.

VI.2.2 Qualifikationsarbeiten

In den Jahren 2004 bis 2007 wurden zum Thema Substanzstörungen 21 Diplomarbeiten am Institut sowie acht weitere in Kooperation mit anderen Universitäten abgeschlossen. Im gleichen Zeitraum wurden in der Suchtforschung fünf Dissertationen und eine Habilitation beendet, weitere stehen derzeit vor dem Abschluss.

VI.2.3 European Graduate School in Addiction Research

Ziel der Pilotstudie ist die Erprobung und Evaluation eines neu entwickelten Curriculums zur Ausbildung von Doktoranden im Bereich der Suchtforschung. Der europaweit ausgeschriebene Lehrgang für Doktoranden erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren. Die Volkswagen-Stiftung bewilligte für die Pilotstudie eine dreijährige Förderung.

VI.3 Forschung

VI.3.1 Professur für Suchtforschung

Die Suchtforschung der vergangenen Jahre hat zahlreiche wichtige Erkenntnisse aus der grundlagen- und anwendungsorientierten Forschung erbracht, die langfristig für die Verbesserung der Prävention und Therapie von Substanzstörungen genutzt werden können. Dennoch fehlen Erkenntnisse in vielen Bereichen, die für die weitere Verbesserung der Prävention und Therapie notwendig sind. Es geht vor allem um weitgehend unbekanntes bei Entwicklung, Verlauf und Reduzierung/Behandlung solcher Störungen im Lebensverlauf. Es ist z. B. wenig untersucht, warum ein Teil der jugendlichen Erstkonsumenten von Alkohol, Cannabis oder Tabak nach einiger Zeit ohne Behandlung den Konsum einstellt bzw. einen unproblematischen Alkoholkonsum entwickelt und warum ein anderer Teil über regelmäßigen und intensiven Konsum massive Störungen aufweist.

VI.3.2 3-Tesla-Magnetresonanztomographie-Neuroimaging-Center

Mit dem 3T-MRT-System verfügt die TUD über eines der fortschrittlichsten Systeme auf dem Gebiet des Neuroimaging (funktionelle Bildgebung von Gehirnfunktionen), das vorrangig der Suchtforschung dient. Exemplarisch für die Suchtforschung im Neuroimaging-Bereich ist die Fragestellung, wie sich die kognitiven Kontrollmechanismen des Gehirns durch Drogenkonsum verändern oder ob bereits während der Entwicklung des Gehirns Unterschiede in den Kontrollsystemen auftreten, welche die spätere Anfälligkeit für die Entwicklung einer Sucht erhöhen. Langfristiges Ziel der Studien ist, aus den Erkenntnissen über die Entstehung von Abhängigkeit neue Ansätze für die Prävention und Therapien entwickeln zu können.

VI.3.3 Beispielhafte Vorstellung von Einzelprojekten

CANDIS – gezielte Therapie für Cannabisstörungen

Von 2004 bis 2007 wurde auf der Grundlage langjähriger epidemiologischer Vorarbeiten über die spezifischen Interventionsbedürfnisse von Personen mit Cannabisstörungen das Behandlungsprogramm CANDIS mit Förderung des BMBF entwickelt und evaluiert. Die Therapie richtet sich insbesondere an Patienten mit cannabisbedingten Störungen jenseits des 16. Lebensjahres. Die Studienergebnisse belegen u. a. eine hohe Akzeptanz (Haltequote von 86 %) und eine hohe stabile, vollständige Abstinenzquote (49 %). Signifikante Verbesserungen zeigten sich nach Therapieende ebenfalls hinsichtlich der Schwere der Abhängigkeit und der sozialen Integration.

Entwicklung und Evaluation eines internetgestützten Nachsorgeprogramms für Patientinnen mit Essstörungen

Essstörungen zeichnen sich im langfristigen Verlauf durch relativ hohe Rückfallraten aus. Auch im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene stationäre Behandlung erlebt ein großer Teil der Pati-

entinnen wieder Rückschläge in problematische Verhaltensweisen. Erschwert wird die Stabilisierung von Behandlungseffekten häufig durch mangelnde Verfügbarkeit qualifizierter weiterführender Unterstützung im Anschluss an eine Behandlung. Ziel dieser Untersuchung ist daher die Entwicklung und Evaluation eines internetgestützten Nachsorge-Moduls für Patientinnen mit teilweise oder vollständig remittierten Essstörungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung.

