



2. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht



Vorwort

Eine umfassende Strategie der Drogen- und Suchtpolitik basiert auf Prävention, Beratung und Behandlung, Überlebenshilfe sowie Angebotsreduzierung und Repression. Dem folgend hat sich das Hilfesystem für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen im Freistaat Sachsen in den letzten Jahren entwickelt.

Der vorliegende 2. Sächsische Drogen- und Suchtbericht gibt einen Einblick in diese Aktivitäten. Neben statistischen Informationen werden das komplexe Hilfesystem sowie Maßnahmen der Repression und Aktivitäten zur Suchtforschung vorgestellt. Insofern ist er eine Fortschreibung des Ersten Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes. Darüber hinaus wird der Blick auch auf angrenzende Arbeitsfelder der Suchthilfe erweitert, indem Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen zur Jugendhilfe und zum Jobcenter dargestellt werden.

Suchthilfe muss das gesamte Spektrum von legalen und illegalen Drogen, substanzgebundenen und substanzungebundenen Störungen und Süchten berücksichtigen. Unverändert zählen Suchtprobleme im Zusammenhang mit Alkohol zu den häufigsten Suchterkrankungen. Nahezu 600.000 Personen in Sachsen weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf, 55% der Klientinnen und Klienten sind auf Grund einer Alkoholproblematik in einer sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstelle.

Gleichzeitig haben wir seit 2009 zunehmende Belastungen des Suchthilfesystems u. a. durch Konsumenten von Methamphetamin, insbesondere „Crystal“ sowie von Konsumenten, die Mischkonsum praktizieren und einen zunehmenden Hilfebedarf im Bereich der stoffungebundenen Störungen zu beachten.

Ableitend aus dieser Situationsbeschreibung und ergänzend zum Zweiten Sächsischen Landespsychiatrieplan mit seinen Orientierungen und Zielsetzungen werden in einem gesonderten Kapitel Weiterentwicklungsbedarfe und Handlungsempfehlungen aufgezeigt.

Ihre Umsetzung ist eine gemeinsame Aufgabe von politisch Verantwortlichen sowie den entsprechenden Akteuren und Trägern auf Landes- und kommunaler Ebene, staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen sowie den Vereinen und Verbänden.

Sucht ist ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild, das psychische und physische Störungen für den einzelnen Betroffenen bedeutet und gleichzeitig in seinen Begleiterscheinungen und Wirkungen sein gesamtes Umfeld beeinflusst. In der Konsequenz steht nicht nur das Suchthilfesystem vor der Aufgabe, Hilfe und Unterstützung zu leisten, sondern es bedarf einer engen Kooperation zu angrenzenden Lebens- und Hilfebereichen. Fachlich fundierte Informationen, finanzielle und personelle Ressourcen sowie eine Vernetzung verschiedener Professionen sind notwendige Voraussetzungen für eine wirksame Umsetzung frühzeitiger und geeigneter Hilfeangebote.

Der vorliegende Bericht dokumentiert die vielfältigen und komplexen Anforderungen an die Suchthilfe im Freistaat Sachsen. Er ist damit zugleich Zeugnis der kontinuierlichen und engagierten Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der Suchthilfe sowie der mit ihr kooperierenden Institutionen. Dafür möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Clauß', written in a cursive style.

Christine Clauß

Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	12
2. Daten zur Epidemiologie	14
2.1 Suchtmittelkonsum, Suchtmittelmissbrauch und stoffgebundene Abhängigkeiten	14
2.1.1 Tabakkonsum	14
2.1.2 Alkoholkonsum	16
2.1.3 Konsum illegaler Drogen unter Berücksichtigung sächsischer Besonderheiten	18
2.1.4 Konsum psychoaktiver Medikamente	20
2.2 Nicht-stoffgebundene Störungen	21
2.2.1 Pathologisches Glücksspiel	21
2.2.2 „Internetsucht“ und „Computerspielsucht“	22
2.2.3 Essstörungen	23
3. Suchtprävention im Freistaat Sachsen	25
3.1 Begriffliche Grundlagen	25
3.2 Grundprinzipien und Zielgruppen	26
3.3 Strukturen	27
3.3.1 Strukturen auf Landesebene	27
3.3.2 Strukturen auf überregionaler Ebene	28
3.3.3 Strukturen auf der Ebene der Gebietskörperschaften	29
3.4 Handlungsfelder	29
3.4.1 Handlungsfeld Familie	29
3.4.2 Handlungsfeld Kindertageseinrichtungen und -pflege	30
3.4.3 Handlungsfeld Schule	31
3.4.4 Handlungsfeld Kinder- und Jugendhilfe	33
3.4.5 Handlungsfeld Polizei	34
3.4.6 Handlungsfeld Betrieb	34
3.5 Angebote	35
3.5.1 Universelle Prävention	35
3.5.1.1 Handlungsfeld Kindertageseinrichtung	35
3.5.1.2 Handlungsfeld Schule	36
3.5.1.3 Handlungsfeld Betrieb	42
3.5.2 Selektive Prävention	42
3.5.3 Indizierte Prävention	44
3.6 Qualitätssicherung: Qualifizierung, Dokumentation und Evaluation	45
3.6.1 Qualifizierung	45
3.6.2 Information, Dokumentation und Evaluation	46
3.6.2.1 Information	46
3.6.2.2 Dokumentation	47
3.6.2.3 Evaluation	50
4. Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen im Freistaat Sachsen	51
4.1 Ambulante Angebote	51
4.1.1 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB)	51
4.1.1.1 Strukturelle Merkmale betreuter Klienten	52
4.1.1.2 Zugangswege	57
4.1.1.3 Besondere Angebote der SBB	58
4.1.2 Niedrigschwellige Angebote	58
4.1.3 Substitutionsbehandlung	60
4.1.4 Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten (JVA)	61
4.1.5 Angebote für spezifische Zielgruppen	62
4.2 Sucht-Selbsthilfe	65
4.3 Psychiatrische Krankenhausbehandlung Abhängigkeitskranker	66
4.4 Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	67

4.4.1	Stationäre Rehabilitation	68
4.4.2	Ambulante Rehabilitation	69
4.4.3	Kombitherapie	69
4.4.4	Nachsorge	69
4.5	Komplementäre Angebote	69
4.5.1	Wohnangebote	70
4.5.2	Angebote zur beruflichen (Re-)Integration suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen	71
5. Kooperation und Vernetzung zwischen der Suchthilfe und (ausgewählten) Partnern angrenzender Arbeitsfelder		73
5.1	Aspekte von Kooperation und Koordination	73
5.1.1	Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe: Ausgewählte Aspekte der Versorgung und Zusammenarbeit	73
5.1.2	Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter: Ausgewählte Aspekte der Zusammenarbeit	76
6. Polizeiliche Maßnahmen		79
6.1	Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln	79
6.2	Sicherstellungsmengen 2008 bis 2012	81
6.3	Tatverdächtigenstruktur	81
6.4	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)	81
6.5	Rauschgifttodesfälle	82
6.6	Bedeutung von Methamphetamin (Crystal) in der sächsischen BtM-Szene	83
7. Strafrechtliche Maßnahmen		84
7.1	Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel	84
7.2	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	85
7.3	Therapie statt Strafe: § 35 BtMG	85
7.4	Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	86
8. Suchtforschung		89
8.1	Forschung	89
8.2	Präventive und therapeutische Angebote für die Bevölkerung	89
9. Weiterentwicklungsbedarfe		91
Anlagen		97

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Anteil der Tabakkonsumenten an der Bevölkerung im Freistaat Sachsen (in %) nach Altersgruppen und Geschlecht für die Jahre 1999 und 2009	15
Tab. 2:	Anteil der Tabakkonsumenten an der Gesamtheit der befragten Personen im Freistaat Sachsen (in %) unterschieden nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Geschlecht (Kraus, Pabst & Piontek, 2010)	15
Tab. 3:	Anteil der Alkoholkonsumenten an der Gesamtheit der befragten Personen (in %)	16
Tab. 4:	30-Tages-Prävalenz des Risikokonsums und des Rauschtrinkens (in %) nach Geschlecht und sozialer Schicht	16
Tab. 5:	Anzahl von Jugendlichen in sächsischen Krankenhäusern auf Grund einer Alkoholintoxikation (2008 – 2011)	17
Tab. 6:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz des illegalen Drogenkonsums (in %) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für die 18- bis 64-Jährigen im Freistaat Sachsen	18
Tab. 7:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen gesamt und davon Cannabis und Amphetamine (in %)	18
Tab. 8:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (in %), insbesondere Cannabis, für Deutschland und den Freistaat Sachsen im Jahre 2009	19
Tab. 9:	Anteil der Konsumenten (12-Monats-Prävalenz) von Stimulanzien (in %) in Deutschland und im Freistaat Sachsen unterschieden nach Geschlecht und Alter	20
Tab. 10:	Bundesweite Prävalenzschätzung des problematischen Internetgebrauchs und der Internetabhängigkeit (in %) auf Basis der LCA für die Altersgruppen der 14- bis 64-Jährigen, 14- bis 24-Jährigen und 14- bis 16-Jährigen einschließlich der Hochrechnungen für den Freistaat Sachsen (absolute Zahlen, gerundet)	23
Tab. 11:	Anzahl der Mitarbeiter in den jeweiligen Fachstellen	28
Tab. 12:	Regionale Verteilung der Schulklassen, die im Schuljahr 2011/2012 am Programm Klasse2000 teilgenommen haben (alphabetische Reihenfolge)	37
Tab. 13:	Anzahl der teilnehmenden Schulen am Programm Eigenständig werden und regionale Verteilung im Schuljahr 2011/2012 (alphabetische Reihenfolge)	38
Tab. 14:	Anzahl der teilnehmenden Schulen am Programm Erwachsen werden und regionale Verteilung im Schuljahr 2011/2012 (alphabetische Reihenfolge)	39
Tab. 15:	Anzahl der Klassen im Freistaat Sachsen, die den Wettbewerb Be Smart – Don't Start in den Schuljahren 2007/08 bis 2011/12 begonnen und erfolgreich beendet haben	39
Tab. 16:	Schülermultiplikatorenprojekt PEERaten: Anzahl der Gruppen und Teilnehmer in den Jahren 2009 bis 2012	40
Tab. 17:	Anzahl betreuter Klienten in SBB (2008 – 2012)	52
Tab. 18:	Entwicklung des Hilfebedarfs bei „Pathologischem Spielen“ (F 63.0 – ICD 10)	55
Tab. 19:	Altersmittelwerte verschiedener Klientengruppen in der Gegenüberstellung Freistaat Sachsen und Deutschland (2011)	56
Tab. 20:	Anteile alleinstehender Klienten (2003, 2007 und 2011)	56
Tab. 21:	Anteile der Klienten mit im Haushalt lebenden Kindern unter 18 Jahren	56
Tab. 22:	Hauptdiagnose und Ausbildungssituation (2011)	57
Tab. 23:	Hauptdiagnose und Erwerbssituation (2011, Angaben in %)	57
Tab. 24:	Zugangswege der Klienten (Hauptdiagnose Alkohol) in eine Suchtberatungs- und -behandlungsstelle (SBB) – Auszüge (Angabe in %)	57
Tab. 25:	Entwicklung der Substitutionsbehandlung (2007 – 2012)	60
Tab. 26:	Anzahl der Substitutionen und der psychosozialen Betreuungen (2007 – 2011)	60
Tab. 27:	Externe Suchtberatung in JVA (2007 – 2012)	61
Tab. 28:	Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen (2008 – 2011)	67
Tab. 29:	Stationäre Entwöhnungsbehandlungen 2007 – 2011	68
Tab. 30:	Ambulante Rehabilitationsbehandlung – Vermittlung über SBB	69
Tab. 31:	Straftaten im Zusammenhang mit BtM 2008 bis 2011 (in absoluten Zahlen)	80
Tab. 32:	Sicherstellungsmengen 2008 – 2012	81

Tab. 33:	Tatverdächtigenstruktur nach Altersgruppen zwischen 2008 und 2012	81
Tab. 34:	EKhD unterschieden nach BtM zwischen 2008 und 2012	82
Tab. 35:	EKhD unterschieden nach Altersgruppen zwischen 2008 und 2012	82
Tab. 36:	Rauschgifttodesfälle 2008 bis 2012	82
Tab. 37:	Verurteilte Personen in Sachsen nach § 315c Abs. 1 Nummer 1 Buchst. a StGB ges., Gefährdung des Straßenverkehrs zwischen 2008 und 2011	84
Tab. 38:	Verurteilte Personen in Sachsen nach § 316 StGB ges., Trunkenheit im Verkehr zwischen 2008 und 2011	84
Tab. 39:	Verurteilte Personen in Sachsen nach § 229 StGB, fahrlässige Körperverletzung im Straßenverkehr in Trunkenheit zwischen 2008 und 2011	85
Tab. 40:	Verurteilte Personen in Sachsen nach § 222 StGB, fahrlässige Tötung im Straßenverkehr in Trunkenheit zwischen 2008 und 2011	85
Tab. 41:	Verurteilte Personen in Sachsen nach BtMG ges. zwischen 2008 und 2011	85
Tab. 42:	Anzahl der Zurückstellungen	86
Tab. 43:	Anzahl der gem. § 64 StGB in Sachsen untergebrachten Patienten nach Unterbringungsdelikt (Einteilung der Abschnitte des StGB) sowie Geschlecht (Stichtag 31.12.2011)	86
Tab. 44:	Zahl der Untergebrachten in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB (inkl. § 67h StGB), 2008 – 2011	87
Tab. 45:	Unterbringung gemäß § 64 StGB nach Suchtmittelgruppen (Stichtag 31.12.)	87
Tab. 46:	Behandlung von Patienten in der forensischpsychiatrischen Ambulanz (2008 – 2011)	88
Tab. 47:	Angebotskomponenten der niedrigschwelligen Angebote (Mehrfachnennungen möglich, N = 48)	98
Tab. 48:	Auflistung der Substitutionsbehandlungen nach Landkreisen/kreisfreien Städten	99
Tab. 49:	Betten und Tagesplätze in sächsischen Krankenhäusern (ab 2012)	100

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung des Rauchverhaltens bei 12- bis 17-Jährigen zwischen 2001 bis 2011 (BZgA, 2012)	16
Abb. 2:	30-Tages-Prävalenz des Alkoholkonsums, regelmäßigen Alkoholkonsums, Rauschtrinkens und regelmäßigen Rauschtrinkens der 12- bis 17-Jährigen zwischen 2008 und 2011	17
Abb. 3:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz sowie der regelmäßige Konsum von Cannabis für Deutschland bei 12- bis 17-Jährigen von 2007 bis 2011	19
Abb. 4:	30-Tages-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme im Jahre 2006 und 2009 unterschieden nach Art des Medikaments	21
Abb. 5:	Anzahl der Fortbildungen zum Programm FREUNDE und Anzahl der Teilnehmer in den Jahren 2008 bis 2012	36
Abb. 6:	Entwicklung der Teilnahme von Grundschulklassen insgesamt und 1. Klassen am Programm Klasse2000 in den Schuljahren 2008/2009 bis 2011/2012	36
Abb. 7:	Anzahl der durchgeführten Einheiten des Peer-Projekts Punktnüchternheit im Straßenverkehr in den Jahren 2008 bis 2012	43
Abb. 8:	Anzahl der Teilnehmer am Peer-Projekt Punktnüchternheit im Straßenverkehr in den Jahren 2008 bis 2012	43
Abb. 9:	Verteilung der Maßnahmen im Projekt HaLT	44
Abb. 10:	Altersverteilung der Jugendlichen im Projekt HaLT	45
Abb. 11:	Verteilung der Blutalkoholkonzentration bei den Jugendlichen (N = 92)	45
Abb. 12:	Dot.sys-Auswertung 2011 – Zielebene bzw. Zielgruppen (Basis n = 537)	47
Abb. 13:	Dot.sys-Auswertung 2011 – Maßnahmen, die sich an Endadressaten richten, Mehrfachnennung möglich (Basis n = 224)	48
Abb. 14:	Dot.sys-Auswertung 2011 – Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren richten, Mehrfachnennung möglich (Basis n = 249)	48
Abb. 15:	Dot.sys-Auswertung 2011 – Inhaltsebene: Thematisierte Substanzen in den Maßnahmen mit Substanzbezug, Mehrfachnennungen möglich (Basis n = 230)	49
Abb. 16:	Dot.sys-Auswertung 2011 – Inhaltsebene, Mehrfachnennung möglich (Basis n = 537)	49
Abb. 17:	Dot.sys-Auswertung 2011 – Umsetzungsebene/Angewandte Methoden (Basis n = 473)	50
Abb. 18:	SBB-FK-Kapazität im Freistaat Sachsen 2008 – 2012 (Vollzeit-FK-Stellen)	51
Abb. 19:	Ambulante Suchthilfe in den sächsischen Regionen – Einwohner pro FK (Stand 31.12.2012)	52
Abb. 20:	Betreuungsgrund der Klienten in den SBB (2012, N = 28.105)	53
Abb. 21:	Betreuungsgrund der Klienten in den SBB (2007, N = 28.757)	53
Abb. 22:	Anzahl der Klienten und Angehörigen im Bereich illegaler Drogen (2007 – 2012)	53
Abb. 23:	Hauptproblemsubstanzen (Bereich illegale Drogen) der Klienten in den SBB im Freistaat Sachsen (2011, N = 2.763)	54
Abb. 24:	Hauptproblemsubstanzen (Bereich illegale Drogen) der Klienten in den SBB in Deutschland (2011, N = 57.019)	54
Abb. 25:	Entwicklung der Klientenzahl (ausgewählte illegale Drogen) in den SBB im Freistaat Sachsen (2007 – 2012)	54
Abb. 26:	Altersstruktur der Klienten (mit eigener Hauptdiagnose) im Freistaat Sachsen (2001 und 2011)	55
Abb. 27:	Geschlechterverteilung ambulanter Klienten differenziert nach Suchtproblematik (2011)	56
Abb. 28:	Hauptdiagnose der Klienten der externen Suchtberatung 2011 (N = 2.215)	61
Abb. 29:	Klientenentwicklung der externen Suchtberatung in ausgewählten Problembereichen (2007-2012)	62
Abb. 30:	Differenzierte Gruppenangebote der sächsischen Sucht-Selbsthilfe für verschiedene Problembereiche (Mehrfachnennungen möglich; Stand 01/2012)	65
Abb. 31:	Entwicklung der Plätze für CMA in den Wohnformen nach § 53 SGB XII (jeweils zum 31.12.)	70

Abkürzungsverzeichnis

abW	ambulant betreutes Wohnen
ALG I	Arbeitslosengeld I
ALG II	Arbeitslosengeld II
AJS	Aktion Jugendschutz Sachsen e. V.
AOK Plus	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsagentur
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AWG	Außenwohngruppe
AWW	Advent-Wohlfahrtswerk e. V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministeriums für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CIUS	Compulsive Internet Use Scale
CMA	Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke
DB	Direktionsbezirk
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Version IV(amerikanische Klassifikation der psychischen Krankheiten)
DSM-V	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Version V, Erscheinungsjahr 2013 (amerikanische Klassifikation der psychischen Krankheiten)
EKhD	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
ESF	Europäischer Sozialfond
EW	Einwohner
FA	Fachausschuss
FK	Fachkraft/Fachkräfte
GdB	Grad der Behinderung
HaLT	„Hart am Limit“ – Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen
HBSC	Health Behavior of School-aged Children
IAP-TUD	Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden GmbH
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision der Weltgesundheitsorganisation
ISD	Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
JVA	Justizvollzugsanstalt
KFM	Kurzfragebogen zur Erfassung des Medikamentengebrauchs
KFN-CSAS-II	Computerspielabhängigkeitsskala des Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
Kita	Kindertageseinrichtung
KJPSY	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KMK	Kultusministerkonferenz
KSV Sachsen	Kommunaler Sozialverband Sachsen
KV Sachsen	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
LK	Landkreise
LKA	Landeskriminalamt
LPR	Landespräventionsrat

MMORPG	Massen-Mehrspieler-Online-Rollenspiele
MOVE	Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen
PAGE	Studie Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie
PD	Polizeidirektion
PINTA	Studie Prävalenz der Internetabhängigkeit
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
RL-PsySu	Richtlinien Psychiatrie und Suchthilfe
SächsKitaG	Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen
SächsPsychKG	Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten
SBB	Suchtberatungs- und -behandlungsstelle
SchulG	Schulgesetz
SDS	Severity Dependence Skala
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achstes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SLFG	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
SMI	Sächsisches Staatsministerium für Inneres
SMK	Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
SMUL	Sächsisches Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft
StGB	Strafgesetzbuch
TU	Technische Universität
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Seit dem Erscheinen des Ersten Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes im Jahr 2009 haben sich sowohl die Drogen- und Suchtpolitik als auch die verschiedenen Angebote des Suchthilfesystems im Freistaat Sachsen weiterentwickelt.