Entwicklung einer abgestimmten Alkoholpolitik in Europa

Ziel des Projektes ist die Unterstützung der Europäischen Kommission im Bereich Alkoholprävention, um die jährlichen sozialen Kosten durch Alkohol zu reduzieren. Es wird die Netzwerkbildung zwischen einer Reihe verschiedener Organisationen (z. B. Forschung, Public Health, Jugend, psychische Gesundheit) unterstützt, länderbezogene Erfahrungen dokumentiert, eine wirtschaftliche und gesundheitsbezogene Bewertung dieser politischen Maßnahmen vorgenommen sowie Kompetenzen auf länder-, regionaler sowie kommunaler Ebene aufgebaut, um eine effektive Programm- und Politikumsetzung zu gewährleisten.

VI.4 Präventive und therapeutische Angebote für die Bevölkerung

VI.4.1 Raucherambulanz

Die Rauchstopp-Ambulanz ist ein gemeinsames Projekt der TUD mit der SLS e. V. Das Kurskonzept beruht auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Tabakforschung und Therapie. Es entspricht den Leitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Da wissenschaftlich belegt ist, dass sich die Erfolgsrate bei langjährigen und abhängigen Rauchern durch eine Kombination von verhaltenstherapeutischen Strategien mit medikamentösen Verfahren zur Behandlung der Entzugserscheinungen steigern lässt, werden in dem Programm bei Bedarf die entsprechenden medikamentösen Therapieoptionen berücksichtigt.

VI.4.2 Cannabisambulanz

Die Cannabisambulanz ist eine spezialisierte Modellambulanz in der Regelversorgung mit einem individuellen Behandlungsprogramm für Personen ab 16 Jahre, die ihren Konsum überdenken, einschränken oder beenden möchten. Die Therapiebausteine sind an der TUD durch das CANDIS-Projekt erprobt worden und haben sich als sehr erfolgreich erwiesen. Neben dem Cannabiskonsum werden in der Therapie auch andere Probleme berücksichtigt, die mögliche Hindernisse bei der Einschränkung des Konsums darstellen können. Dazu gehören Bereiche wie Alltag, Beruf und soziales Umfeld.

VI.4.3 Glücksspiel-Ambulanz (im Aufbau)

Im Rahmen der Forschungsarbeiten zur Ätiologie und zum Verlauf Pathologischen Glücksspielens soll eine Spezialambulanz für pathologische Glücksspieler in Zusammenarbeit mit der SLS e. V. sowie der Suchtberatungsstelle der GESOP in Dresden eingerichtet werden.

Überlegungen für künftiges Handeln

Suchterkrankungen und übermäßiger Konsum von legalen und illegalen Drogen stellen aufgrund ihres epidemiologischen Ausmaßes inzwischen ein Problem dar, das weit über eine nur gesundheitspolitische Thematisierung hinausgehen muss. Die gesamtgesellschaftliche Dimension wird bereits bei der Betrachtung des epidemiologischen Ausmaßes alkoholbezogener Erkrankungen deutlich, von denen 10 % der Sachsen bedroht oder betroffen sind.

So vielfältig wie sich das Krankheitsbild „Sucht“ darstellt, so unterschiedlich ist die Situation jedes einzelnen Suchtkranken. Suchtmittelabhängigkeit ist in Entstehung und Verlauf ein jahrelanger Prozess. Wann der Suchtkranke den Zugang in das Hilfesystem findet, hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab und unterliegt nicht selten einer Zufälligkeit. Die Entwicklung und Überwindung einer Abhängigkeitserkrankung ist maßgeblich von Einflussfaktoren innerhalb eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges beeinflusst. Die Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen von Sucht und die mit diesem Krankheitsbild verbundenen komplexen Problemlagen erfordern differenzierte und vernetzte Hilfeangebote.