Abhängigkeitserkrankungen¹ gehören nach der internationalen Klassifikation von Krankheiten zu den psychischen Erkrankungen. Die im Jahr 2011 im Zweiten Sächsischen Landespsychiatrieplan formulierten Grundaussagen gelten deshalb auch für die Versorgung abhängigkeitskranker Personen. Auf Grund der Besonderheiten und des Umfangs von Abhängigkeitserkrankungen, wie epidemiologische Daten zeigen, ist dennoch eine gesonderte Berichterstattung sinnvoll und notwendig.

Abhängigkeitserkrankungen, d. h. z. B. Störungen durch den problematischen Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen aber auch durch Tabak oder psychoaktive Medikamentengruppen sind weit verbreitet und häufig mit erheblichen psychosozialen, sozialen und somatischen Folgen verbunden. Die negativen Folgen betreffen dabei nicht nur die suchtkranken Menschen selbst, sondern auch ihr unmittelbares und mittelbares soziales Umfeld.

Ein multifaktorielles Bedingungsgefüge dient zur Erklärung der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen, verschiedene Faktoren können in unterschiedlichem Maße wechselseitig wirksam werden. Die Entwicklung und Überwindung einer Sucht wird insbesondere von sozialen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. Die Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen von Suchterkrankungen und die oftmals komplexen Problemlagen erfordern differenzierte wie auch vernetzte Angebote innerhalb des Suchthilfesystems und angrenzender Hilfebereiche und stellen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

Das Konzept zur Sucht- und Drogenbekämpfung des Freistaates Sachsen steht auf den Säulen Prävention, Hilfen und Repression. Angesichts der gravierenden gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Suchtmittelkonsums gelten nach wie vor folgende Zielsetzungen:

- 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.

Das Hilfesystem für suchtgefährdete und abhängige Menschen ist in den letzten Jahren im Freistaat Sachsen weiterentwickelt und z.T. ausgebaut worden. Einerseits resultiert dieser Ausbau aus veränderten Problemlagen und Konsummustern; andererseits wurde er durch veränderte sozialrechtliche, finanzielle und versorgungspolitische Rahmenbedingungen gefördert. Dabei ging die Weiterentwicklung der Angebote mit einer Spezialisierung der Dienste und Einrichtungen, einer Diversifizierung der Akteure und einer Pluralisierung der Professionen einher. Die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention von Suchterkrankungen sollten als Querschnittsaufgabe verstärkt als Inhalt politischer Aktivitäten in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen wahrgenommen werden.

Die Erstellung des Zweiten Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes erfolgte im Auftrag des Sächsischen Landtages und beinhaltet die Epidemiologie der verschiedenen Suchtstörungen, die Darstellung der Anforderungen sowie der bestehenden Strukturen und Angebote in den

¹ Die WHO ersetzte den Begriff der Sucht 1994 durch den Begriff der Abhängigkeit zur Bezeichnung eines klar umschriebenen Krankheitsbildes.

Bereichen Prävention, Behandlung, Nachsorge und Integration einschließlich der Vernetzung mit den Hilfebereichen Jugendhilfe und Jobcenter, die Beschreibung der polizeilichen und strafrechtlichen Maßnahmen sowie Aktivitäten der Suchtforschung. Ableitend aus dieser Situationsbeschreibung und ergänzend zum Landespsychiatrieplan werden in einem gesonderten Kapitel Handlungsempfehlungen und Weiterentwicklungsbedarfe aufgezeigt.

Der Bericht der Staatsregierung wurde auf der Grundlage eines Entwurfs von FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH sowie eines Entwurfs der Professur für Suchtforschung an der TU Dresden für eine sächsische Suchthilfeplanung und unter fachlicher Expertise der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. erstellt. Soweit es die Datenlage ermöglichte, erstreckt sich der Berichtszeitraum aufbauend auf dem Ersten Sächsischen Drogen- und Suchtbericht bis einschließlich 2012. In einigen Bereichen lagen die Zahlen für 2012 jedoch noch nicht vor.

2. Daten zur Epidemiologie

2.1 Suchtmittelkonsum, Suchtmittelmissbrauch und stoffgebundene Abhängigkeiten²

Zur Darstellung der substanzbezogenen Drogen- und Suchtproblematik werden insbesondere der *Epidemiologische Suchtsurvey 2009*³ (Sachsen), die *Kurzberichte des Epidemiologischen Suchtsurvey 2009* (Deutschland) sowie die *Jahrbücher Sucht* der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. herangezogen und durch weitere Literatur ergänzt. Für die Zielgruppe der Jugendlichen wird v. a. auf die Studie *Jugend 2009 in Sachsen, die Drogenaffinitätsstudie* der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) und die *HBSC Faktenblätter* (2012) zurückgegriffen.

Für einige Altersgruppen und Substanzen liegen keine sachsenspezifischen Daten vor. Diese werden auf der Grundlage bundesweiter Daten und den nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselten sächsischen Bevölkerungszahlen (2011) hochgerechnet.

Ausgehend vom *Epidemiologischen Suchtsurvey 2009* lassen sich zusammengefasst folgende Schätzwerte festhalten: Im Freistaat Sachsen leben in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen schätzungsweise

- 765.000 Raucher⁴
- 580.000 Personen, die einen riskanten Alkoholkonsum⁵ aufweisen
- 510.000 Menschen, bei denen ein problematischer Alkoholkonsum⁶ vorliegt
- 114.000 Konsumenten illegaler Drogen (wovon die Mehrheit, 105.000 Personen, Cannabis konsumiert vs. 32.000 Konsumenten anderer illegaler Drogen⁷)
- 37.000 cannabisabhängige Personen und
- 85.000 Menschen, die eine problematische Medikamenteneinnahme aufweisen.

Eine detaillierte Darstellung der substanzgebundenen Suchtproblematik erfolgt in den anschließenden Unterkapiteln.

2.1.1 Tabakkonsum

Tabakkonsum ist einer der größten Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen und eine erhöhte Mortalität. **Rauchen verursacht nach Aussage der WHO etwa 71 % aller Lungenkrebsfälle und 42 % der chronischen Atemwegserkrankungen sowie nahezu jede zehnte Herz-Kreislauf-Krankheit.** Jährlich sterben bundesweit zwischen 100.000 und 120.000 Menschen infolge des Tabakkonsums (Mons, 2011⁸). Die dadurch bedingten volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf über 33,6 Mrd. Euro pro Jahr (Adams & Effertz, 2009⁹).

-
- 2 Unter stoffgebundener Abhängigkeit versteht man die Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz, wie z.B. Alkohol, die erheblich auf das Gehirn einwirkt.
 - 3 Der Epidemiologische Suchtsurvey ist eine Befragung der Bevölkerung zum Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen, die regelmäßig im Abstand von ca. vier Jahren stattfindet. Sachsen hat sich 2009 mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey beteiligt.
 - 4 Gender Hinweis: In dieser Publikation werden, aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des Platzmangels, nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.
 - 5 Männer: > 24 g, Frauen > 12 g Reinalkohol pro Tag.
 - 6 Gemäß den Kriterien des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), AUDIT > 8 Punkte.
 - 7 Zu beachten ist, dass darunter auch der multiple Konsum verschiedener illegaler Drogen fällt, so dass die absoluten Zahlen nicht zu addieren sind.
 - 8 Vgl. Mons, U. (2011). Tabakattribution Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Gesundheitswesen*, 73, 283 – 246.
 - 9 Vgl. Adams, M. & Effertz, T. (2009). *Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft in Deutschland*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

In Deutschland rauchen knapp 26 % der Bevölkerung. Insgesamt gibt es deutlich mehr männliche als weibliche Raucher (30,5 % vs. 21,2 % aller befragten Männer/Frauen).

Der Zusatzerhebung des im Jahre 2009 durchgeführten *Mikrozensus* (Puschmann, 2010¹⁰) zufolge gibt es im Freistaat Sachsen mit knapp 24 % etwas weniger Raucher. Schätzungen des *Epidemiologischen Suchtsurvey* für den Freistaat Sachsen ergeben, dass in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen von etwa 765.000 Rauchern ausgangen werden muss (Kraus, Pabst & Piontek, 2010¹¹).

Die geschlechtsspezifischen Prävalenzunterschiede sind im Vergleich zur bundesweiten Verteilung ausgeprägter. So gibt es fast doppelt so viele männliche wie weibliche Raucher. Hinsichtlich der altersspezifischen Verteilung der Tabakkonsumenten zeigt sich, dass in der befragten Altersgruppe v. a. Personen bis 55 Jahre Tabak konsumieren. Der Anteil der Raucher hat sich gegenüber 1999 nur geringfügig verändert. Auffallend sind jedoch die Steigerungen in der Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen sowie der Anteil von Raucherinnen. (siehe Tab. 1)

Alter von ... bis unter ... Jahren	1999			2009		
	Gesamt (in %)	Männer (in %)	Frauen (in %)	Gesamt (in %)	Männer (in %)	Frauen (in %)
15 – 25	31,4	38,0	24,3	34,4	38,0	30,4
25 – 35	38,5	47,3	29,2	38,5	46,2	29,6
35 – 45	35,0	41,4	28,1	34,3	40,4	27,5
45 – 55	25,8	36,9	15,1	31,5	38,4	24,8
55 – 65	16,0	24,2	8,1	18,7	26,1	12,0
65 – 75	10,4	17,7	5,2	8,1	12,9	3,9
75 und mehr	5,3	11,9	2,4	3,5	6,6	-
Gesamt	24,4	33,6	16,1	23,7	30,8	17,2

Tab. 1: Anteil der Tabakkonsumenten an der Bevölkerung im Freistaat Sachsen (in %) nach Altersgruppen und Geschlecht für die Jahre 1999 und 2009

Zwischen dem Konsum von Tabak und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht¹² besteht ein Zusammenhang. So nimmt der Anteil der Konsumenten mit zunehmendem Sozialstatus ab (Robert-Koch-Institut, 2009¹³). Angaben für Sachsen können der nachfolgenden Tab. 2 entnommen werden.

Soziale Schicht	Männer	Frauen
gering	46,5	33,1
mittel	37,0	20,9
hoch	24,2	15,8

Tab. 2: Anteil der Tabakkonsumenten an der Gesamtheit der befragten Personen im Freistaat Sachsen (in %) unterschieden nach sozialer Schichtzugehörigkeit¹⁴ und Geschlecht (Kraus, Pabst & Piontek, 2010)

10 Vgl. Puschmann, A. (2010). Rauchverhalten der Bevölkerung in Sachsen – Ergebnisse der Zusatzerhebung des Mikrozensus. *Statistik in Sachsen* 4/2010, 12 – 17.

11 Vgl. Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2010). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Sachsen*. München: Institut für Therapieforchung.

12 Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys wurde zur Operationalisierung der sozialen Schicht der Winkler-Scheuch-Index berechnet. Der Index wurde im Rahmen des nationalen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts entwickelt. Entsprechend der theoretischen Grundüberlegungen der klassischen Sozialstrukturanalyse wird angenommen, dass die Indikatoren Bildung, berufliche Stellung und Haushaltseinkommen die vertikale Schichtung der Gesellschaft erfassen. Vgl. Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2010). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Sachsen*. München: Institut für Therapieforchung.

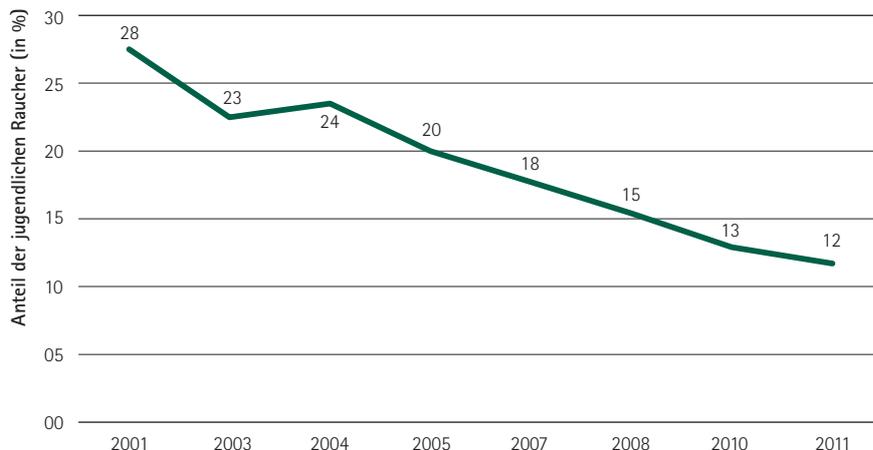
13 Vgl. Robert Koch-Institut (2009). Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen nach Sozialstatus. URL: <http://www.dhs.de/datenfakten/tabak.html> (Zugriff am 13.11.2012).

14 Siehe auch Fußnote 12.

Jugendlicher Tabakkonsum

Die *Drogenaffinitätsstudie* (BZgA, 2012¹⁵), die den Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Alter zwischen 12 und 17 Jahren in regelmäßigen Abständen erhebt, zeigt im zeitlichen Verlauf der letzten Jahre einen kontinuierlichen Rückgang der jugendlichen Tabakkonsumenten (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Entwicklung des Rauchverhaltens bei 12- bis 17-Jährigen zwischen 2001 bis 2011 (BZgA, 2012)



Dieser bundesweite Trend lässt sich für Sachsen nicht in gleicher Weise nachvollziehen. Nach der Studie *Jugend in Sachsen 2009* (Koch, 2009) gaben 23 % der sächsischen Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren an, Raucher zu sein. Gegenüber 2007 ist dieser Anteil unverändert geblieben.

2.1.2 Alkoholkonsum

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey weisen für die befragten 18- bis 64-Jährigen in Sachsen die folgenden Informationen zum Alkoholkonsum aus.

Tab. 3: Anteil der Alkoholkonsumenten an der Gesamtheit der befragten Personen (in %)

	Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
Lebenslang abstinente	1,7	1,6	1,8
Risikoarmer Konsum ¹⁶	58,4	55,9	61,0
Riskanter Konsum	21,9	28,3	15,1

Entsprechende Hochrechnungen ergeben für die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung in Sachsen, 580.000 Personen, die den Grenzwert des riskanten Konsums überschritten haben.

Zusammenhang von Alkoholkonsum und sozialer Schicht

Bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung belegen sachsenspezifische Daten, dass über alle sozialen Schichten hinweg ein hoher Anteil riskant trinkender Menschen besteht. Auffällig ist, dass Männer der mittleren Schicht und Frauen der oberen Schicht besonders häufig einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Ein mindestens einmaliges, alkoholbedingtes Rauscherlebnis war hingegen insbesondere in der niedrigen sozialen Schicht, unabhängig vom Geschlecht, erkennbar (Kraus, Pabst & Piontek, 2010).

Tab. 4: 30-Tages-Prävalenz des Risikokonsums und des Rauschtrinkens¹⁷ (in %) nach Geschlecht und sozialer Schicht

Ausmaß des Konsums		soziale Schicht		
		gering	mittel	hoch
Risikokonsum	Männer	33,5	37,7	27,0
	Frauen	23,5	15,9	23,8
Rauschtrinken	Männer	48,3	43,1	36,6
	Frauen	26,3	15,6	15,1

15 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

16 Risikoarmer Konsum: Männer < 24g, Frauen < 12g Reinalkohol pro Tag

17 Rauschtrinken: mindestens einmal \geq 5 Gläser Alkohol innerhalb der letzten 30 Tage

Jugendlicher Alkoholkonsum

Laut Repräsentativbefragung der BZgA zur *Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland* (2012) haben 42,0 % der 12- bis 17-Jährigen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert, 14,2 % von ihnen regelmäßig¹⁸. Mädchen und junge Frauen unterscheiden sich statistisch bedeutsam von Jungen und jungen Männern, wobei es deutlich mehr männliche als weibliche Konsumenten gibt. Hinsichtlich der Entwicklung des Trinkverhaltens ergeben sich bei den befragten 12- bis 17-Jährigen zwischen 2008 und 2011 Veränderungen (siehe Abb. 2).

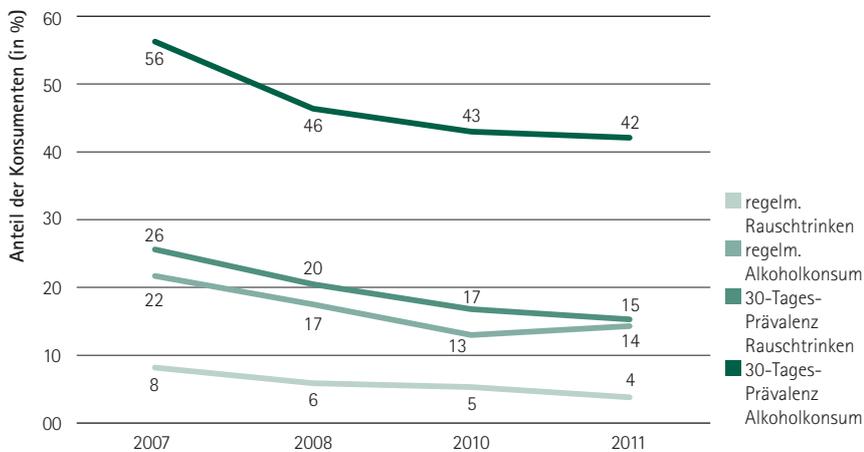


Abb. 2: 30-Tages-Prävalenz des Alkoholkonsums, regelmäßigen Alkoholkonsums, Rauschtrinkens und regelmäßigen Rauschtrinkens der 12- bis 17-Jährigen zwischen 2008 und 2011

Nach der Studie *Jugend in Sachsen* (Koch, 2009) tranken unter den 15- bis 17-Jährigen bereits 52 % Bier, 53 % Wein und 34 % hochprozentige Alkoholika. Problematischer Alkoholkonsum, definiert als „häufig“ bzw. „eigentlich immer“ mit einem Alkoholrausch infolge des Alkoholkonsums verbunden, wurde für 10 % aller Befragten konstatiert. Dieser Wert lag 2007 bei 12 %.

Die folgende Tab. 5 informiert über die Anzahl der Jugendlichen, die in sächsischen Krankenhäusern aufgrund einer Alkoholintoxikation aufgenommen wurden.

Jahr	Gesamt	Jungen	Mädchen	Zahl der Fälle je 100 000 EW der Altersgruppe
Alter 10 bis unter 15 Jahre				
2008	162	92	70	127
2009	138	68	70	103
2010	160	78	82	113
2011	152	80	72	102
Alter 15 bis unter 20 Jahre				
2008	891	604	287	462
2009	773	518	255	472
2010	671	457	214	485
2011	662	437	225	529

Tab. 5: Anzahl von Jugendlichen in sächsischen Krankenhäusern auf Grund einer Alkoholintoxikation (2008 – 2011)

Im Jahr 2011 wurden 814 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren in sächsischen Krankenhäusern wegen einer Alkoholintoxikation behandelt. Während bei der Altersgruppe der 10- bis unter 15-jährigen Kinder die Anzahl der Alkoholintoxikationen im Zeitverlauf schwankt ist unter den 15- bis 19-jährigen Jugendlichen – unter Berücksichtigung des Bevölkerungsrückgangs – ein stetiger Zuwachs dieser Behandlungszahlen zu verzeichnen.

¹⁸ Regelmäßig meint den mindestens einmal wöchentlichen Konsum von Alkohol.

2.1.3 Konsum illegaler Drogen unter Berücksichtigung sächsischer Besonderheiten

Auf Basis des *Epidemiologischen Suchtsurvey* (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010c¹⁹) lässt sich festhalten, dass mehr als jeder vierte Deutsche (26,7 %) zwischen 18 und 64 Jahren mindestens einmal in seinem Leben eine illegale Droge konsumiert hat. Hinsichtlich des aktuellen Konsums können für die letzten zwölf Monate 5,1 % und die letzten 30 Tage vor der Befragung 2,6 % Konsumenten beobachtet werden. Der Anteil männlicher Konsumenten überwiegt, ebenso wie der junger Erwachsener zwischen 18 und 29 Jahren. So ist dieser Konsum hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz bei den 18- bis 20-Jährigen mit 16,8 % Konsumenten am weitesten verbreitet. Im mittleren und höheren Erwachsenenalter nimmt der Konsum illegaler Drogen ab.

Für den Zeitraum zwischen 2006 und 2009 können nach der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2012) keine wesentlichen Veränderungen in der Verbreitung des Konsums illegaler Drogen konstatiert werden. Zwar steigt die Lebenszeitprävalenz von 24 % auf 27 %, das aktuelle Konsumverhalten scheint jedoch konstant geblieben zu sein und liegt bei ca. 5 % bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz. Im Freistaat Sachsen liegen die Prävalenzen leicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Tab. 6: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz des illegalen Drogenkonsums (in %) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für die 18- bis 64-Jährigen im Freistaat Sachsen

		Lebenszeitprävalenz	12-Monats-Prävalenz	30-Tages-Prävalenz
Gesamt		18,4	4,3	2,0
Geschlecht	männlich	21,5	4,8	2,2
	weiblich	15,1	3,8	1,8
Alter	18- bis 24-Jährige	31,1	12,5	5,5
	25- bis 29-Jährige	40,3	14,7	5,6
	30- bis 39-Jährige	27,6	3,1	1,6
	40- bis 49-Jährige	12,5	2,0	1,3
	50- bis 64-Jährige	5,2	0,2	0,2

Hochgerechnet entspräche das in Sachsen 490.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen, 114.000 Personen haben innerhalb der letzten zwölf Monate und 53.000 Personen innerhalb der letzten 30 Tage illegale Drogen konsumiert. (Kraus, Pabst & Piontek, 2010).

Unter den 18- bis 39-Jährigen ist multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. Etwa jeder vierte Konsument hat in seinem Leben bereits zwei oder mehr illegale Drogen probiert und jeder sechste drei oder mehr (Kraus, Pabst & Piontek, 2010).

Tab. 7: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen gesamt und davon Cannabis und Amphetamine (in %)

	2003	2006	2009
Illegale Drogen (gesamt)			
Lebenszeitprävalenz	23,6	34,3	31,8
12-Monats-Prävalenz	8,5	7,5	8,9
Cannabis			
Lebenszeitprävalenz	22,0	33,7	30,8
12-Monats-Prävalenz	8,2	7,0	8,3
Amphetamine			
Lebenszeitprävalenz	3,1	3,1	4,8
12-Monats-Prävalenz	1,2	0,2	1,9

19 Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010c). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen.*, URL: <http://www.ift.de/index.php?id=408> (Zugriff am 20.11.2012).

Konsum illegaler Drogen von Kindern und Jugendlichen

Nach der *Drogenaffinitätsstudie* (BZgA, 2012) haben 7,2 % der 12- bis 17-Jährigen schon einmal eine illegale Droge probiert. Annähernd 5 % der Befragten konsumierten auch in den letzten zwölf Monaten und 2 % innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung illegale Drogen. Regelmäßig, d. h. mehr als zehn Mal in den letzten zwölf Monaten, konsumierte knapp 1 % der 12- bis 17-Jährigen. Bei den Konsumenten überwiegen die männlichen Jugendlichen.

Cannabis

Die Daten des *Epidemiologischen Suchtsurvey 2009* weisen Cannabis sowohl für Deutschland als auch für Sachsen als die am häufigsten konsumierte illegale Droge der 18- bis 64-Jährigen aus. So liegt der Anteil der Cannabiskonsumenten nur geringfügig unter dem Gesamtwert der Indikatoren aller illegalen Drogen.

		Deutschland 2009 (in %)	Freistaat Sachsen 2009 (in %)
Lebenszeit-Prävalenz	irgendeine illegale Droge	26,7	18,4
	davon Cannabis	25,6	17,6
12-Monats-Prävalenz	irgendeine illegale Droge	5,1	4,3
	davon Cannabis	4,8	4,0
30-Tages-Prävalenz	irgendeine illegale Droge	2,6	2,0
	davon Cannabis	2,4	1,8

Tab. 8: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (in %), insbesondere Cannabis, für Deutschland und den Freistaat Sachsen im Jahre 2009

Dies entspricht Schätzungen für den Freistaat Sachsen zufolge in etwa 105.000 Cannabiskonsumenten innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung (von insgesamt 114.000 Konsumenten illegaler Drogen). Fast jeder zehnte Konsument nimmt regelmäßig²⁰ Cannabis zu sich (in etwa 10.000 Personen).

Auch bei den 12- bis 17-Jährigen ist der Cannabiskonsum am häufigsten verbreitet. So konsumierten im Jahre 2009 bundesweit etwa 4,6 % der 12- bis 17-Jährigen Cannabis innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010c). Dies entspricht nach Hochrechnungen in etwa 7.200 konsumierenden Jugendlichen im Freistaat Sachsen²¹. Im zeitlichen Verlauf zwischen 2007 und 2011 lässt sich bundesweit eine Abnahme der Indikatoren erkennen (siehe Abb. 3). (BZgA, 2012)

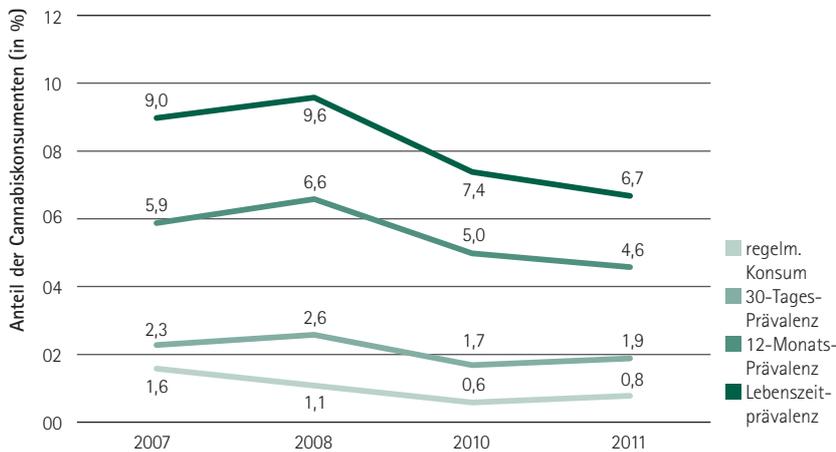


Abb. 3: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz sowie der regelmäßige Konsum von Cannabis für Deutschland bei 12- bis 17-Jährigen von 2007 bis 2011

Im Freistaat Sachsen weisen 1,4 % der befragten 18- bis 64-Jährigen bzw. 39,4 % der Cannabiskonsumenten eine Cannabisabhängigkeit auf. Dies entspricht ca. 37.000 cannabisabhängigen Personen im Freistaat Sachsen. Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jahren sind besonders häufig betroffen. Über diese Altersgruppen hinaus nimmt die Prävalenz mit zunehmendem Alter tendenziell ab (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010c; Kraus, Pabst & Piontek, 2010).

²⁰ Regelmäßig bedeutet hier eine fast tägliche Einnahme bzw. 200-mal oder öfter im Jahr.

²¹ Zu beachten ist, dass dies nur grobe Schätzwerte sind, da sich die Hochrechnungen auf die Bevölkerungsdaten auf 2011 und die Prävalenzen auf 2009 beziehen.

Stimulanzien

Zu den Stimulanzien gehören zahlreiche Substanzen, einschließlich Amphetamine und Methamphetamine. Laut *Epidemiologischen Suchtsurvey 2009* haben bundesweit 0,7 % der Befragten zwischen 18 und 64 Jahren angegeben, innerhalb der letzten zwölf Monate Amphetamine konsumiert zu haben. Im Freistaat Sachsen lag die 12-Monats-Prävalenz geringfügig höher (0,8 %). Hinsichtlich geschlechts- und altersspezifischer Vergleiche zeigt sich, dass deutlich mehr Männer als Frauen und mehr jüngere als ältere Personen Stimulanzien zu sich nahmen (siehe Tab. 9).

Tab. 9: Anteil der Konsumenten (12-Monats-Prävalenz) von Stimulanzien (in %) in Deutschland und im Freistaat Sachsen unterschieden nach Geschlecht und Alter

		Anteil der Konsumenten in %	
		Deutschland	Freistaat Sachsen
Gesamt		0,7	0,8
Geschlecht	männlich	1,1	1,0
	weiblich	0,4	0,6
Alter	18- bis 24-Jährige	2,8	1,4
	25- bis 29-Jährige	2,1	4,5
	30- bis 39-Jährige	0,5	0,7
	40- bis 49-Jährige	0,3	0,0
	50- bis 64-Jährige	0,0	0,0

Unabhängig dieser Prävalenzen ist der Behandlungsbedarf in den Einrichtungen der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung im Freistaat Sachsen insbesondere durch Personen, die Methamphetamine wie z. B. Crystal²² konsumieren, erheblich gestiegen (vgl. Kapitel 4 und Kapitel 6). Diese Steigerungen lassen auf einen erhöhten Konsum schließen. Belastbare aktuellere Zahlen zur Prävalenz liegen nicht vor.

2.1.4 Konsum psychoaktiver Medikamente

Etwa 4 % bis 5 % der verordneten Medikamente besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Dazu gehören insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Gruppe der Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten (DHS, 2012).

Bundesweit haben fast zwei Drittel aller befragten 18- bis 64-Jährigen innerhalb der letzten zwölf Monate und 20 % mindestens einmalig wöchentlich innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung mindestens ein psychoaktives Medikament²³ eingenommen, wobei Schmerzmittel mit Abstand die am häufigsten konsumierten Medikamente sind. Insgesamt nahmen deutlich mehr Frauen (72 %) als Männer (58 %) Medikamente innerhalb dieses Zeitraums ein (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010d²⁴).

Im Freistaat Sachsen gaben insgesamt 59 % der befragten 18- bis 64-Jährigen an, innerhalb des Jahres vor der Befragung mindestens ein psychoaktives Medikament eingenommen zu haben. Bezogen auf die mindestens einmalige wöchentliche Medikamenteneinnahme innerhalb der letzten 30 Tage waren es 19 %. Damit liegen die Indikatoren im Freistaat Sachsen etwas unter dem bundesweiten Durchschnitt. Schmerzmittel waren auch im Freistaat Sachsen das am häufigsten eingenommene Präparat (55 %). Weitaus seltener wurden Schlafmittel (6 %), Antidepressiva (4 %) und Beruhigungsmittel (4 %) eingenommen.

Die geschlechtsspezifische Differenzierung weist aus, dass 67 % der Frauen im Vergleich zu 51 % der Männer in den letzten 12 Monaten mindestens ein psychoaktives Medikament zu sich genommen haben. Die höchste Prävalenz lag bei Frauen in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen (75 %) und bei Männern in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (58 %) vor. Substanzspezifische Unterschiede zeigten sich v. a. für die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die mit steigendem Alter zunahm. Über den Beobachtungszeitraum 2006 bis 2009 lässt sich hinsichtlich der 30-Tages-Prävalenz eine deutliche Zunahme bei den Schmerz- (+3,3 %) und Schlafmitteln (+1,8 %) konstatieren.

22 Bei Crystal handelt es sich um das hochwirksame Methamphetamine, das synthetisch hergestellt wird und erheblich stimulierend bzw. euphorisierend wirkt.

23 Gelistet waren Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva sowie Neuroleptika.

24 Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010d). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz der Medikamenteneinnahme und problematischen Medikamentengebrauchs*, URL: <http://www.ift.de/index.php?id=408> (Zugriff am 20.11.2012).

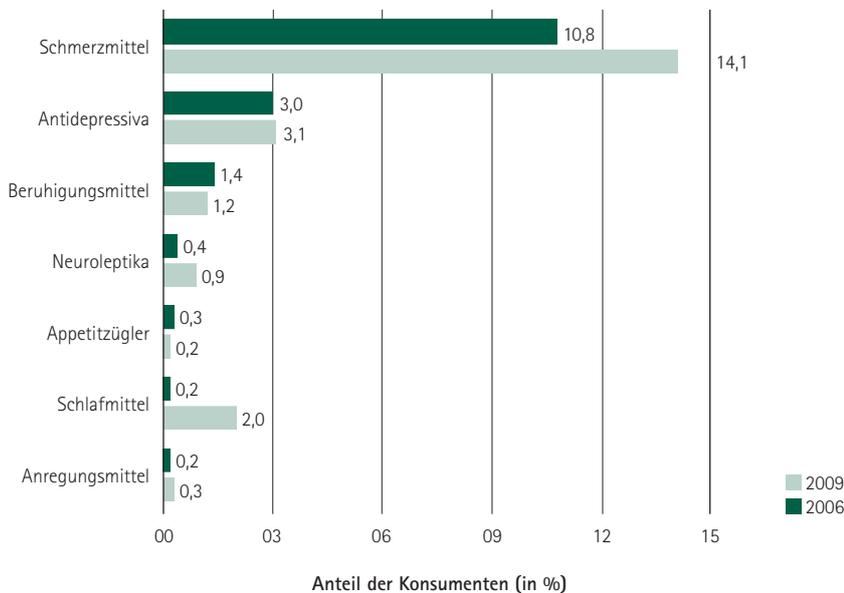


Abb. 4: 30-Tages-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme im Jahre 2006 und 2009 unterschieden nach Art des Medikaments

Eine problematische Medikamenteneinnahme wiesen nach KFM²⁵ 4 % der befragten 18- bis 64-Jährigen in Deutschland innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung auf (Männer: 3,6 %; Frauen: 4,3 %). Im Freistaat Sachsen gaben innerhalb dieses Zeitraums 3,2 % aller befragten 18- bis 64-Jährigen einen problematischen Medikamentengebrauch an. Dies entspricht nach Hochrechnungen in etwa 85.000 Problemkonsumenten im Freistaat Sachsen.

Eine Medikamentenabhängigkeit besteht nach der DHS bei 2,5 % der Deutschen. Dies entspricht in etwa 1,4 bis 1,5 Millionen Betroffenen in Deutschland (nach Hochrechnungen für den Freistaat Sachsen in etwa 70.000 Betroffenen), die sich auf rund 1,1 bis 1,2 Millionen Abhängige von Benzodiazepinderivaten und weiteren 300.000 bis 400.000 Abhängigen anderer Arzneimittel verteilen (DHS, 2011, 2012).

2.2 Nicht-stoffgebundene Störungen

„Spielsucht“, „Internetsucht“, „Computerspielsucht“ finden sich zunehmend unter dem Begriff „Verhaltenssüchte“. Seit langem wird in der Wissenschaft darüber diskutiert, welchen Störungen verhaltensbezogenen Süchten zuzuordnen sind.

Pathologisches Glücksspiel wird in der aktuellen Version ICD-10 als *Störung der Impulskontrolle* (F63.0) eingeordnet. Andere exzessive Verhaltensweisen wie z. B. „Internetsucht“, werden der Kategorie *abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle* (z. B. ICD-10: F63.9) zugeordnet (Aboujaoude, 2010²⁶). Im DSM-V (Erscheinungsjahr 2013) ist das pathologische Glücksspiel jedoch erstmalig in die Kategorie *Sucht und verwandte Störungen* aufgenommen²⁷.

Für andere exzessive Verhaltensweisen mit pathologischer Ausprägung existiert bisher noch keine wissenschaftliche Übereinkunft. Dennoch ist unbestritten, dass in diesem Zusammenhang ausgeprägte Störungsbilder mit hohem Behandlungsbedarf auftreten.

2.2.1 Pathologisches Glücksspiel

Glücksspiele gibt es in verschiedensten Formen und Varianten (z. B. Lotto, Sportwetten, Glücksspielautomaten). Laut einer Repräsentativbefragung der BZgA (2011²⁸) ist die Teilnahme an Glücksspielen in Deutschland weit verbreitet. So haben 86 % der befragten 16- bis 65-Jährigen

25 Der KFM ist ein Kurzfragebogen zur Erfassung des Medikamentengebrauchs.

26 Vgl. Aboujaoude, E. (2010). Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry*, 9, 85 – 90.

27 Vgl. Meyer, R. (2010, 18. Februar). DSM-V. Erste Einblicke in das neue Psychiatrie-Handbuch., URL: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/40054/DSM-V_Erste_Einblicke_in_das_neue_Psychiatrie-Handbuch.html (Zugriff am: 22.11.2012)

28 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011. Köln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

bereits einmal in ihrem Leben an einem Glücksspiel teilgenommen. Ca. 50 % spielten seltener als einmal im Monat, knapp 24% spielten zwischen 1- bis 3-mal monatlich. Der überwiegende Anteil der Spieler weist ein unproblematisches Spielverhalten auf.

Nach der **PAGE** Studie von Meyer und Kollegen (2011²⁹) wird geschätzt, dass 5,5 % der 14- bis 64-Jährigen im Laufe des Lebens die Kriterien für riskantes, 1,4 % die Kriterien für problematisches und weitere 1,0 % die Kriterien für pathologisches Glücksspielverhalten³⁰ aufweisen. Innerhalb der zwölf Monate vor der Befragung waren es

- 1,41 %, die zu den riskanten,
- 0,31 %, die zu den problematischen und
- 0,35 %, die zu den pathologischen Glücksspielern zu rechnen sind.

Dies entspricht nach Hochrechnungen für den Freistaat Sachsen

- in etwa 37.600 Personen mit riskantem,
- 8.300 Personen mit problematischem sowie
- 9.300 Personen mit pathologischem Glücksspielverhalten in der Altersgruppe der 14- bis 64-Jährigen.