Der vorliegende Bericht verdeutlicht, dass in den zurückliegenden Jahren in Sachsen ein Suchthilfenetz entstanden ist, das von Präventionsangeboten über Beratungsangebote, Maßnahmen zur sofortigen Vermittlung in geeignete Hilfen, substitionsgestützter Behandlung, qualifizierter Entzugsbehandlung bis zur ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung einschließlich der ergänzenden Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Reintegration reicht.

Gleichzeitig verdeutlichen die vorliegenden Daten Folgendes:

Trotz zurückgegangener Bevölkerungszahlen in Sachsen insgesamt ist die Zahl der im Hilfesystem Ratsuchenden nicht gesunken.

Gleichzeitig ist anhand der Klientenzahlen in den Suchthilfeeinrichtungen im Vergleich zu den epide-

miologischen Daten der abhängig oder missbräuchlich Konsumierenden eine hohe Zahl von Personen zu konstatieren, die den Weg ins Hilfesystem nicht oder zu einem späten Zeitpunkt und dem damit einhergehenden verschlechterten Gesundheitszustand finden.

In der Folge ergibt sich daraus zum einen eine Herausforderung für das Hilfesystem, zum anderen aber auch eine Herausforderung für das Gemeinwesen insgesamt, welches vor der Frage steht, inwiefern es in der Lage und bereit ist, das Hilfesystem zu sichern sowie um zielgruppenspezifische Angebote zu erweitern und die Lebensbedingungen so zu beeinflussen, dass Menschen vor dem Abgleiten in eine Suchterkrankung bewahrt werden können.

Der vorliegende Bericht hat sich in seiner Darstellung auf einige Bereiche der Suchthilfe konzentriert. Aus dieser Analyse heraus wurden verschiedene Überlegungen entwickelt, die im Rahmen der Erstellung und Diskussion des Suchthilfeplanes mit Berücksichtigung finden sollten:

- Sicherung des Netzes an Angeboten der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe und Erweiterung um zielgruppenspezifische Angebote wie z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien.

■ Präventionsbegriff

Die Darstellungen der suchtpreventiven Maßnahmen und Programme sowohl im *Ersten Sächsischen Landesplan zur primären Suchtprävention* als auch in der Suchthilfe in Sachsen insgesamt orientieren sich an der Klassifikation Primär-, Sekundär- sowie Tertiärprävention⁵⁵. In der Fachöffentlichkeit findet für den Bereich der Suchtprävention bundesweit zu-

⁵⁵ Primärprävention bedeutet ein Handeln mit dem Ziel, Menschen zu befähigen, mit potenziellen Gefährdungen in angemessener Weise umzugehen. Sekundärprävention bedeutet ein gezieltes Handeln zur Verringerung, Eindämmung und Kontrolle von Gefährdungen, welche die Lebensbedingungen und Entwicklungschancen von Menschen konkret bedrohen. Maßnahmen richten sich an Risikogruppen. Tertiärprävention setzt bei von Suchtmittelmissbrauch Betroffenen an, um weiteren Schädigungen und insbesondere Rückfällen vorzubeugen.

nehmend die Klassifikation universelle, selektive und indizierte Prävention Anwendung⁵⁶. Alle drei Bereiche beziehen sich ausschließlich auf Interventionen, die vor der ausgebildeten Suchterkrankung ansetzen und frühestmöglich die Entwicklung protektiver Faktoren fördern, die nachweislich eine Suchterkrankung verhindern können. Eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Klassifikationen ist notwendig, um eine einheitliche Terminologie für den fachlichen Austausch innerhalb der Träger der Suchtprävention zu schaffen.

■ Strukturen der Suchtprävention

Der *Erste Sächsische Landesplan zur primären Suchtprävention* hat sich für die Einrichtung der Fachstellen für Suchtprävention auf der Ebene der Direktionsbezirke ausgesprochen. Diese Aufteilung von Verantwortung und Ressourcen führt dazu, dass ein aufeinander abgestimmtes strategisches Vorgehen auf Landesebene und in Kooperation mit der Bundesebene erheblich erschwert wird. Im Ergebnis ist Verbesserungsbedarf hinsichtlich einer landesweiten Koordinierung einschließlich fachlicher Initiierung, Umsetzung und Begleitung von suchtpräventiven Aktivitäten festzustellen. Die künftige Ausrichtung sollte sich an einer landesweiten Fachstelle und einer Stärkung der suchtpräventiven Akteure vor allem in den Landkreisen orientieren.

■ Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Mit der Einführung der systematischen Dokumentation mit Dot.sys in den Fachstellen für Suchtprävention sowie der SLfG wurde eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung in der Suchtprävention in Sachsen gelegt. Eine weitere Grundlage bilden die von der DHS veröffentlichten Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention, die u. a. Ziele und Settings von Suchtprävention benennen sowie Anforderungen an Fachkräfte in der Suchtprävention formulieren⁵⁷. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich ständig weiterentwickelt. Um auch zukünftig sicherzustellen, dass die Suchtprävention unter verantwortungsvollem und effizientem Ressourceneinsatz ihre Ziele erreicht, sind Anforderungen an die Qualität von Angeboten und Programmen zu präzisieren und verbindlich zu treffen.

■ Nachhaltigkeit

Angesichts häufig zeitlich befristeter Projektformen muss gefragt werden, mit welcher Nachhaltigkeit Suchtprävention tatsächlich erfolgt und über eine Sensibilisierung für die Problematik hinaus im Alltag der jeweiligen Einrichtung verortet ist. Um die Effizienz der suchtpräventiven Maßnahmen und Programme zu verbessern, ist es notwendig, sie regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu prüfen.

■ Verbesserung der Früherkennung und Frühintervention bei Suchtgefährdung

Suchterkrankungen können, wenn sie im frühen Stadium erkannt werden, oftmals durch eine rechtzeitige kurze Intervention vermieden werden. Hierzu ist eine gezielte Ansprache von Patienten mit einer Suchterkrankung im frühen Stadium in der niedergelassenen Praxis oder bei einem Krankenhausaufenthalt erforderlich. Es bedarf vor allem einer engen Kooperation des ärztlichen Versorgungssystems mit der Suchthilfe.

Die suchtpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sind in den Schulen, um Kompetenzen in der Früherkennung und -intervention bei den Lehrern zu ergänzen.

■ Verbesserung der Kooperationen

Für die Weiterentwicklung einer wirksamen Suchthilfe ist eine enge Vernetzung und gute Kooperation mit zahlreichen angrenzenden Bereichen von besonderer Bedeutung. Die Träger und Einrichtungen der Suchthilfe unternehmen seit Jahren Anstrengungen zur Entwicklung tragfähiger Kooperationsbeziehungen. Trotz der vielfältigen Bemühungen um eine gute Vernetzung ist es in vielen Fällen noch nicht ausreichend gelungen, überkommene Strukturen zu durchbrechen und Schnittstellen zu bereinigen.

Bei der auf bestimmte Zielgruppen gerichteten Vernetzung steht die Verbesserung der Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugend- und Familienhilfe und Schulen im Vordergrund. Hierzu ist

⁵⁶ Universelle Prävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung, die Bevölkerung eines Stadtteils oder alle Schüler einer Schulklasse und soll das Wissen über diejenigen Faktoren stärken, die geeignet sind, Suchtentwicklungen, aber auch anderen damit zusammenhängenden gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen vorzubeugen. Selektive Prävention richtet sich an Risikogruppen, d. h. an Personen, die anhand plausibler Gründe ein erhöhtes Risiko einer späteren Suchtentwicklung aufweisen. Indizierte Prävention zielt auf Personen mit erkanntem Risiko.

⁵⁷ Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hallmann, Holterhoff-Schulte, Merfert-Diete, 2007

es einerseits erforderlich, dass die Jugendhilfe den Konsum und Missbrauch von Suchtmitteln bei Jugendlichen aktiv thematisiert und problematisiert. Die betreffenden Jugendlichen müssen rechtzeitig in ergänzende suchtspezifische Hilfen vermittelt werden. Andererseits ist die Suchthilfe gefordert, stärker als bisher auf die Zielgruppe der suchtgefährdeten Jugendlichen zuzugehen.