Bezogen auf die letzten zwölf Monate vor der Erhebung bestehen erhöhte Problemspieleranteile v. a. für männliche und bis 25-jährige Glücksspieler. Zu den Glücksspielen, bei denen eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Abhängigkeit besteht, gehören u. a. Geldspielautomaten, Casinospiele, Glücksspiele im Internet und Sportwetten. Geringe Risiken ergeben sich vergleichsweise bei Lottospielen.

2.2.2 „Internetsucht“ und „Computerspielsucht“

Die Nutzung von Medien und der Konsum von Medieninhalten sind im Zuge der fortschreitenden Technologieentwicklung aus dem heutigen Alltag nicht mehr wegzudenken. Einhergehend mit dieser Entwicklung ist seit den letzten zehn Jahren eine zunehmende Tendenz von exzessiven Konsummustern im Umgang mit Computern und dem Internet zu konstatieren. In diesem Zusammenhang spricht man auch häufig von einer pathologischen Internetnutzung, Online- bzw. Internetsucht (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012).

Eine eindeutige Klassifikation der Störung ist nach wie vor umstritten (Aboujaoude, 2010). Wann von einem Abhängigkeitsverhalten zu sprechen ist, ist nicht abschließend geklärt. Belegt ist, dass die Nutzungszeit kein belastbares Kriterium für einen pathologischen Internetgebrauch ist. Von einer Abhängigkeit kann man erst dann sprechen, wenn auf Grund des exzessiven Verhaltens andere Anforderungen des täglichen, sozialen und schulischen/beruflichen Lebens völlig vernachlässigt werden. Trotz Kenntnis des schädlichen Gebrauchs ist der Betroffene nicht in der Lage, seine Internet- bzw. Computernutzung zu kontrollieren³¹.

Auf Basis der PINTA-Studie (Rumpf, Meyer, Kreuzer & John, 2011³²), einer Studie zur Prävalenz der Internetabhängigkeit, wurde erfasst, inwiefern ein problematischer Gebrauch des Internets oder eine Internetabhängigkeit bei den befragten 14- bis 64-Jährigen besteht. Im Ergebnis lag bei 4,6 % der Befragten ein problematischer Internetgebrauch vor, wobei dies 4,9 % der Männer und

29 Vgl. Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, u.a. (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung – Kurzbericht, URL: http://www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf (Zugriff am 08.11.2012).

30 Riskantes Glücksspielverhalten: ein bis zwei Kriterien für das pathologische Glücksspiel nach DSM-IV erfüllt; problematisches Glücksspielverhalten: drei bis vier Kriterien für das pathologische Glücksspiel nach DSM-IV erfüllt; pathologisches Glücksspielverhalten: alle Kriterien nach DSM-IV erfüllt. Zu beachten ist, dass ein moderater (problematisches Glücksspielverhalten) bzw. geringer (riskantes Glücksspielverhalten) Schweregrad der Symptome dem pathologischen Stadium vorausgehen können (BZgA, 2011).

31 Vgl. <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/computerspiele-und-internetsucht.html>.

32 Vgl. Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Greifswald und Lübeck: Forschungsverbund EARLY INTerventions in healthrisk behaviors.

4,4 % der Frauen betrifft. Dies entspricht nach Hochrechnungen für den Freistaat Sachsen in etwa 123.000 Menschen, die einen problematischen Internetkonsum aufweisen.

Bei etwa 1,0 % der Befragten ist von einer Internetabhängigkeit auszugehen. Was in etwa 26.700 Internetabhängigen im Freistaat Sachsen entspricht. Die altersspezifische Auswertung der Untersuchungsgruppe wies die höchste Prävalenz sowohl für problematischen Konsum als auch für Internetabhängigkeit in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen aus.

Männer sind über die gesamte Untersuchungsgruppe betrachtet häufiger von problematischer Computernutzung und -abhängigkeit betroffen. Die Differenzierung hinsichtlich des Alters und des Geschlechts zeigt jedoch, dass der Anteil von Frauen bei dem 14- bis 24-Jährigen und besonders deutlich in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen gegenüber den Männern überwiegt.

Ausmaß des Konsums nach Altersgruppen		Deutschland			Freistaat Sachsen
		Gesamt (in %)	Männer (in %)	Frauen (in %)	Gesamt (abs.)
problematischer Konsum	14- bis 64-Jährige	4,6	4,9	4,4	123.000
	14- bis 24-Jährige	13,6	12,4	14,8	55.200
	14- bis 16-Jährige	15,4	13,7	17,2	11.600
Internet-abhängigkeit	14- bis 64-Jährige	1,0	1,2	0,8	26.700
	14- bis 24-Jährige	2,4	2,5	2,4	9.700
	14- bis 16-Jährige	4,0	3,1	4,9	3.000

Tab. 10: Bundesweite Prävalenzschätzung des problematischen Internetgebrauchs und der Internetabhängigkeit (in %) auf Basis der LCA für die Altersgruppen der 14- bis 64-Jährigen, 14- bis 24-Jährigen und 14- bis 16-Jährigen einschließlich der Hochrechnungen für den Freistaat Sachsen (absolute Zahlen, gerundet)

Bei den 14- bis 24-Jährigen stehen bei der Nutzung des Internets die sozialen Netzwerke im Vordergrund. Mädchen und junge Frauen (77,1 %) nannten diese Tätigkeit jedoch häufiger an erster Stelle als männliche Befragte (64,8 %). Jungen und junge Männer gaben im Vergleich zu weiblichen Befragten oftmals mehr Onlinespiele an (33,6 % vs. 7,2 %).

2.2.3 Essstörungen

Vorbemerkung:

Essstörungen werden im Allgemeinen häufig unter Suchterkrankungen subsumiert. Dennoch zählen sie zu den psychosomatischen Erkrankungen und sind in internationalen Diagnoseklassifikationssystemen unter „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ verzeichnet. Essstörungen sind komplexe Syndrome und können lebensbedrohlich werden. Zu den häufigsten Formen gehören die Anorexia nervosa (Anorexie bzw. Magersucht), die Bulimia nervosa (Bulimie bzw. Ess-Brech-Sucht) und atypische Essstörungen, wie z. B. die Binge-Eating-Störung (Essattacken mit Kontrollverlust), die im DSM-V erstmals als eigenständiges Störungsbild in der Kategorie der Essstörungen aufgenommen wurde (DHS 2012; Hölling & Schlack, 2007³³). Betroffene wenden sich auch an SBB, so dass in den Auswertungen der SBB auch Klienten mit der Diagnose Essstörung erfasst sind. Die Behandlung findet jedoch primär in den Einrichtungen der Psychosomatik³⁴ und Psychiatrie statt.

Repräsentative Daten zur Häufigkeit von Essstörungen in Deutschland gibt es bisher nicht, da häufig auf eine bestimmte, eng umgrenzte Population (z. B. Jugendliche, Frauen, Studenten) fokussiert wird. 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.

33 Vgl. Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kinder- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5/6), 794 – 799.

34 Zipfel S., Wold B, Groß G, Friedrich HC, Teufel M, Schellberg D, Giel KE, de Zwaan M, Dinekl A, Herpertz S, Burgmer M, Löwe B, Tagay S, von Wietersheim J, Zeeck A, Schade-Brittinger C, Schauenburg H, Herzog W on behalf of the ANTOP study group. Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet, published online Oct 14, 2013.

Bei Anorexie liegt der Beginn meist zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr, bei Bulimie zwischen dem 16. und 35. Lebensjahr. Im Gegensatz dazu befinden sich die Erkrankungsgipfel der Binge-Eating-Störung zwischen 20 und 30 sowie zwischen 45 und 54 Jahren.^{35,36}

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.³⁷

Eine im Jahre 2012 veröffentlichte Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, 2012³⁸) kommt hinsichtlich der Anorexie zu folgenden Prävalenzen: bei 0,7 % der befragten 18- bis 79-Jährigen lag innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung eine Anorexie vor (Frauen: 1,1 %; Männer: 0,2 %).

Für Bulimie werden für die Allgemeinbevölkerung Prävalenzangaben zwischen 2 und 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 Einwohner.³⁹

35 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf.

36 Smink FR, van Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-4141.

37 Vgl. ebenda.

38 Vgl. Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2012). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Vortrag beim DEGS-Symposium am 14.06.2012 in Berlin.*, URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/DeGS/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 08.01.2013).

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

3. Suchtprävention im Freistaat Sachsen

Suchtprävention hat das Ziel, mit geeigneten Maßnahmen gesundheitsbezogenes Verhalten positiv zu beeinflussen und der Entstehung von stoffgebundenen und stoffungebundenen Störungen vorzubeugen. Individuelle gesundheitliche und/oder soziale Schädigungen, als Folge von Abhängigkeitserkrankungen, sowie die resultierenden volkswirtschaftlichen Nachteile sollen dadurch vermieden werden. Suchtprävention geht über die reine Prävention als Verhinderung von Krankheit hinaus, indem sie auch der Gesundheitsförderung dient.

3.1 Begriffliche Grundlagen

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen liegt ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zugrunde: Abhängigkeitserkrankungen sind Folge einer problematischen, wechselseitigen Wirksamkeit der Faktoren Suchtmittel, Person und Umfeld. Suchtprävention unterscheidet deshalb grundsätzlich zwei Ansätze: Die auf das Verhalten des Menschen ausgerichtete Verhaltensprävention und die Verhältnisprävention, welche auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen und Rahmenbedingungen abzielt.

Im Sinne der Verhaltensprävention können insbesondere protektive Faktoren dazu beitragen, dass Suchtmittelmissbrauch gar nicht erst entsteht bzw. Fähigkeiten und Verhaltensweisen zur Verfügung stehen, problematische Lebensanforderungen zu bewältigen. Maßnahmen der Verhaltensprävention fokussieren deshalb das individuelle Verhalten von Personen, um den gesundheitsschädlichen Konsum von psychoaktiven Substanzen und exzessive Verhaltensweisen zu verhindern. Hierzu werden beispielsweise Lebenskompetenz-Programme und Maßnahmen zur Stärkung der Risikokompetenz eingesetzt.

Maßnahmen der Verhältnisprävention fokussieren das Umfeld von Personen und versuchen durch Veränderungen der Lebensbedingungen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu vermeiden. Zu den verhältnispräventiven Strategien zählen deshalb insbesondere strukturelle und politische Maßnahmen, die eine Verbesserung von Lebenslagen bewirken sowie Gesetzesänderungen, aber auch Qualifizierung, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Suchtprävention. Beispiele für Maßnahmen der Verhältnisprävention ist die Kontrolle und Reduzierung der Verfügbarkeit von Substanzen durch Altersbeschränkungen, Verkaufs- und Konsumverbote sowie Besteuerung. Für den Erfolg suchtpreventiver Maßnahmen und zur Erzielung von Präventionseffekten ist eine Verknüpfung beider Ansätze die entscheidende Voraussetzung.

Klassifikationen der Suchtprävention

Das breite Spektrum suchtpreventiver Maßnahmen wird in aktueller Forschung und Praxis wie folgt kategorisiert:

- universelle Prävention,
- selektive Prävention,
- indizierte Prävention.

Diese Zuordnung hat sich in der Fachöffentlichkeit in den letzten Jahren gegenüber der lange Zeit angewandten Klassifikation in *primäre, sekundäre und tertiäre Prävention*⁴⁰ zunehmend durchgesetzt.

40 *Primäre Prävention* richtet sich an die gesamte Bevölkerung sowie an spezielle Zielgruppen, die jedoch nicht als Risikogruppen klassifiziert sind. Primärprävention umfasst alle Maßnahmen, die vor der Entstehung einer Suchterkrankung ansetzen und wendet sich deshalb häufig an Kinder und Jugendliche. Ziel ist es, Menschen zu befähigen, mit potenziellen Gefährdungen in angemessener Weise umzugehen, um somit das Auftreten von Suchterkrankungen zu verhindern. *Sekundäre Prävention* fokussiert Risikogruppen, die aufgrund ihrer Lebensbedingungen oder ihres Suchtmittelkonsums Risikomerkmale aufweisen und als gefährdet eingeschätzt werden, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Symptome und Schädigungen sollen frühzeitig erkannt und behandelt werden, um die Entstehung von Suchterkrankungen abzuwenden. *Tertiäre Prävention* ist ausgerichtet auf Personen, die bereits von einer Suchterkrankung betroffen sind. Ziel ist es, weiteren Schädigungen und Rückfällen bei bereits erkrankten Personen vorzubeugen.

Suchtprävention im Sinne des Verständnisses der Klassifikation in *universelle, selektive und indizierte Prävention* setzt ausschließlich vor der Ausbildung einer Suchterkrankung an. Sie ist zielgruppendifferenzierter, bedarfsorientierter und versucht frühestmöglich Schutzfaktoren zu fördern, die der Entwicklung einer Suchterkrankung entgegenwirken können.

Der entscheidende Unterschied zwischen den drei Präventionskategorien besteht in der Höhe des Risikos für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung (kein erhöhtes Risiko, erhöhtes Risiko, hohes Risiko) sowie im Grad der Zielgruppengenauigkeit (gesamte Bevölkerung, Teilgruppen, Einzelpersonen).

Universelle, selektive und indizierte Prävention

Universelle Prävention (z. B. FREUNDE, Klasse 2000) richtet sich an die gesamte Bevölkerung oder an Teilgruppen, unabhängig davon, ob sie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung aufweisen. Weil Maßnahmen im Bereich der universellen Prävention weit vor der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung ansetzen wollen, sind sie häufig auf junge Menschen ausgerichtet.

Selektive Prävention (z. B. Alles total geheim, MOVE) zielt auf Personen mit erhöhtem Risikopotential für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Dazu zählen Kinder aus suchtbelasteten Familien und andere besonders belastete bzw. benachteiligte Menschen.

Indizierte Prävention (z. B. HaLT reaktiv) richtet sich an Personen, die ein hohes Risiko aufweisen, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Bei den Betroffenen liegt bereits ein problematischer Substanzkonsum, jedoch keine Abhängigkeit vor, z. B. polizeilich erstaußfällige Konsumenten oder aufgrund von Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelte Jugendliche. Ziel der indizierten Präventionsmaßnahmen ist die frühzeitige Intervention bei problematischem Konsum, um schädlichen Folgen und der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung entgegenzuwirken. Sie weisen deshalb eine Schnittstelle zum Bereich der Frühintervention auf.

Unabhängig von der jeweiligen Kategorie differenzieren suchtpräventive Maßnahmen inhaltlich in ihrer Ausrichtung auf

- stoffgebundene Süchte und spezifische Substanzen,
- auf stoffungebundene Süchte bzw. exzessives Verhalten sowie
- auf die Vermittlung von Lebens- und Risikokompetenz (substanzübergreifende Intervention).

3.2 Grundprinzipien und Zielgruppen

Grundprinzipien

Forschungsergebnisse belegen die Existenz und Wirksamkeit protektiver Faktoren zur Vorbeugung einer Suchterkrankung. Personen, die beispielsweise mit Selbstsicherheit, Frustrationstoleranz, fördernden sozialen Beziehungen und geeigneten Strategien zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen ausgestattet sind, sind besser geschützt. Dazu gehört auch die Wahrnehmung, kritische Einstellung und der verantwortungsvolle Umgang mit Risiken und Gefahren im Hinblick auf den Konsum psychotroper Substanzen und stoffungebundener Verhaltensweisen. Die **Förderung von Lebens- und Risikokompetenz** gilt daher als wichtiges suchtpräventives Ziel.

Je früher im Lebensalter eines Menschen die o. g. Maßnahmen zur Förderung von Lebenskompetenzen einsetzen, umso Erfolg versprechender sind sie, da insbesondere Entwicklungen in Kindes- und Jugendalter für das Erwachsenenalter entscheidend sind. Durch die **frühzeitige** Vermittlung und Förderung hilfreicher Lebens- und auch Risikokompetenzen, kann ein gesundes Aufwachsen gefördert und der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen vorgebeugt werden.

Daneben sind **Langfristigkeit und Kontinuität** für eine nachhaltige Wirksamkeit von entscheidender Bedeutung. Suchtpräventive Maßnahmen sollten deshalb als integrativer Bestandteil des Lebensalltags und der zielgruppenspezifischen Lebensbereiche langfristig angelegt und kontinuierlich durchgeführt werden. Daraus ergibt sich eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Suchtprävention.

Um diese Verantwortung wahrnehmen zu können, ist die **Vernetzung** der verschiedenen Akteure Voraussetzung. Kommunikation und Kooperation sind auf verschiedenen Ebenen (z. B. regional, themenspezifisch) und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Arbeitsansätze notwendig.

Zielgruppen

In den Grundprinzipien zeigt sich, dass Kinder zu einer wichtigen Zielgruppe der Suchtprävention gehören. Ein weiterer Adressatenkreis sind Jugendliche und junge Erwachsene. Jugendliche durchleben in der Pubertät eine aufregende, aber zugleich schwierige Phase, die für sie eine Reihe von Veränderungen mit sich bringt. In keiner anderen Phase des Lebens versuchen Menschen derart Grenzen auszuloten sowie Normen und Werte in Frage zu stellen wie in der Zeit des Heranwachsens.

In der Arbeit mit jungen Menschen ist es von besonderer Bedeutung, dass auch Bezugspersonen und Multiplikatoren wie beispielsweise Eltern, Lehrer, Erzieher oder pädagogisches Fachpersonal von Jugendhilfeeinrichtungen zu suchtpreventivem Handeln befähigt werden und Unterstützung finden.

Epidemiologische Daten weisen auch auf erwachsene Personen als Zielgruppe suchtpreventiver Maßnahmen hin, z. B. im Rahmen von medialen Kampagnen, im betrieblichen Umfeld und in schwierigen sozialen Lebenslagen. Risikosituationen entstehen z. B. durch die Belastungen an Übergängen im Lebenslauf, beispielsweise von Schule in Beruf, vom Berufsleben in den Ruhestand oder beim Tod nahestehender Angehöriger.

Aus dem Umfang der Zielgruppen ergeben sich für die Suchtprävention acht wesentliche Handlungsfelder, die unter Punkt 3.4 näher erläutert werden.

3.3 Strukturen

3.3.1 Strukturen auf Landesebene

Landespräventionsrat (LPR)

Mit der Konstituierung des Landespräventionsrates (LPR) im Freistaat Sachsen am 16. Dezember 2008 wurde die landesweite und regionale Präventionsarbeit neu strukturiert und ausgerichtet. Bereits bei der Gründung des LPR wurden sieben thematische Arbeitsgruppen bzw. -ausschüsse gebildet, die die Schwerpunkte der inhaltlichen Arbeit definieren. Die Tätigkeit aller Arbeitsgruppen wird durch die Mitarbeiter der Geschäftsstelle organisatorisch sowie logistisch begleitet und unterstützt. Themenstellungen, die die Belange mehrerer Arbeitsgruppen tangieren, werden korrespondierend behandelt.

Zu diesen Arbeitsgruppen zählt auch der *Landesfachausschuss für Suchtprävention* als unabhängiges Beratungs- und Koordinierungsgremium.

Landesfachausschuss Suchtprävention

Auf der Grundlage einer eigenen Geschäftsordnung widmet sich der *Landesfachausschuss Suchtprävention* insbesondere nachfolgenden Aufgabenstellungen⁴¹:

- Beratung und Begleitung aller Institutionen in wichtigen suchtpreventiven Angelegenheiten des Freistaates Sachsen:
 - Unterstützung bei der Erarbeitung einer Situationsanalyse zur Suchtprävention.
 - Unterstützung bei der Erarbeitung einer allgemeinen Strategie der Suchtprävention im Freistaat Sachsen und Beurteilung von Präventionskonzepten.
- Information und Abstimmung der in der Suchtprävention tätigen Träger, Koordinierung ihrer Angebote und Aktivitäten, Beratung bei der Entwicklung von Fortbildungs- und Informationsmaterial (Broschüren), Projekten und Veranstaltungen sowie über Möglichkeiten zur gemeinsamen landesweiten Umsetzung von Maßnahmen im suchtpreventiven Bereich.
- Sichtung und Verbreitung von Informationen auf Europa-, Bundes und Landesebene.

Im Landesfachausschuss für Suchtprävention arbeiten die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG), die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS), die AJS und die Fachstellen für Suchtprävention auf freiwilliger Basis zusammen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS), das Sächsische Staatsministerium für Kultus und Sport (SMK), das Landesjugendamt und das Landeskriminalamt (LKA) haben in diesem Gremium einen beratenden Status.

⁴¹ Geschäftsordnung des Landesfachausschuss für Suchtprävention, § 1 Aufgaben.

Landesweit tätige Träger

Aktion Jugendschutz Sachsen e. V. (AJS)

Die AJS als überörtlicher freier Träger der Jugendhilfe beschäftigt sich mit den Themen des Kinder- und Jugendschutzes in Form von Fortbildungen, Beratung von Fachkräften und eigenen Projekten. Ein Themenbereich widmet sich den Gefährdungen durch den Konsum und Missbrauch legaler und illegaler Suchtmittel sowie nichtstoffgebundener Störungen.

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG)

Die SLfG widmet sich der Gesundheitsförderung in Form eigener Projektarbeit sowie der Vernetzung von Akteuren der Gesundheitsförderung in Sachsen, besonders auf kommunaler Ebene. Ein Arbeitsfeld ist die landesweite Koordination von Projekten und Programmen der Lebenskompetenzförderung und Suchtprävention, unter anderem *FREUNDE*, *Be Smart – Don't Start* und *Eigenständig werden*.

3.3.2 Strukturen auf überregionaler Ebene

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. 11). Die finanzielle Förderung erfolgt zu 80 % durch den Freistaat Sachsen.

Tab. 11: Anzahl der Mitarbeiter in den jeweiligen Fachstellen

Fachstelle	Träger	Mitarbeiter
Fachstelle im Direktionsbezirk Dresden	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.	2
Fachstelle im Direktionsbezirk Leipzig	Deutscher Kinderschutzbund Ortsverband Leipzig e. V.	2
Fachstelle im Direktionsbezirk Chemnitz	Stadtmission Chemnitz e. V.	3

Zu den Hauptaufgaben der Fachstellen für Suchtprävention im Freistaat Sachsen zählen die Vernetzung und Koordinierung der Suchtprävention in den Direktionsbezirken. Die Landkreise und kreisfreien Städte werden von den Fachkräften für Suchtprävention bei der Planung und Durchführung suchtpreventiver Vorhaben beraten und durch konkrete Projektarbeit unterstützt.

Für die Dokumentation ihrer Aktivitäten nutzen die Fachstellen für Suchtprävention das EDV-gestützte Dokumentationssystem Dot.sys (vgl. Kapitel 3.6.2.2).

Regionalstellen der Sächsischen Bildungsagentur

In den Regionalstellen der Sächsischen Bildungsagentur in Chemnitz, Dresden, Leipzig, Bautzen und Zwickau sind in den Referaten bzw. Sachgebieten „Unterstützungssysteme“ Schulpsychologen und Referenten für allgemeine Beratung, Gesundheitsförderung und Prävention tätig. Zu ihren Aufgaben gehört die Beratung der Schulen bei ihrer suchtpreventiven Arbeit. Zudem werden Schulleitungen durch die zuständigen Schulreferenten der Sächsischen Bildungsagentur in ihrer schulkonzeptionellen und schulprogrammatischen Arbeit beraten und zielgerichtet unterstützt.

Polizeidirektionen

Die Polizei versteht sich als Partner der originären Erziehungsinstanzen Elternhaus und Schule. Sie unterstützt die Eltern in ihrem Erziehungsauftrag bzw. die Schule bei der Umsetzung ihres Präventionsauftrages gemeinsam mit weiteren Trägern der Suchtprävention. Mit der Drogenprävention sind rund 20 hauptamtliche Sachbearbeiter Prävention in den Fachdiensten „Zentrale Aufgaben“ der fünf Polizeidirektionen betraut, die speziell für diese Tätigkeit fortgebildet wurden. Dabei kommen die im Rahmen des Modellprojekts „Prävention im Team“ gewonnenen Erfahrungen zur Anwendung.⁴²

Die landesweite Koordinierung erfolgt durch die Zentralstelle für polizeiliche Prävention des Landeskriminalamtes.

⁴² Bei „Prävention im Team“ handelt es sich um ein Anti-Gewalt-Training für Schüler der 5. bis 10. Klasse, das von einem Team aus Polizisten, Lehrern und Mitarbeitern der Jugendhilfe – mit Unterstützung von erfahrenen Trainern im Bereich der Konfliktbewältigung – durchgeführt wird. Dabei wird ein – durch eine Vor-Ort-Analyse – auf die jeweilige Schule abgestimmtes Präventionskonzept umgesetzt.

3.3.3 Strukturen auf der Ebene der Gebietskörperschaften

Die Verantwortung für die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen auf der Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie wird durch die Gesundheits- und/oder Jugendämter in Zusammenarbeit mit freien Trägern wahrgenommen (vgl. Kapitel 3.4.4 Situationsbeschreibung zum Kinder- und Jugendschutz). 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.

3.4 Handlungsfelder

3.4.1 Handlungsfeld Familie

Der Familie kommt die Funktion als früheste und lebenslang bedeutsame Sozialisationsinstanz zu. Sie stellt deshalb ein wichtiges Handlungsfeld in der Suchtprevention dar. Eltern sollten in die suchtpreventive Arbeit integriert und in ihren suchtpreventiven Handlungsmöglichkeiten – insbesondere im Bereich der Lebenskompetenzförderung – unterstützt und gestärkt werden. Dies gelingt besonders über die Institutionen Kindergarten und Schule, z. B. durch die dort umgesetzten Lebenskompetenzprogramme. In zunehmendem Maße jedoch auch über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, die werdende und/oder junge Eltern in ihrer Erziehungs- und Handlungskompetenz stärken.

Sächsisches Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz und Rahmenkonzept „Frühe Hilfen im Freistaat Sachsen“

Einen entscheidenden Beitrag für die Förderung eines sicheren Aufwachsens und einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in der Familie stellt das vom SMS im Jahr 2008 veröffentlichte *Sächsische Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz*⁴³ dar. Das Konzept enthält eine Zusammenstellung von vielfältigen und breit angelegten Maßnahmen, die insbesondere werdende Eltern und Eltern mit Kindern in den ersten Lebensjahren in der Wahrnehmung ihrer erzieherischen Verantwortung gegenüber ihren Kindern unterstützen sowie die professionsübergreifende Zusammenarbeit im Kinderschutz und in der Prävention fördern und qualifizieren. Die Maßnahmen beinhalten u. a. Informationsangebote sowie Hilfen in besonderen familiären Belastungssituationen bzw. zur Stärkung der Erziehungskompetenzen von Familien mit sozialen und/oder gesundheitlichen Risiken. Die frühzeitige Erreichbarkeit der Zielgruppe bzw. eine frühzeitige Inanspruchnahme und Vernetzung der Angebote sind dabei von besonderer Bedeutung.

Die weiterhin anteilig vom Freistaat geförderten Koordinatoren der regionalen Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen moderieren und qualifizieren die Zusammenarbeit von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen Hilfeangeboten, insbesondere aus dem Gesundheitsbereich. Als weitere Maßnahme des Handlungskonzepts für präventiven Kinderschutz fördert der Freistaat auch weiterhin die aufsuchende präventive Arbeit der Jugendämter sowie Fortbildungen für Fachkräfte und weitere Projekte.

Mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes zum 1. Januar 2012 wurden die Rahmenbedingungen für ein entwicklungsförderndes und schützendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen weiter verbessert. Durch geeignete Angebote erfahren Eltern Unterstützung für ihre primäre Erziehungsverantwortung, wodurch die gesunde Entwicklung des Kindes gefördert werden kann.

Insbesondere die Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 – 2015 zielt – gemäß § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) – auf die Förderung Früher Hilfen. Mit den dafür bereitgestellten Bundesmitteln soll die Etablierung verbindlicher Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen sowie die Einbindung von

43 Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2010). Sachsen: Kinderschutz ganz praktisch. Umsetzung des Sächsischen Handlungskonzeptes für präventiven Kinderschutz. Leipzig. URL: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11890> (Zugriff am 23.01.2013).

Familienhebammen und ehrenamtlichen Strukturen in diese Netzwerke erreicht werden. Dabei beinhalten Frühe Hilfen selbstverständlich auch die Unterstützung von und Hilfevermittlung für Familien mit suchtkranken Elternteilen.

Wesentliche Maßnahmen des sächsischen Handlungskonzepts für präventiven Kinderschutz wurden unter Berücksichtigung der Regelungen und Finanzierungsmöglichkeiten des Bundeskinderschutzgesetzes in Form des Rahmenkonzepts „Frühe Hilfen im Freistaat Sachsen“ weiterentwickelt bzw. ergänzt.

Die Etablierung der Frühen Hilfen in den sächsischen Kommunen und deren Weiterentwicklung einschließlich der Qualifizierung wird bzw. wurde durch die Einführung des sächsischen Handlungskonzeptes für präventiven Kinderschutz sowie durch die Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes, insbesondere der Bundesinitiative und des sächsischen Rahmenkonzeptes zur Ausgestaltung Früher Hilfen vorangetrieben – vor allem bedingt durch die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung von Bund, Land und Kommunen einschließlich deren Finanzierung. Ziel der Staatsregierung ist die fachliche und strukturelle Weiterentwicklung der Frühen Hilfen auf örtlicher Ebene gemäß §§ 82 und 85 Absatz 2 SGB VIII, um der im KKG beschriebenen Aufgabenstellungen gerecht werden zu können. Dabei wird der Freistaat die Kommunen auch weiterhin unterstützen.

3.4.2 Handlungsfeld Kindertageseinrichtungen und -pflege

Neben der Familie leisten auch die Einrichtungen zur Kinderbetreuung und Kindertagespflege einen wesentlichen Beitrag zur Erziehung und nehmen Einfluss auf die Entwicklung sozialer und persönlicher Fähigkeiten. Die Begleitung, Unterstützung und Ergänzung der Erziehung des Kindes in der Familie stellt das zentrale Ziel von Kindertageseinrichtungen dar, welches im Sächsischen Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (*Gesetz über Kindertageseinrichtungen – SächsKitaG*) verankert ist. Somit stellen auch die Einrichtungen zur Kinderbetreuung und Kindertagespflege ein wichtiges Handlungsfeld der Suchtprävention dar.

Für die alltägliche, pädagogische Arbeit der Erzieher in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege dient der *Sächsische Bildungsplan*⁴⁴ seit Inkrafttreten des neuen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen im Dezember 2005 als verbindliche Grundlage sowie als inhaltliche und methodische Orientierungshilfe. Dieser schreibt für die Bildungsarbeit mit Kindern im Bereich der „*somatischen Bildung*“ auch spezifische gesundheitsfördernde Aufgaben vor. Kindern soll gesundheitsbezogenes Wissen und gesundheitsförderndes Verhalten nahe gebracht werden, „*um sie für ihren eigenen Körper und dessen Bedürfnisse zu sensibilisieren und sie dazu zu ermuntern, sich aktiv und selbstverantwortlich zu beteiligen, um sich wohl zu fühlen*“. Zur Vorbeugung der Entstehung von abhängigkeitsfördernden Verhaltens werden u. a. die Bewältigung von Belastungen und Stress, die Stärkung des Selbstbewusstseins, das Erlernen von Eigenverantwortung und das Zulassen von Entspannung als zentrale „Schutzfaktoren“ beschrieben.

Im Freistaat Sachsen liegt der Betreuungsgrad in Kitas bei über 95 %. Somit besuchen die meisten Kinder ab drei Jahren wochentags eine Kindertageseinrichtung, in der sie einen großen Teil des Tages verbringen. Dies gewährleistet eine hohe Erreichbarkeit dieser Zielgruppe für suchtpreventive Maßnahmen und erlaubt die Umsetzung des Grundprinzips der Frühzeitigkeit: Durch die frühzeitige Vermittlung und Förderung hilfreicher Kompetenzen, kann ein gesundes Aufwachsen gefördert und der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen vorgebeugt werden. Dementsprechend werden insbesondere Maßnahmen der universellen Prävention vorgehalten, welche im Rahmen von Lebenskompetenzförderungsprogrammen auf die Entwicklung und Förderung der oben genannten protektiven Faktoren bzw. die Stärkung der sozialen und persönlichen Fähigkeiten (z. B. Selbstsicherheit, kommunikative Fähigkeiten, Frustrationstoleranz) durch die Erzieher fokussieren. Erzieher stellen – in ihrer Funktion als Bezugspersonen und Multiplikatoren – deshalb gleichermaßen eine wichtige Zielgruppe von Programmen zur Förderung von Lebenskompetenzen dar. Die

⁴⁴ Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.). (2011) Der Sächsische Bildungsplan – ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Krippen, Kindergärten und Horten sowie für Kindertagespflege. Weimar, Berlin: das netz. URL: www.kita-bildungsserver.de/fileadmin/download/37 (Zugriff am 23.01.2013).

entsprechende Qualifizierung der Erzieher, welche sie mit den präventiven Handlungsmöglichkeiten im Rahmen ihrer Arbeit vertraut macht und sie befähigt, die Entwicklung der als Schutzfaktoren geltenden Eigenschaften bei den Kindern zu fördern, ist eine zentrale Aufgabe der Suchtprävention im Aktivitätsbereich Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege. Zu den Anbietern solcher Fortbildungen zählen auch die Fachstellen für Suchtprävention, die verschiedene ein- bis zweitägige Seminare für Erzieher und pädagogisches Fachpersonal anbieten. (vgl. Kapitel 3.6.1)

Gesundheitsziel **Gesund Aufwachsen in Sachsen – Handlungsfeld Lebenskompetenzförderung**

Die Schwerpunktsetzung in der Prävention auf die frühe Kindheit wurde mit der Einführung des Gesundheitsziels **Gesund Aufwachsen** im Jahre 2005 vertieft.⁴⁵ Im Fokus des Gesundheitsziels stehen Kinder und ihre Lebenswelten. Vorrangige Ziele stellen die frühzeitige Erziehung von Kindern im Vorschulalter im Lebensraum Kita zu gesundheitsbewusstem Verhalten dar bzw. die Stärkung der kindlichen Gesundheitsressourcen mit Hilfe der Erzieher/-innen als Multiplikatoren sowie die Unterstützung der Entwicklung positiver Selbstkonzepte.

Aus den insgesamt sieben Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, Lebenskompetenzförderung, Sprachförderung, Erziehergesundheit und Impfschutz wurden entsprechende Handlungsansätze entwickelt und umgesetzt. Die Stärkung der Lebenskompetenzen von Kindern ist hierbei eine der zentralen Querschnittsaufgaben im Gesundheitsziel. Begleitend zur Umsetzung des Gesundheitsziels erschien im Jahr 2007 das Handbuch für Erzieher in Kindertageseinrichtungen *Gesund Aufwachsen in Sachsen*⁴⁶, das Anregungen für die Gestaltung ihrer alltäglichen Arbeit in Kitas und Familien liefert.

Im Handlungsfeld *Förderung der Lebenskompetenz* und dem dazugehörigen Kapitel im Handbuch werden Vorschläge zur Umsetzung und Förderung von Lebenskompetenz im Kita-Alltag unterbreitet, mit dem Ziel der Herausbildung von Schutzfaktoren, die „die Wahrscheinlichkeit verringern, unter bestimmten Risikobedingungen im späteren Leben sozial unangepasstes oder persönlichkeitszerstörendes Verhalten zu entwickeln“ und die als unbedingte Voraussetzung für die Prävention von Substanzmissbrauch betrachtet werden. Die zugehörige Arbeitsgruppe des Handlungsfeldes *Förderung der Lebenskompetenz* besteht aus Vertretern der Wohlfahrtsverbände, der Wissenschaft, der Suchtprävention, des sächsischen Sozial- und Kultusministeriums, des Landeselternrats und der Evangelischen Aktionsgemeinschaft für Familienfragen sowie Fachberatern der Kommunen.

3.4.3 Handlungsfeld Schule

Suchtprävention ist integrativer Bestandteil des Erziehungs- und Bildungsauftrags der Schule gemäß § 1 Abs. 2 SchulG. Schule gewährleistet – wie keine andere gesellschaftliche Institution – einen umfassenden, zuverlässigen und langfristigen Zugang zur Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Als Handlungsfeld der Suchtprävention kommt ihr deshalb eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu. 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.

Schulische Suchtprävention erfolgt vor allem im Bereich der universellen Prävention und ist darauf ausgerichtet, Einstellungen und Handlungskompetenzen zu fördern, die für die konstruktive Bewältigung von Konflikten und Problemen erforderlich sind. Schüler sollen befähigt werden, die vom Konsum psychoaktiver Substanzen sowie exzessiven Verhaltensweisen 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 Störungen.

45 Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Koordinationsstelle **Gesund aufwachsen**. URL: <http://www.gesunde.sachsen.de/118.html> (Zugriff am 23.01.2013).

46 Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.). (2006). **Gesund aufwachsen in Sachsen**. Handbuch für Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen. Dresden: SMS. URL: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11178/documents/11398> (Zugriff am 23.01.2013).

Entsprechend der Grundprinzipien der Suchtprävention sind viele Maßnahmen als langfristige Projekte angelegt. Inhaltlich sind diese auf die Altersgruppen der verschiedenen Jahrgangsstufen und Schulformen sowie auf Zielgruppe der Eltern abgestimmt. Die Umsetzung der Programme und Maßnahmen erfolgt durch unterschiedliche außerschulische Akteure und Träger, dazu zählen u. a. Gesundheitsämter, die Polizei, die Fachstellen für Suchtprävention sowie die SLfG. Die Kooperation mit und Koordination von den beteiligten Akteuren ist deshalb eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche schulische Suchtprävention. Die Zusammenarbeit zwischen Schule und Polizei besteht beispielsweise auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung des SMK und SMI aus dem Jahr 2006.

Gleichermaßen bedeutsam für eine wirkungsvolle Suchtprävention ist eine entsprechende Qualifizierung der Lehrkräfte: Lehrer sollten befähigt sein, selbst suchtpreventiv zu arbeiten, so dass sie einerseits selbst Präventionsprojekte einführen und als Angebot an ihrer Schule zur Verfügung stellen können. Andererseits sollte Suchtprävention nicht nur im Rahmen von vorgehaltenen Programmen, sondern auch im Schulalltag stattfinden. Dazu gehört auch die Befähigung, Risikofaktoren und riskanten Umgang mit Suchtmitteln zu erkennen und zu thematisieren. Zur Unterstützung einer qualifizierten suchtpreventiven Arbeit der Lehrkräfte werden verschiedene Fort- und Weiterbildungen angeboten, die den Lehrkräften Informationen über die verschiedenen stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankungen, über Arten, Gebrauch und Wirkung von legalen und illegalen Drogen, über Probleme des Suchtverhaltens sowie über die Vorgehensweise bei suchtpreventiven Tätigkeiten vermitteln.

Eine große Bedeutung kommt im schulischen Raum auch dem Einsatz suchtpreventiver Maßnahmen durch Schülermultiplikatoren (peers) zu (vgl. Kapitel 3.5.1.2).

Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule

Mit Beschluss vom 15.11.2012 hat die Kultusministerkonferenz (KMK) die *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule* verabschiedet und ihre Beschlüsse *Gesundheitserziehung und Schule* vom 1. Juni 1979 und *Sucht und Drogenprävention* vom 3. Juli 1990 aufgehoben. Die KMK-Empfehlungen stellen den Aspekt der aktiven Gesundheitsförderung durch zielgerichtete schulische Präventionsarbeit in Kooperation mit Partnern in den Vordergrund und signalisieren die Abkehr von einer ausschließlich am Schüler orientierten Gesundheitserziehung. Für die Schule steht die Aufgabe an, sich zu einem gesundheitsförderlichen Lern- und Lebensort zu profilieren, der sowohl Maßnahmen zur Verhaltensprävention als auch zur Gestaltung der schulischen Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) einschließt. Ein Schwerpunkt ist hierbei die Suchtprävention.

Gesundheitsförderung und Prävention

- werden als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen,
- greifen aktuelle bildungspolitische Entwicklungen auf (z. B. Eigenständigkeit von Schulen, Ganztagsangebote, Inklusion, Integration, gendersensible Pädagogik und Bildung für nachhaltige Entwicklung),
- eröffnen Schülern, Lehrkräften und dem weiteren pädagogischen Personal die Möglichkeit, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben,
- berücksichtigen aktuelle gesundheitliche Belastungen, wie z. B. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit,
- beziehen die Einstellungen sowie lebensweltlichen und sozialräumlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien mit ein.

Zur inhaltlichen Unterstützung werden vom SMK in Kooperation mit dem SMI, SMS und SMUL durch die Landesarbeitsstelle Schule – Jugendhilfe Sachsen e. V. folgende Online-Lernportale zur schulischen Prävention/Gesundheitsförderung erstellt und gepflegt:

- *Junge Sachsen genießen* zum Handlungsfeld Ernährungs- und Verbraucherbildung (Onlineschaltung 2008⁴⁷),
- *Junge Sachsen in Bewegung* zum Handlungsfeld Bewegung, Sport und Spiel (Onlineschaltung 2012⁴⁸),

47 Vgl. Landesarbeitsstelle Schule-Jugendhilfe Sachsen e.V. Das Lernportal zur Förderung von Ernährungs- und Verbraucherkompetenz von 3 – 18 Jahren. URL: <http://www.lernportal-sachsen-geniessen.de/> (Zugriff am 20.01.2013).

48 Vgl. Landesarbeitsstelle Schule-Jugendhilfe Sachsen e.V. Das Lernportal zur Förderung von Handlungskompetenz in und durch Bewegung, Spiel und Sport von 0 – 18 Jahren. URL: <http://www.lernportal-sachsen-bewegung.de/> (Zugriff am 20.01.2013).

- *Junge Sachsen fit fürs Leben* zum Handlungsfeld Lebenskompetenz (geplante Onlineschaltung Ende 2013).

Diese Portale liefern Schulen Informationen für die Schulprogrammarbeit zum Schwerpunkt Prävention/Gesundheitsförderung. In ihnen werden sächsische und für Sachsen relevante bundesweite Angebote und Projekte, Kooperationspartner und Materialien systematisiert. Diese werden nach Themenfeldern, Altersstufen und Lernzielen aufbereitet zur Verfügung gestellt. Dabei greift insbesondere das Online-Lernportal *Junge Sachsen fit fürs Leben* neben den Themen *Psychische Gesundheit*, *Gewalt(prävention)*, *Sexualpädagogik*, *Soziales Lernen* und *Neue Medien* das Thema *Sucht/Sucht- und Drogenprävention* auf.

3.4.4 Handlungsfeld Kinder- und Jugendhilfe

Gemäß den Bestimmungen des SGB VIII soll Jugendhilfe junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern, sie vor Gefahren für ihr Wohl schützen, ihre Eltern in der Erziehung unterstützen und zur Schaffung positiver Lebensbedingungen beitragen. Suchtprävention ergibt sich aus dieser übergeordneten Zielsetzung als Teilaufgabe. Die verschiedenen Aufgabenfelder der Jugendhilfe, insbesondere der erzieherische Kinder- und Jugendschutz, aber auch die Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit, die Förderung der Erziehung in der Familie sowie die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege, schließen deshalb Angebote der Suchtprävention mit ein.

Suchtprävention stellt besonders im Leistungsbereich des *erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes* ein wichtiges und aktuelles Fachthema dar. Die Maßnahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes zielen gem. § 14 SGB VIII sowohl auf die Befähigung junger Menschen, sich selbst vor gefährdenden Einflüssen zu schützen, als auch die Förderung von Kompetenzen, wie beispielsweise Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Gleichzeitig gehört es zum Auftrag des Handlungsfeldes, auch Eltern und andere Erziehungsberechtigte zu befähigen, Kinder und Jugendliche vor Gefährdungen zu schützen.

Als Akteure von Suchtprävention im Bereich der Jugendhilfe kommt vor allem den Jugendschutzverantwortlichen in den Jugendämtern – als Vertreter der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe – Bedeutung zu, aber auch freien Trägern, wie beispielsweise der Aktion Jugendschutz oder dem Deutschen Kinderschutzbund.

Das Landesjugendamt ist bezüglich des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gemäß § 14 SGB VIII vor allem für die Beratung der Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie für die Entwicklung von Empfehlungen zur Erfüllung der in diesem Kontext zu realisierenden Aufgaben einschließlich der Fortbildung zuständig.

Situationsbeschreibung zum Kinder- und Jugendschutz

Zur Realisierung des vorgenannten Anliegens wurde 2012 erneut eine Situationsbeschreibung zum Kinder- und Jugendschutz gem. § 14 SGB VIII im Freistaat Sachsen erarbeitet, vom Landesjugendhilfeausschuss verabschiedet und vom SMS veröffentlicht. Diese Situationsbeschreibung liefert aktuelle Daten zum Stand und zur Umsetzung des Kinder- und Jugendschutzes gem. § 14 SGB VIII.

Aus den Ergebnissen – welche auf einer schriftlichen Befragung der sächsischen Jugendämter basieren – geht hervor, dass Suchtprävention zu den bevorzugten Themen gehört. Sie wurde bei der Benennung aktueller inhaltlicher Themenschwerpunkte des Kinder- und Jugendschutzes gem. § 14 SGB VIII von allen Jugendämtern und damit am häufigsten genannt. Suchtprävention erfährt somit in diesem Aufgabenbereich eine hohe Aufmerksamkeit. Bezüglich der Formen der Zusammenarbeit der für Kinder- und Jugendschutz zuständigen Fachkräfte des Jugendamts in Hinblick auf Prävention zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Gebietskörperschaften über stadt- bzw. landkreisweite Arbeitsgemeinschaften für Prävention bzw. Gesundheitsförderung sowie über themenspezifische Arbeitskreise oder -gruppen für Suchtprävention kooperiert wird. Außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe arbeitet das Jugendamt in fast allen Gebietskörperschaften mit den für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Bereichen des Gesundheitsamtes zusammen.

Wenngleich auf der Grundlage dieser Situationsbeschreibung keine repräsentative und dezidierte Aussage zu den in den einzelnen Gebietskörperschaften konkret vorgehaltenen sozialpädagogi-

schen Angeboten der Suchtprävention gemacht werden kann, kann festgehalten werden, dass es in den Gebietskörperschaften spezifische suchtpreventive Angebote gibt, die ergänzt werden durch Angebote mit allgemeinpräventiver Zielstellung. Dies ist insbesondere dort gegeben, wo das Jugendamt seiner Koordinierungs- und Steuerungsfunktion durch ausreichende personelle Ressourcen gerecht werden kann und freie Träger mit speziellem Kinder- und Jugendschutzauftrag sowie landkreis- bzw. stadtweiter Reichweite agieren. In der Regel werden diese Angebote über die Richtlinie Jugendpauschale örtlich gefördert. Vor allem mit Blick auf die begrenzten Personalressourcen der Jugendämter im Bereich des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes muss allerdings festgestellt werden, dass die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe in hohem Maße eingebunden sind in erforderliche fachliche Kooperationen mit Einrichtungen und Trägern des Suchtkrankenhilfesystems bzw. der Gesundheitsförderung.

In Ergänzung zu den Unterstützungsangeboten überörtlich tätiger Träger der freien Jugendhilfe war das Landesjugendamt im Berichtszeitraum unter anderem im Bereich der suchtpreventiven Fortbildung und Beratung tätig: Es erfolgte eine inhaltliche Mitarbeit im Rahmen des Sächsischen Jugendschutztages 2009 zum Thema „Alkoholprävention“. Es wurden Fortbildungen zur Suchtprävention im Rahmen des Fortbildungsprogrammes des Landesjugendamts durchgeführt. Beispielsweise begleitete das Landesjugendamt die Durchführung der MOVE-Kurse, einem Fortbildungskonzept zur motivierenden Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. In den Jahren 2011 und 2012 wurden im Arbeitskreis „Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz“ der Jugendämter suchtpreventive Themen platziert und erörtert. Mit Unterstützung des für Suchtfragen zuständigen Referates im SMS, des Jugendamts sowie des Gesundheitsamts der Stadt Leipzig wurde 2012 in Verantwortung des Landesjugendamtes u. a. eine Tagung zum Thema *Umsetzung des Projektes HaLT in Sachsen* durchgeführt.

3.4.5 Handlungsfeld Polizei

Die im sächsischen Polizeigesetz verankerte Aufgabe der Gefahrenabwehr schließt die Aufgabe der polizeilichen Drogenprävention mit ein. Die polizeiliche Drogenprävention erfolgt auf Grundlage landesweit geltender Rahmenkonzepte, die Ziele, Zielgruppen, Inhalte und Methoden der polizeilichen Drogenprävention definieren und die an regionale Gegebenheiten sowie Bedarfe der einzelnen Schulen angepasst werden können.

Das zentrale Ziel der polizeilichen Drogenprävention ist es, Kinder und Jugendliche vor den Gefahren des Drogenmissbrauchs und Straftaten im Zusammenhang mit Drogen zu schützen.

Die suchtpreventiven Angebote der Polizei richten sich insbesondere an die Zielgruppen Schüler, Lehrer und Eltern. Dabei sind als Hauptzielgruppen Schüler der 7. Klassen an Gymnasien, Mittel- und Förderschulen sowie Lehrer und Eltern von Schülern der 7. Klasse definiert.

In bzw. ab der 7. Klasse konsumieren Jugendliche häufig erstmals illegale Drogen. Die Gruppe der Gleichaltrigen dient in diesem Alter in zunehmendem Maße der Orientierung für eigene Einstellungen und Verhaltensweisen und wird wichtigster Meinungsbildner und Orientierungspunkt. Der erzieherische Einfluss und die Vorbildwirkung der Eltern und anderer wichtiger, erwachsener Bezugspersonen hingegen verlieren an Bedeutung. Der Gruppendruck Gleichaltriger ist deshalb ein typisches Motiv für das erstmalige Ausprobieren illegaler Drogen.

3.4.6 Handlungsfeld Betrieb

Der Arbeitsplatz ist ein geeigneter Ort, um Arbeitnehmer verschiedenster Altersgruppen kontinuierlich zu erreichen: Sowohl Auszubildende im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter als auch erwachsene Arbeitnehmer, von denen insbesondere die älteren Personen zu den von der suchtpreventiven Arbeit weniger berücksichtigten Zielgruppen gehören.

Sichtbar sind meist nur indirekte Faktoren wie Fehlzeiten, Anlaufschwierigkeiten am Wochenanfang, Leistungsminderung und Arbeitsunfälle. Das ist jedoch keine individuelle Angelegenheit, sondern hat ebenso Folgen für den Betrieb, das soziale Umfeld und die Gesellschaft. Nachhaltige Konzepte zur betrieblichen Suchtprävention sollten deshalb schon in der Berufsausbildung verankert sein (vgl. Kapitel 3.5.1.3).

Die betriebliche Suchtprävention umfasst einerseits Maßnahmen, die über die schädlichen Folgen von Suchtmittelkonsum auf die Gesundheit informieren und darüber hinaus über die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitssicherheit. Andererseits geht es um die gesundheitsgerechte und -fördernde Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen. Hierzu gehören auch Weiterbildungen, die Ausbilder, Vorgesetzte o. a. Mitarbeiter des Betriebs stärken, sich gegenüber betroffenen Mitarbeitern angemessen zu verhalten.

3.5 Angebote

3.5.1 Universelle Prävention

3.5.1.1 Handlungsfeld Kindertageseinrichtung

FREUNDE – Ein Programm zur Lebenskompetenzförderung in Kindertageseinrichtungen

FREUNDE ist ein langfristiges und nachhaltiges Angebot zur Förderung der Lebenskompetenz von Kindern in Kindertageseinrichtungen. Die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. koordiniert das in Bayern (Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.) entwickelte Programm seit 2007 in Sachsen im Rahmen des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“.

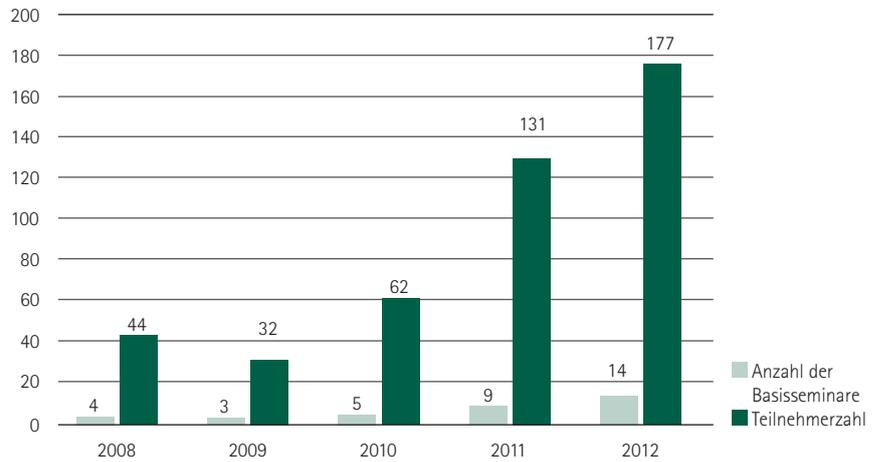
Programmanliegen sind, ein positives Konzept von Gesundheit zu vermitteln, an den Ressourcen der Kinder anzusetzen und alle Kita-Akteure sowie die Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen.

Im Mittelpunkt der standardisierten Fortbildungsmodule für das pädagogische Fachpersonal stehen Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, Problemlösefähigkeit in Gruppen, Verantwortungsbereitschaft, Umgang mit Stress und Emotionen sowie kreatives und kritisches Denken. Mit den fünf pädagogischen Vorhaben: „Mit viel Gefühl – Selber mach Tag – Kinder reden mit – Ein Platz zum Streiten – Inseln der Ruhe“ werden die *FREUNDE*-Inhalte praxisnah transportiert und zu konkreten Umsetzungsmöglichkeiten für Erzieherinnen und Erzieher.

Die Fortbildungen werden von ausgebildeten *FREUNDE*-Trainern durchgeführt – als Inhouse-Seminare für das gesamte Kita-Team oder kitaübergreifend in den Landkreisen. In den Jahren 2008 bis 2012 wurden 53 *FREUNDE*-Trainer durch die Förderung des SMS für die *FREUNDE* Fortbildungstätigkeit in Sachsen ausgebildet. Insgesamt wurden bisher 450 pädagogische Fachkräfte in 35 Basisseminaren qualifiziert.

Direkte Kooperationspartner für die Umsetzung der Fortbildungen sind neben den freien Trägern in den Landkreisen zumeist die regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, die Jugendämter und der kommunale Gesundheitsdienst.

Abb. 5: Anzahl der Fortbildungen zum Programm FREUNDE und Anzahl der Teilnehmer in den Jahren 2008 bis 2012



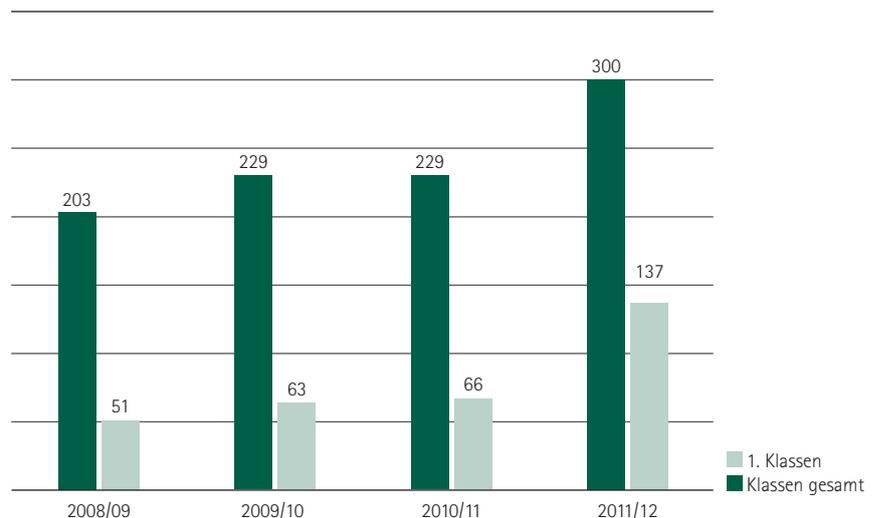
3.5.1.2 Handlungsfeld Schule

Klasse2000 – Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention in der Grundschule

Klasse2000 ist ein bundesweites Angebot für Grundschulen zur Förderung von Gesundheit, Sucht- und Gewaltvorbeugung und das bundesweit größte Programm mit dieser Zielsetzung. Mit differenzierten Unterrichtsangeboten und -materialien begleitet es die Kinder kontinuierlich von der 1. bis zur 4. Klasse und setzt auf die Zusammenarbeit von Lehrern, externen *Klasse2000*-Gesundheitsförderern und Eltern. Frühzeitig und spielerisch lernen Kinder wichtige Grundlagen für ein gesundes Leben ohne Suchtmittel. Dabei spielt die Förderung stärkeender emotionaler und sozialer Kompetenzen – wie beispielsweise Konflikt- und Problembewältigung, Kontaktfähigkeit und Kommunikation – eine zunehmende Rolle. Aber auch die Bereiche Bewegung, gesunde Ernährung und Entspannung zählen zu den wichtigen Inhalten des Programms. Eltern erfahren eine Stärkung ihrer Erziehungskompetenz, Lehrer erhalten für ihre pädagogische Arbeit wichtige Anregungen. Organisatorische und finanzielle Unterstützung erhält das Programm u.a. durch die Fachstellen für Suchtprävention, diverse Lions-Clubs sowie zahlreiche regionale Initiativen.

Bereits seit 1998 nehmen sächsische Grundschulklassen am Programm teil, wobei in den letzten Jahren ein signifikanter Zuwachs in der Teilnahme zu verzeichnen ist (Abb. 6). Im Schuljahr 2011/2012 beteiligten sich im Freistaat Sachsen insgesamt 300 Klassen und somit fast doppelt so viele wie 2006/2007.