■ Berücksichtigung von Mehrfachdiagnosen

Abhängigkeitskranke Menschen weisen oftmals weitere Diagnosen im psychiatrischen und somatischen Bereich auf. Dabei kann die Abhängigkeit infolge einer anderen Erkrankung entstanden sein. Andere Störungen können aber auch Folgeerkrankungen einer Abhängigkeit darstellen. Wirksame Behandlungen können nur integrativ sein, d. h. alle bestehenden Diagnosen müssen berücksichtigt werden. Dies sachgerecht zu gestalten, ist eine langfristige Aufgabe für die Suchthilfe ebenso wie für angrenzende medizinische Bereiche.

■ Qualitätssicherung in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Ein wichtiges Angebot der Suchthilfe für Opiatabhängige ist die Substitutionsbehandlung. Perspektivisch sollten in Sachsen mehr Ärzte gewonnen werden, die Behandlungen durchzuführen, um die z. T. überdurchschnittlich hohen Patientenzahlen pro Arzt zu reduzieren. Zur qualitätsgerechten Durchführung einer Substitutionsbehandlung gehört weiterhin die psychosoziale Begleitung. Die Finanzierung dieser Begleitung muss dauerhaft ge-

sichert werden. Diese obliegt derzeit dem Land und den Kommunen, da sie nicht in die Leistungspflicht der GKV fällt.

■ Förderung der beruflichen Reintegration

Die vorliegenden Daten zeigen deutlich, dass Abhängigkeitskranke in besonders ausgeprägtem Maß von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Mehr als die Hälfte der Klienten der SBB'n hat keine Beschäftigung. Der für die Suchtbewältigung mitentscheidende Prozess der sozialen und beruflichen Reintegration ist durch die angespannte Lage am Arbeitsmarkt deutlich erschwert. Die verfügbaren Reintegrationsangebote sind als nicht ausreichend einzuschätzen. Hier ist die Suchthilfe auf die Unterstützung anderer Hilfesysteme angewiesen. Die neuen Möglichkeiten der Suchtberatung nach SGB II sind in Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Arbeitsgemeinschaften weiter auszubauen.

■ Verbesserung der Datenlage

Es liegen differenzierte Angaben für die Klientinnen und Klienten der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen vor. Es fehlen jedoch Daten zur Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten in Sachsen, sodass auf Hochrechnungen z. B. aus den bundesweiten *Epidemiologischen Suchtsurveys* zurückgegriffen werden musste. Diese Hochrechnungen können jedoch regionale Besonderheiten nicht berücksichtigen. Perspektivisch sollten die bundesweiten Untersuchungen deshalb durch sächsische Erhebungen ergänzt werden. Das betrifft sowohl die Altersgruppe der unter 18-Jährigen als auch die Gruppe der Erwachsenen.

Anlagen

Anlage 1

Polizeiliche Drogenpräventionsveranstaltungen 2002 - 2007

	Veranst. gesamt	Teilnehmer Angehörige	Teilnehmer Kinder	Teilnehmer Jugendliche	Teilnehmer Erwachsene	Teilnehmer gesamt
2002	2 870	2 025	26 697	19 155	20 434	68 311
2003	2 497	1 909	23 282	15 106	18 780	59 077
2004	2 866	1 729	24 552	19 535	20 882	66 698
2005	2 541	2 058	20 828	15 501	14 133	52 520
2006	2 501	2 092	20 280	15 378	16 120	53 870
2007	2 642	1 822	20 143	18 371	13 756	54 092

Anlage 2

Art und Anteil der verschriebenen Medikamente zur Substitutionsbehandlung

Art und Anteil der verschriebenen Medikamente zur Substitutionsbehandlung (Zeitraum 01.01. bis 31.12.)	2003	2004	2005	2006	2007
Levomethadon	80,85 %	78,41 %	75,24 %	74,60 %	77,32 %
Buprenorphin	13,63 %	17,67 %	22,07 %	22,94 %	20,74 %
Methadon	5,34 %	3,8 %	2,61 %	2,37 %	1,86 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Anlage 3