Abb. 6: Entwicklung der Teilnahme von Grundschulklassen insgesamt und 1. Klassen am Programm Klasse2000 in den Schuljahren 2008/2009 bis 2011/2012



Die regionale Verteilung der Schulklassen, die im Schuljahr 2011/2012 am Programm *Klasse2000* teilgenommen haben, gliedert sich wie folgt:

Landkreis/Kreisfreie Stadt	Schuljahr 2011/2012	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	4. Klasse
Bautzen	28	15	6	2	5
Chemnitz (Stadt)	9	4	2	2	1
Dresden (Stadt)	21	8	6	5	2
Erzgebirge	4	4			
Görlitz	20	9	3	6	2
Leipzig (Stadt)	41	17	11	8	5
Leipzig	17	6	2	5	4
Meißen	69	27	15	16	11
Mittelsachsen	40	23	6	6	5
Nordsachsen	26	13	5	3	5
Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	21	9	3	4	5
Vogtlandkreis	1	1			
Zwickau	3	1	1		1
Gesamt	300	137	60	57	46

Tab. 12: Regionale Verteilung der Schulklassen, die im Schuljahr 2011/2012 am Programm Klasse2000 teilgenommen haben (alphabetische Reihenfolge)

Eigenständig werden

Eigenständig werden ist ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Persönlichkeitsentwicklung für Schüler der Klassen eins bis vier an Grund- und Förderschulen. Seit dem Schuljahr 2010/2011 wird eine Programmweiterung für die Klassenstufen fünf und sechs evaluiert. Die Implementierung des Programms in Sachsen wird unterstützt durch das SMK.

Das Programm zielt auf eine frühzeitige und umfassende Stärkung gesundheitsrelevanter Ressourcen und Lebenskompetenzen von Kindern ab, um der Entwicklung von Risikoverhalten, Substanzkonsum und Gewalt vorzubeugen. Die schrittweise – in interaktiver Didaktik – vermittelten substanzunspezifischen und -spezifischen Inhalte sollen Kindern helfen, sich in der Welt zurechtzufinden und schwierigen Situationen kompetent zu begegnen. *Eigenständig werden* besteht aus 42 Einheiten, die in den Unterricht integriert sind.

Eigenständig werden wird von Lehrkräften durchgeführt, die sich zuvor in einer 16-stündigen Fortbildungsveranstaltung für die Durchführung qualifiziert haben. Die Fortbildungen werden regelmäßig regional von Multiplikatoren in Kooperation mit den Regionalstellen der Bildungsagentur angeboten. Zusätzlich zur Schulung erhalten die Lehrkräfte ein – vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel konzipiertes – Programmmanual, das ein Handbuch, Unterrichtsblätter und weitere Arbeitsmaterialien enthält. Im Zeitraum 2008 bis 2011 sind in zehn Lehrerfortbildungen 115 Teilnehmer geschult worden.

Im Schuljahr 2011/2012 wurde das Programm an insgesamt 261 Schulen umgesetzt. Informationen zur Anzahl der teilnehmenden Schulen nach Schulart und Region im Schuljahr 2011/2012 liefert Tab. 13. Mit Ausnahme der Grundschulen bezieht sich die Teilnahme am Programm allerdings nicht auf die komplette Schule, sondern lediglich auf einzelne Klassen (5. und 6. Klasse).

Tab. 13: Anzahl der teilnehmenden Schulen am Programm Eigenständig werden und regionale Verteilung im Schuljahr 2011/2012 (alphabetische Reihenfolge)

Landkreis/Kreisfreie Stadt	Art der teilnehmenden Schule				Gesamt
	Grundschule	Mittelschule	Gymnasium	Förderschule	
Bautzen	19	6	0	4	29
Chemnitz (Stadt)	5	2	1	3	11
Dresden (Stadt)	11	7	1	3	22
Erzgebirgskreis	16	5	1	3	25
Görlitz	12	5	1	5	23
Leipzig	9	4	1	0	14
Leipzig (Stadt)	14	7	3	5	29
Meißen	8	1	0	4	13
Mittelsachsen	25	3	0	4	32
Nordsachsen	16	2	3	0	21
Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	3	2	1	1	7
Vogtlandkreis	12	3	1	2	18
Zwickau	11	5	1	0	17
Gesamt	161	52	14	34	261

Quelle: Portal Schulporträt (<http://www-db.sn.schule.de/output/start.php>).

Erwachsen werden

Das Lions-Quest-Programm *Erwachsen werden* ist ein Lebenskompetenzprogramm für Schüler im Alter von 10 bis 15 Jahren, das vorrangig in der Sekundarstufe I eingesetzt wird.

Im Mittelpunkt steht die Förderung von sozialen Kompetenzen: Selbstvertrauen, kommunikative Fähigkeiten, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit und konstruktive Problemlösung erfahren eine Stärkung. Die Fähigkeiten, psychischen und physischen Gefährdungen zu widerstehen, standfest gegenüber Gruppendruck zu bleiben und die Wirkungen und Risiken von Suchtmitteln kritisch zu beurteilen, werden auf- und ausgebaut. Die Schüler erhalten 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 legale und illegale Suchtmittel, wie z.B. Medikamente, Cannabis und Ecstasy thematisiert.

Die Inhalte und Methoden des Programms werden von den Lehrkräften der Schulen vermittelt, die zuvor von speziell ausgebildeten Trainern in Einführungs- und Aufbauseminaren fortgebildet wurden. Im Freistaat Sachsen haben seit der Einführung des Programms im Jahr 2003 bis August 2010 über 3.200 Lehrer an den Einführungsseminaren teilgenommen. Die Aufbauseminare besuchten zusätzlich über 300 Lehrer. Allein im Raum Leipzig absolvierten bereits 32 % aller Lehrer die Fortbildungen (im Vergleich: 15 % im Bundesdurchschnitt)⁴⁹.

Im Schuljahr 2011/2012 wurde das Programm an insgesamt 329 sächsischen Schulen umgesetzt. Eine Übersicht zur Anzahl der teilnehmenden Schulen nach Schulart und Region liefert Tab. 14. Es ist zu beachten, dass sich die Teilnahme am Programm nicht auf die komplette Schule, sondern lediglich auf einzelne Klassen bezieht.

⁴⁹ Vgl. Lions Quest Sachsen. URL: http://www.lions-quest-sachsen.de/ueber_uns/ueber_uns.html (Zugriff am 10.01.2013).

Tab. 14: Anzahl der teilnehmenden Schulen am Programm Erwachsen werden und regionale Verteilung im Schuljahr 2011/2012 (alphabetische Reihenfolge)

Landkreis/Kreisfreie Stadt	Art der teilnehmenden Schule				Gesamt
	Grundschule	Mittelschule	Gymnasium	Förderschule	
Bautzen	20	16	4	6	46
Chemnitz (Stadt)	10	4	2	2	18
Dresden (Stadt)	6	14	4	4	28
Erzgebirgskreis	14	6	1	3	24
Görlitz	6	10	2	7	25
Leipzig	7	15	4	0	26
Leipzig (Stadt)	3	18	12	5	38
Meißen	9	4	1	5	19
Mittelsachsen	14	7	0	3	24
Nordsachsen	7	7	5	0	19
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	5	7	2	4	18
Vogtlandkreis	7	8	1	2	18
Zwickau	15	7	3	1	26
Gesamt	123	123	41	42	329

Quelle: Portal Schulporträt (<http://www-db.sn.schule.de/output/start.php>).

Be Smart – Don't Start

Be Smart – Don't Start ist ein bundesweiter Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen insbesondere der Jahrgangsstufen sechs bis acht. Die vorrangigen Ziele des Wettbewerbs sind die Imagestärkung des Nichtrauchens, das Verhindern oder Verzögern des Einstiegs in das Rauchen und das Einstellen des Zigarettenkonsums.

Im Rahmen des Wettbewerbs verpflichten sich die Schüler freiwillig in einem Klassenvertrag, sechs Monate nicht zu rauchen und geben einmal wöchentlich an, ob sie es geschafft haben. Wenn mehr als 10 % der Schüler einer Klasse geraucht haben, scheidet die Klasse aus dem Wettbewerb aus. Eine besondere Form der Beteiligung in Sachsen ist ein parallel verlaufender Kreativwettbewerb, zu dem alle angemeldeten sächsischen Klassen Beiträge einsenden können. Zum Wettbewerbsende werden unter den erfolgreichen Klassen und an die besten Kreativbeiträge Preise verliehen. Durch diese aktive Beteiligung erhält das Thema Nichtrauchen nicht nur in den Klassen, sondern darüber hinaus auch im weiteren sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen, unter Einsatz verschiedener Methoden und Medien, eine stärkere Präsenz und es wird eine nachhaltige Umsetzung angeregt. Koordiniert wird der Wettbewerb durch die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Die Förderung erfolgt durch das SMK.

Be Smart – Don't Start findet im Schuljahr 2012/2013 zum sechzehnten Mal statt. Bundesweit beteiligen sich 8.779 Klassen, davon 223 Klassen im Freistaat Sachsen. Die nachfolgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Entwicklung der Teilnehmerzahlen und über die Anzahl der Klassen, die den Wettbewerb *Be Smart – Don't Start* in den Schuljahren 2007/2008 bis 2011/2012 im Freistaat Sachsen begonnen und erfolgreich beendet haben.

Schuljahr	Anzahl der Klassen, die den Wettbewerb begonnen haben	Anzahl der Klassen, die den Wettbewerb erfolgreich beendet haben
2007/2008	382	238 (62,30 %)
2008/2009	347	226 (65,13 %)
2009/2010	350	247 (70,57 %)
2010/2011	304	214 (70,39 %)
2011/2012	254	184 (72,44 %)

Tab. 15: Anzahl der Klassen im Freistaat Sachsen, die den Wettbewerb *Be Smart – Don't Start* in den Schuljahren 2007/08 bis 2011/12 begonnen und erfolgreich beendet haben

bauchgefühl – Ein Programm zur Prävention von Essstörungen

bauchgefühl ist eine bundesweite Initiative der Betriebskrankenkassen (BKK) zur Prävention von Essstörungen bei Jugendlichen. Ziel ist es, dem Krankheitsbild durch Informationen und Sensibilisierung vorzubeugen und darüber hinaus über Beratungs und Behandlungsangebote für bereits betroffene Jugendliche dem Voranschreiten der Krankheit entgegenzuwirken.

Zentraler Bestandteil der Initiative *bauchgefühl* ist das gleichnamige Unterrichtsprogramm. Das Programm basiert auf dem Ansatz der Lebenskompetenzförderung und weist zudem ge-

schlechtsspezifische Ansätze auf. Es zielt vorrangig auf die Förderung und Erhaltung eines gesunden Essverhaltens und aktiven Lebensstils, die Entwicklung einer positiven Einstellung gegenüber dem eigenen Körper sowie auf die Stärkung und Stabilisierung des allgemeinen Selbstwertgefühls ab. Lehrer werden dabei unterstützt, das Thema Essstörungen im Unterricht aufzugreifen

Es ist für den Einsatz in den Klassenstufen sechs bis neun vorgesehen und wird von den Lehrern der jeweiligen weiterführenden Schule durchgeführt. Voraussetzung hierfür ist die Teilnahme an einer (kostenlosen) eintägigen Fortbildungsveranstaltung zur thematischen und konzeptionellen/methodischen Einführung in das Unterrichtsprogramm *bauchgefühl*. Im Jahr 2011 nahmen an den vier Fortbildungen in Leipzig und Chemnitz je 14 Lehrer bzw. Schulsozialarbeiterinnen teil. Konzipiert und durchgeführt wurden die Weiterbildungen von der Fachstelle für Suchtprävention im DB Leipzig in Kooperation mit der Sächsischen Bildungsagentur, Regionalstelle Leipzig.

Schülermultiplikatorenprojekte

Dem Peer-Education-Ansatz liegt die Überlegung zugrunde, dass Heranwachsende sich in Hinblick auf Einstellungen und Verhaltensweisen an der Gruppe der Gleichaltrigen in ihrem sozialen Umfeld orientieren. Peers gelten deshalb als geeignete Personen zur Vermittlung von gesundheitsfördernden Botschaften und Anregung von Verhaltensänderungen. Auch hinsichtlich der Einstellung zum Drogenkonsum kommt der *peer group* eine besondere Bedeutung zu. Das Prinzip des Peer-Ansatzes besteht in der Durchführung pädagogischer Arbeit mit dieser Zielgruppe, die somit eine Multiplikatorenfunktion übernehmen.

PEERaten

PEERaten ist eine Multiplikatorenweiterbildung der Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz. Sie richtet sich an Schüler der 8. Klasse bzw. Jugendliche zwischen 14 und 15 Jahren, die ihr Wissen zum Thema Sucht und Suchtprävention vertiefen und im Rahmen von selbstdurchgeführten kleinen Projekten und Aktionen in ihren sozialen Lebensräumen an Gleichaltrige weitergeben möchten.

Zu den Inhalten der Weiterbildung zählen u. a. Basiswissen zu Sucht, Risiko- und Schutzfaktoren, Suchthilfesystem, rechtliche Grundlagen, Selbstkompetenz- und Kommunikationstraining. Die Ausbildung ist kostenfrei und erfolgt in zehn dreistündigen Seminaren über die Dauer von ca. einem Schuljahr.

PEERaten wurde im Jahr 2009 aus dem Projekt *Schüler für Schüler* entwickelt und löste dieses ab. Es kommt in Mittelschulen und Gymnasien der Stadt Chemnitz sowie der Landkreise Zwickau, Erzgebirge und Mittelsachsen zum Einsatz. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Entwicklung der Teilnehmerzahlen in den Jahren 2009 bis 2012.

Tab. 16: Schülermultiplikatorenprojekt *PEERaten*: Anzahl der Gruppen und Teilnehmer in den Jahren 2009 bis 2012

PEERaten	2009	2010	2011	2012
Anzahl der Gruppen	8	6	5	8
Teilnehmerzahl/ Multiplikatoren	88	60	55	75

free your mind

Das Schülermultiplikatorenprojekt *free your mind* verfolgt den Ansatz der Lebenskompetenzförderung. Interessierte Jugendliche werden ab der 7. Klasse in einem viertägigen Camp ausgebildet. Im Fokus der Ausbildung stehen zum einen Informationen über Wirkung, Konsequenzen, Funktion und Ursachen des Suchtmittelgebrauchs sowie Verhaltensstrategien bei Substanzangeboten, zum anderen die Förderung persönlicher und sozialer Fähigkeiten. Die ausgebildeten Schüler können anschließend an ihren Schulen mit der Unterstützung von Lehrkräften bzw. Schulsozialarbeitern sowie ausgebildeten Trainern ihre Projektideen umsetzen. Mit den beteiligten Schulen bestehen Kooperationsvereinbarungen. Das Projekt ist an Leipziger Mittelschulen, Gymnasien und einer Lernförderschule implementiert.

free your mind wurde 1997 vom Gesundheitsamt Leipzig in Zusammenarbeit mit Studenten der Universität Leipzig nach der Idee des Bundesmodellprojekts *teenex* entwickelt. Seit Oktober 2000 ist es unter der Trägerschaft des Zentrums für Integration e. V. Projektpartner von *free your mind* ist u. a. die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Leipzig. *Free your mind* wurde für seinen Inhalt und seine Struktur mit dem Ersten Deutschen Präventionspreis 2004 ausgezeichnet.

Eltern Stärke(n) – für den Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder

Die Präventionsmaßnahme *Eltern stärken – für den Umgang mit dem Alkoholkonsum* ihrer Kinder verfolgt das Ziel unter aktiver Einbeziehung der Eltern einen risikoarmen Alkoholkonsum der eigenen Kinder zu fördern und Eltern evidenzbasierte und empiriegestützte Handlungsempfehlungen zum risikoarmen Alkoholkonsum ihrer Kinder zu geben. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Verhinderung kurzfristiger negativer Folgen durch Alkoholkonsum, wie z. B. Alkoholvergiftung, Verkehrsunfälle oder Gewaltausübung. Die Informationsveranstaltungen werden im Rahmen von Elternabenden an Schulen durchgeführt. Im Mittelpunkt stehen zehn Handlungsempfehlungen für den Umgang mit dem Alkoholkonsum von Kindern, die auch in Form eines Faltblattes weitergegeben werden. Weitere Themen sind allgemeine Informationen zum Thema Alkohol und Wissenswertes über die Pubertät. In Sachsen wurden für die Klassenstufen acht bis zehn an allgemeinbildenden Schulen im Zeitraum September/Oktober 2011 24 Elternabende durchgeführt.

Die Maßnahme wurde zwischen 2011 und 2012 als Pilotprojekt vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) Hamburg in Kooperation mit der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. bzw. der Koordinierungsstelle Schulische Suchtvorbeugung unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt und evaluiert. An der Evaluation nahmen neben Sachsen auch Baden-Württemberg, Berlin und Schleswig-Holstein teil. In Sachsen war die Fachstelle für Suchtprävention im DB Dresden der Kooperationspartner und koordinierte die Aktivitäten im Freistaat. Die Ergebnisse der Evaluation werden 2013 veröffentlicht.

Suchtpräventive Angebote der Polizei

Zu den suchtpreventiven Angeboten der Polizei zählen Vorträge, Diskussionsrunden, Unterrichtsstunden, Elternabende oder Projekttag.⁵⁰ Folgende Präventionsmaßnahmen werden für die verschiedenen Zielgruppen durchgeführt:

Schülerveranstaltungen: Die polizeiliche Präventionsveranstaltung für Schüler in der 7. Klasse zielt auf die Vermittlung von Informationen zu den wichtigsten legalen und illegalen Drogen, zur Wirkungsweise, zu Ursachen und Gründen für den Drogenkonsum und zur rechtlichen Situation sowie auf die Unterstützung der Entwicklung individueller Handlungsalternativen zum Erstkonsum und Verhaltensweisen in Einstiegssituationen. Drogenpräventionsveranstaltungen für Schüler sind für einen Zeitrahmen von mindestens 90 Minuten konzipiert, wobei eine Vor- und Nachbereitung durch die Schule als unverzichtbarer Bestandteil angesehen wird.

Lehrerveranstaltungen: Die Angebote für Lehrer von Siebtklässlern verfolgen das Ziel, oftmals fehlendes, aber notwendiges Wissen rund um den Drogenkonsum zu vermitteln. Die Lehrer sollen für das Thema ein Problembewusstsein entwickeln, Rechtssicherheit und Handlungskompetenzen erlangen. In einer 90-minütigen Veranstaltung gibt es Informationen zu Aussehen, Wirkung und Risiken der verschiedenen legalen und illegalen Substanzen, zu den möglichen Gründen für Drogenkonsum, zum strafrechtlichen Rahmen und zum Strafverfahren bei Delikten im Zusammenhang mit legalen und illegalen Drogen, zur Garantenstellung des Lehrers und seinen sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten, zum erzieherischen Vorgehen und zu Handlungsmöglichkeiten in Situationen, in denen Drogenkonsum eine Rolle spielt oder zumindest vermutet wird.

Elternabende: Bei Elternabenden werden die Eltern für das Thema Drogenkonsum sensibilisiert und über Aussehen und Risiken von legalen und illegalen Drogen informiert. Darüber hinaus wird der strafrechtliche Rahmen bezüglich des Umgangs mit Drogen erläutert. Neben der Informationsvermittlung stehen der Umgang mit Situationen, in denen Drogenkonsum eine Rolle spielt oder vermutet wird, sowie die elterliche Argumentationskompetenz im Mittelpunkt. Elternabende sollten in einem zeitlichen Zusammenhang mit den Präventionsveranstaltungen in der Klasse stehen. So können die Eltern mit Hinweisen zur Situation in der Klasse und mit Kompetenzen und Informationen ausgestattet werden, die sie benötigen, um das – durch die Präventionsveranstaltung in der Klasse bei den Kindern aktuell präsente – Thema Sucht/Drogen auch in der Familie bearbeiten zu können.