Aufstellung der Substitutionsbehandlungen nach Landkreisen/kreisfreien Städten

Landkreis/ kreisfreie Stadt	2005			2006			2007			
	Anzahl der Patienten 01.10.	Anz. Ärzte (§ 5 Abs. 2 BtMG)	Anz. Ärzte (§ 5 Abs. 3 BtMG)	Anzahl der Patienten 01.10.	Anz. Ärzte (§ 5 Abs. 2 BtMG)	Anz. Ärzte (§ 5 Abs. 3 BtMG)	Anzahl der Patienten	Anzahl der Patienten 01.10.	Anz. Ärzte (§ 5 Abs. 2 BtMG)	Anz. Ärzte (§ 5 Abs. 3 BtMG)
RB Chemnitz	117	66	2	139	76	3	157	98	4	2
Chemnitz	82	44	1	95	54	2	107	71	2	1
Plauen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zwickau Stadt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annaberg	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
Chemnitzer Land	0	0	0	0	0	0	10	1	1	0
Freiberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vogtlandkreis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEK	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Mittweida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stollberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASZ	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Zwickauer Land	32	21	1	41	20	1	39	25	1	0
RB Dresden	47	30	1	70	36	3	127	81	4	0
Dresden	47	30	1	68	36	2	94	61	2	0
Görlitz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hoyerswerda	0	0	0	0	0	0	29	20	1	0
Bautzen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meißen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Löbau-Zittau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sächs. Schweiz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Weißeritzkreis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kamenz	0	0	0	2	0	1	4	0	1	0
RB Leipzig	1059	503	8	1100	619	8	1116	537	8	1
Leipzig	972	435	7	998	541	6	1020	461	6	1
Delitzsch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Döbeln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leipziger Land	87	68	1	98	77	1	89	76	1	0
Muldentalkreis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Torgau-Oschatz	0	0	0	4	1	1	7	0	1	0
insgesamt	1223	599	14	1309	731 [1]	14	1400	716	16	3

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., [1] Meldung KVS: 524 Patienten (30.09.2006)

Anlage 4

Übersicht über stationäre Plätze und tagesklinische Plätze in den Fachgebieten Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Krankenhaus-Nr.	Einrichtung	Betten und Tagesplätze (TP) laut Krankenhausplan 2009/2010			
		Erwachsenenpsychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie	
		Betten	TP	Betten	TP
Direktionsbezirk Chemnitz					
101	Klinikum Chemnitz	159	50		
104	HUMAINE Vogtland-Klinikum Plauen	90	16		
106	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	77	21	24	15
109	Erzgebirgsklinikum Annaberg	60	20		
110	HELIOS Klinikum Aue	70	20		
113	Sächsisches Krankenhaus Rodewisch	150	20	50	20
120	Kreis Krankenhaus Glauchau	70	30		
122	Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH			60	21
143	Klinikum Mittleres Erzgebirge Zschopau	72	15		
145	Asklepios Fachklinikum Wiesen	125	15		
316	Sächsisches Krankenhaus Hochweitzschen	115	45		
Direktionsbezirk Dresden					
201	Universitätsklinikum Dresden	80	25	30	20
202	Städt. Klinikum Dresden-Friedrichstadt	80	20		
203	Städt. Krankenhaus Dresden-Neustadt	78	20		
207	St. Marien-Krankenhaus Dresden	90	25		
209	Städt. Klinikum Görlitz	76	20		
217	Elblandkliniken Radebeul	72	25		
220	Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf	185	30	45	20
229	Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz	200	75	48	25 (10*)
235	Klinikum Pirna	75	20		
Direktionsbezirk Leipzig					
301	Universitätsklinikum Leipzig	65	25	38	10
302	Modellverbund Gemeindenähe Psych. Lpz.		60		
304	Park-Krankenhaus Leipzig-Südost	190	30	65	40
311	Soteria Klinik Leipzig	56			
322	Diakoniewerk Zschadraß	115	45		
328	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz	190	48		
330	Sächsisches Krankenhaus Hubertusburg	127	35		

Quelle: Krankenhausplan SMS 2009/2010 * im Aufbau

Anlage 5

Angaben der Kostenträger zu Entwöhnungsbehandlungen

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland:

		2003	2004	2005	2006	2007	Gesamt
Alkohol	männlich	1 242	1 571	1 313	1 223	1 262	6 611
	weiblich	150	194	190	174	186	894
	gesamt	1 392	1 765	1 503	1 397	1 448	7 505
Medikamente	männlich	2	3	3	2	2	12
	weiblich	5	3	2	2	1	13
	gesamt	7	6	5	4	3	25
Cannabis	männlich	95	154	136	146	127	658
	weiblich	12	23	28	40	24	127
	gesamt	107	177	164	186	151	785
Opioide	männlich	92	140	162	249	323	966
	weiblich	11	10	33	54	79	187
	gesamt	103	150	195	303	402	1 153
Stimulantien	männlich	6	11	14	11	20	62
	weiblich	1	3	2	1	4	11
	gesamt	7	14	16	12	24	73
Glücksspiel	männlich	10	4	12	9	6	41
	weiblich	0	1	1	0	0	2
	gesamt	10	5	13	9	6	43
sonstige	männlich	23	14	23	23	36	119
	weiblich	3	4	1	5	8	21
	gesamt	26	18	24	28	44	140
gesamt		1 652	2 135	1 920	1 939	2 078	9 724

Deutsche Rentenversicherung Bund:

		2003	2004	2005	2006	2007	Gesamt
Alkohol	männlich	221	284	306	370	364	1 545
	weiblich	200	236	249	286	271	1 242
	gesamt	421	520	555	656	635	2 787
Medikamente	männlich	3	1	1	0	1	6
	weiblich	7	7	7	6	4	31
	gesamt	10	8	8	6	5	37
Drogen	männlich	22	20	39	41	41	163
	weiblich	23	21	27	44	24	139
	gesamt	45	41	66	85	65	302
mehrfach	männlich	5	6	8	13	19	51
	weiblich	6	4	6	8	20	44
	gesamt	11	10	14	21	39	95
gesamt		487	579	643	768	744	3 221

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See:

		2003	2004	2005	2006	2007	Gesamt
Alkohol	männlich	179	187	272	307	252	1 197
	weiblich	12	15	19	22	27	95
	gesamt	191	202	291	329	279	1 292
Medikamente	männlich	5	9	6	7	6	33
	Weiblich	2	3	2	4	2	13
	gesamt	7	12	8	11	8	46
Cannabis	männlich	1	0	2	1	4	8
	weiblich	0	0	0	0	0	0
	gesamt	1	0	2	1	4	8
Opioide	männlich	0	0	0	2	0	2
	weiblich	0	0	0	0	0	0
	gesamt	0	0	0	2	0	2
Stimulantien	männlich	0	0	1	2	2	5
	weiblich	0	0	0	0	0	0
	gesamt	0	0	1	2	2	5
Glücksspiel	männlich	0	1	0	3	1	5
	weiblich	0	0	0	0	0	0
	gesamt	0	1	0	3	1	5
sonstige	männlich	0	2	6	4	4	16
	weiblich	0	0	0	0	4	4
	gesamt	0	2	6	4	8	20
gesamt		199	217	308	352	302	1 378

AOK Plus:

		2003	2004	2005	2006	2007	Gesamt
Alkohol	männlich	44	40	62	41	45	232
	weiblich	10	13	13	11	11	58
	gesamt	54	53	75	52	56	290
Opioide	männlich	2	5	5	8	4	24
	weiblich	8	4	5	3	2	22
	gesamt	10	9	10	11	6	46
sonstige	männlich	18	31	34	12	24	119
	weiblich	13	14	9	2	6	44
	gesamt	31	45	43	14	30	163
gesamt		95	107	128	77	92	499

Impressum

Herausgeber: Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: presse@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

Redaktion: Claudia Trefflich und Marka Ziesch

Satz & Layout: Initial Werbung & Verlag, Rossendorf

Druck: Druckfabrik Dresden GmbH

Titelbild: [Pippa West@fotolia.com](mailto:Pippa.West@fotolia.com)

Redaktionsschluss: Februar 2009

Auflage, 2009: 5.000

Bezug: Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30, 01127 Dresden
Telefon 0351 2103671, Fax 0351 2103681
E-Mail: Publikationen@sachsen.de
Die Broschüre kann auch online bestellt und heruntergeladen werden
unter www.publikationen.sachsen.de.

Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Verteilerhinweis: Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