Unterstützend und begleitend zur schulischen Suchtprävention gibt es verschiedene Medienangebote der Polizei, dazu zählen Broschüren, Informationsreihen, Handreichungen und Software für Eltern, Schüler und/oder Lehrer.

⁵⁰ Vgl. Sächsisches Staatsministerium des Innern. Polizei Sachsen. URL: <http://www.polizei.sachsen.de/index.htm> (Zugriff am 20.01.2013)

3.5.1.3 Handlungsfeld Betrieb

Prev@WORK

Prev@WORK ist ein von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin entwickeltes und seit vier Jahren bundesweit erfolgreich erprobtes Programm, das Suchtprävention als einen festen Bestandteil in der Ausbildung, im Rahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung, integriert. Prev@WORK besteht aus den drei folgenden Modulen:

- Beratung und Coaching der Entscheidungsträger,
- Seminare für Auszubildende und
- Schulungen für Ausbilder.

Mit interaktiven Methoden, wie Test, Film und Kleingruppenarbeit werden die Auszubildenden in zweitägigen Grundlagen- und Aufbauseminaren zu Suchtgefahren sensibilisiert und über Risiken aufgeklärt, in einem verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln (z. B. durch die Vermittlung des Konzepts „Punktnüchternheit“) gefördert und es werden Handlungsalternativen sowie Unterstützungsmöglichkeiten erarbeitet.

Die Seminare und Schulungen werden von jeweils zwei ausgebildeten Prev@WORK-Trainern durchgeführt. 2011 wurden im Freistaat Sachsen acht Fachkräfte der Suchtprävention zu Prev@WORK-Trainern ausgebildet.

3.5.2 Selektive Prävention

Peer-Projekt zur Punktnüchternheit im Straßenverkehr

Das Peer-Projekt zur *Punktnüchternheit im Straßenverkehr* richtet sich an Fahranfänger im Alter von 18 bis 25 Jahren. Junge Erwachsene dieser Altersgruppe sind besonders häufig an Verkehrsunfällen beteiligt, zu denen der Konsum von Alkohol und Drogen maßgeblich beiträgt. Das Projekt verfolgt das Ziel die jungen Erwachsenen für das Thema Drogenkonsum im Straßenverkehr zu sensibilisieren und somit einen Beitrag zur Vermeidung alkohol- und/oder drogenbedingter Verkehrsunfälle bzw. zur Hebung der Verkehrssicherheit zu leisten.

Punktnüchternheit im Straßenverkehr wird überwiegend an Fahrschulen, Berufsschulen (1. und 2. Lehrjahr) und Gymnasien (11. bis 12. Klasse) der Stadt Dresden durchgeführt, wo die ausgebildeten Peers 60- bis 90-minütige Diskussionen zum Thema Alkohol- und Drogenkonsum im Straßenverkehr moderieren.

Das Projekt wird seit 2006 durch die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden koordiniert. Seit 2008 wird es vom SMI über die Richtlinie zur Förderung von Maßnahmen der Verkehrserziehung und -aufklärung zur Hebung der Verkehrssicherheit gefördert.

Im Zeitraum 2008 bis 2012 wurden insgesamt 342 Einheiten durchgeführt mit denen 3.869 Fahranfänger erreicht wurden (siehe Abb. 7 und Abb. 8). Davon entfielen ca. 50 % auf das Setting Fahrschule, wo die Teilnehmer in optimaler Weise unmittelbar vor dem Erwerb der Fahrerlaubnis erreicht werden konnten. Die andere Hälfte der Peer-Einheiten fanden zum größten Teil an Berufsschulen und ein geringerer Anteil an Gymnasien statt.

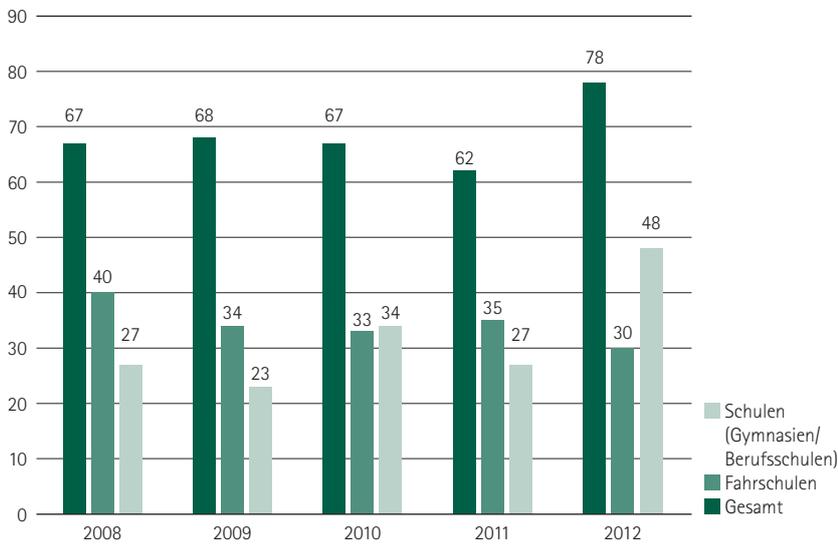


Abb. 7: Anzahl der durchgeführten Einheiten des Peer-Projekts Punktnüchternheit im Straßenverkehr in den Jahren 2008 bis 2012

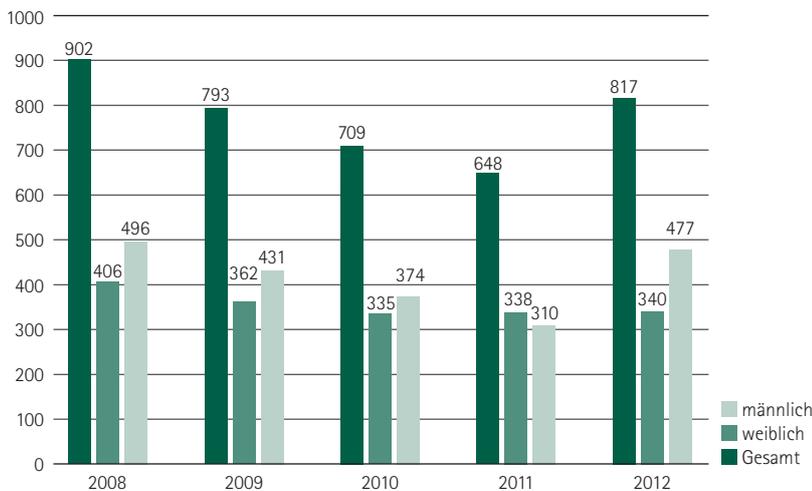


Abb. 8: Anzahl der Teilnehmer am Peer-Projekt Punktnüchternheit im Straßenverkehr in den Jahren 2008 bis 2012

MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

MOVE ist ein Beratungs- und Interventionskonzept zur Förderung und Unterstützung der Veränderungsbereitschaft von jungen Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum, basierend auf den Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“. Die Inhalte und Methoden von MOVE werden im Rahmen einer dreitägigen Ausbildung zum MOVE-Trainer vermittelt. Zielgruppe der MOVE-Ausbildung sind Kontaktpersonen von Jugendlichen in sozialpädagogischen, pädagogischen und anderen Handlungsfeldern: Fachkräfte der Jugend- und Jugendsozialarbeit, des Kinder- und Jugendschutzes sowie der Hilfen zur Erziehung, Mitarbeiter in Schulen, in der Ausbildung, in Sportvereinen, in der medizinischen Grundversorgung u.a., die Kontakt zu Jugendlichen mit Konsumerfahrung haben. Die Teilnehmer sollen darin geschult werden, Gefährdungen und Risikoverhalten bei jungen Menschen wahrzunehmen, zu thematisieren und fachliche Handlungsstrategien einschließlich der Kooperationen zum Suchthilfesystem zu entwickeln. Das Ziel der Kurse besteht vor allem darin, sozialpädagogisch tätige Fachkräfte zu befähigen, Kontakt zu riskant konsumierenden jungen Menschen herzustellen, die Kommunikation über Konsumverhalten zwischen Kontaktpersonen und Jugendlichen zu verbessern und eine professionelle Gesprächshaltung zu stärken. Junge Menschen sollen motiviert werden, sich mit ihrem Konsumverhalten kritisch auseinanderzusetzen und so die Bereitschaft zur Veränderung des problematischen Suchtmittelkonsums junger Menschen gefördert werden.

Im Zeitraum 2008 bis 2012 wurden in Verantwortung der durch den Freistaat Sachsen ausgebildeten MOVE-Trainer insgesamt 17 MOVE-Fortbildungen mit ca. 250 Teilnehmer/-innen, vorwiegend aus Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe (Jugend- und Jugendverbandsarbeit, Jugendsozialarbeit, Hilfen zur Erziehung) durchgeführt.

Alles total geheim – Kinder aus suchtbelasteten Familien

Alles total geheim ist ein Weiterbildungsangebot für Fachberater, Erzieher in Kindertageseinrichtungen, Grundschullehrer oder Sozialpädagogen, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien

arbeiten. Kinder abhängiger Eltern weisen ein erhöhtes Risiko auf, selbst abhängig zu werden. Ziel der Veranstaltung ist deshalb vor allem die Sensibilisierung der Teilnehmer für die Problematik bzw. das Erkennen von betroffenen Kindern und das Aufzeigen von Interventionsmöglichkeiten. Zu den Inhalten der Fortbildung zählen: das Erkennen und der Umgang mit der Problematik bzw. mit den Kindern und Eltern, die Möglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme sowie Informationen zum Thema Abhängigkeit, Kindeswohlgefährdung und regionale Hilfsangebote.

Das eintägige, kostenfreie Angebot wurde von den drei Fachstellen für Suchtprävention gemeinschaftlich entwickelt. Es startete im Jahr 2011 mit drei Veranstaltungen und wurde 2012 wieder mit jeweils einer Veranstaltung pro Fachstelle fortgesetzt. Aufgrund des hohen Bedarfes sind zukünftig mehr als drei Veranstaltungen geplant.

3.5.3 Indizierte Prävention

Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit

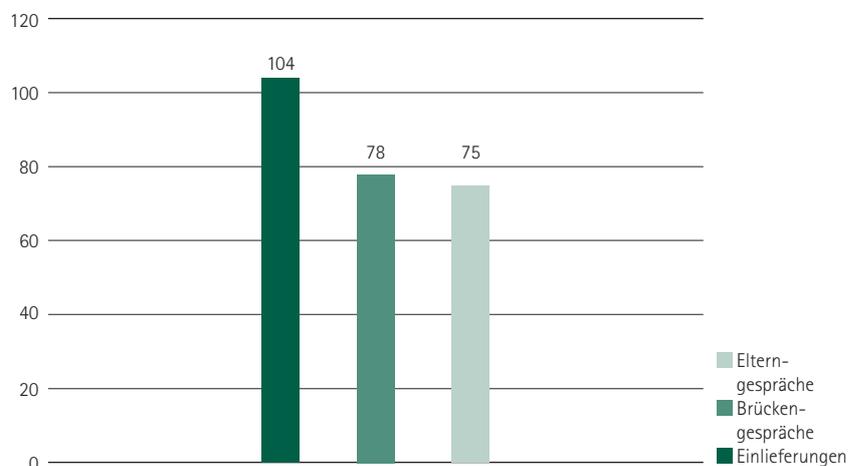
Die indizierte Suchtprävention im Freistaat Sachsen umfasst vor allem Aktivitäten im Rahmen des alkoholspezifischen Präventionsprojekts *HaLT* reaktiver Projektteil. *HaLT* ist ein bundesweit implementiertes Modellprojekt, das sich an Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum richtet, die mit einer schweren Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen.

HaLT kann in einen proaktiven und einen reaktiven Projektteil untergliedert werden. Im proaktiven Teil wird auf kommunaler Ebene 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 betroffenen Kindern und Jugendlichen das Angebot einer Kurzintervention unterbreitet. Diese umfasst ein „Brückengespräch“ mit dem Kind/Jugendlichen sowie ein Beratungsgespräch mit den Eltern. Das eintägige Gruppenangebot „Risiko-Check“ vermittelt den Kindern und Jugendlichen substanzspezifische Informationen und Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol.

Die Bemühungen, *HaLT* als Antwort auf den Trend der steigenden Behandlungszahlen von Jugendlichen wegen Alkoholintoxikation (vgl. Kapitel 2.1.2) in sächsischen Kommunen zu implementieren, wurden fortgesetzt. *HaLT* wird seit 2008 in Dresden und seit 2010 in Leipzig umgesetzt. Um die Implementierung von *HaLT* zu unterstützen, hat das SMS in Kooperation mit den Krankenkassen und den beiden Projektstandorten Dresden und Leipzig eine Rahmenvereinbarung zur Umsetzung des *HaLT*-Projekts in Sachsen erarbeitet. Diese ermöglicht seit dem 01.01.2012 die finanzielle Absicherung des reaktiven Bausteins durch die beteiligten Krankenkassen. Ziel ist, dass noch mehr Kommunen in Sachsen das Projekt übernehmen und umsetzen.

Beispielhaft sind die Ergebnisse des *HaLT*-Projektes in der Stadt Leipzig (Erhebungszeitraum: 01.01.2012 bis 31.12.2012) in den folgenden Abbildungen dargestellt. In dem beschriebenen Zeitraum wurden 104 Jugendliche in ein Krankenhaus eingeliefert, davon fand mit insgesamt 78 Jugendlichen ein Brückengespräch statt (vgl. Abb. 9).

Abb. 9: Verteilung der Maßnahmen im Projekt HaLT



Die Altersverteilung der im Krankenhaus erreichten Jugendlichen umfasst die Altersspanne von elf bis 17 Jahren, wobei die Gruppe der 15-jährigen Jugendlichen am häufigsten vertreten war. Das Durchschnittsalter betrug 15,4 Jahre (vgl. Abb. 10).

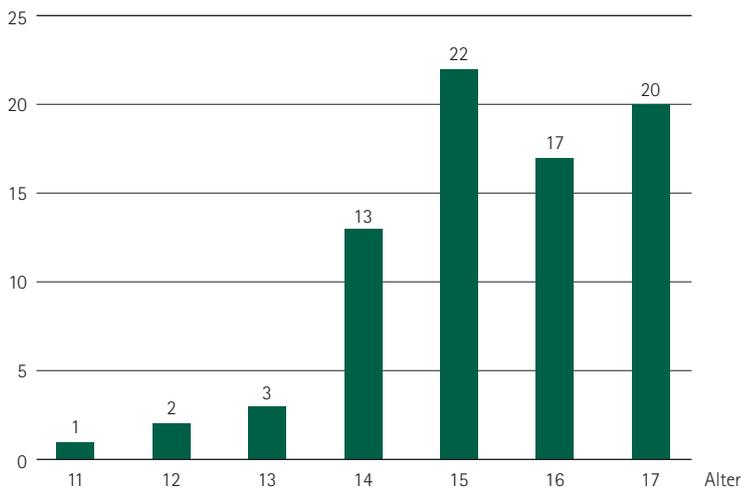


Abb. 10: Altersverteilung der Jugendlichen im Projekt HaLT

Die folgende Abb. 11 informiert über die Verteilung der Blutalkoholkonzentration bei den Jugendlichen. Der höchste Anteil entfiel mit 36 % auf den Bereich 1,5 ‰ bis unter 2 ‰. Der durchschnittliche Promillewert der Mädchen fiel mit 1,4 ‰ geringer aus als bei den Jungen mit 1,8 ‰.

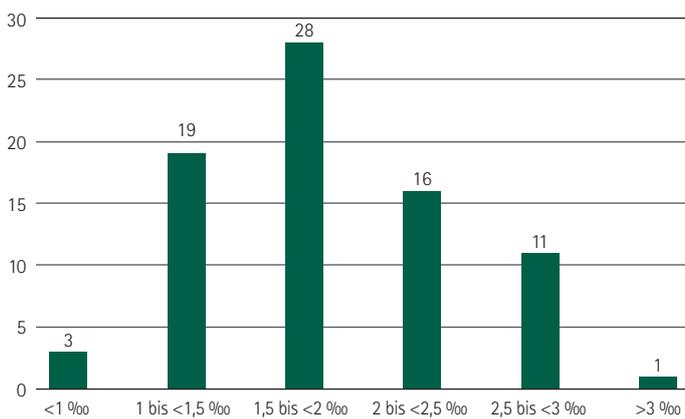


Abb. 11: Verteilung der Blutalkoholkonzentration bei den Jugendlichen (N = 92)

3.6 Qualitätssicherung: Qualifizierung, Dokumentation und Evaluation

Qualitätssicherung in der Suchtprävention bezieht sich vorrangig auf die strukturellen Voraussetzungen der suchtpreventiven Arbeit, den Prozess der Umsetzung und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Ergebnisse.

Zielgerichtete und systematische Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Qualität der Suchtprävention kontinuierlich zu verbessern. Dies umfasst insbesondere die Qualifizierung der Fachkräfte sowie die Dokumentation und die Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen.

3.6.1 Qualifizierung

Suchtpreventive Arbeit sollte von professionellen Fachkräften durchgeführt werden, die adäquat qualifiziert sind. Qualifikation umfasst dabei auch die regelmäßige Weiterbildung.

Ein Element der Qualifizierung stellt die Ausbildung von Fachkräften zu Trainern dar, beispielsweise in den Programmen *Prev@WORK* und *MOVE*. Andere, z. B. *FREUNDE* werden von Erziehern und Lehrern durchgeführt, die von speziell ausgebildeten Trainern dafür fortgebildet und für die thematische und methodische Umsetzung der jeweiligen Programme qualifiziert wurden.

Fachtagungen und Regionalkonferenzen leisten neben ihrer Netzwerkfunktion außerdem einen Beitrag zur fachlichen Qualifizierung der verschiedenen Akteure. Parallel und ergänzend zu den nachfolgenden Sonderveranstaltungen finden regelmäßig Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen zu suchtpreventiven Themen auf kommunaler und überregionaler Ebene in Verantwortung von öffentlichen und freien Trägern statt.

Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“

Um die weitere Entwicklung von qualitätssichernden Maßnahmen und die kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung der Suchtprävention zu unterstützen, fand am 2. und 3. Mai 2011 in Dresden die Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ statt. Die Fachtagung wurde in Zusammenarbeit von der BZgA und dem SMS organisiert und unter maßgeblicher Beteiligung der Fachstellen für Suchtprävention und der SLfG durchgeführt. Die Veranstaltung knüpfte inhaltlich an die erste Fachtagung 2009 in Düsseldorf an, welche sich vorrangig mit den Themenbereichen Qualität, Qualitätssicherung und -verbesserung, aktuellen Standards und deren Verbreitung beschäftigte.

Regionalkonferenzen des LPR

Mit den Regionalkonferenzen⁵¹ unterstützt der LPR die Landkreise und kreisfreien Städte bei der erforderlichen Vernetzung präventiver Angebote und Aufgabenstellungen. Fachlichtheoretische Inputs sollen mit praktischem Erfahrungswissen verknüpft werden. In den Landkreisen Meißen und Görlitz widmeten sich die Regionalkonferenzen schwerpunktmäßig dem Thema Suchtprävention. Die Veranstaltungen fanden im Jahre 2010 im Großenhain bzw. Görlitz mit sehr hoher Beteiligung statt. Zu den Zielgruppen zählten neben Fachkräften für Suchtprävention, u. a. auch Behördenleiter sowie Mitarbeiter kommunaler Verwaltungen, Jugendhilfe, Bildungseinrichtungen und Polizei sowie von Institutionen, die Träger oder Beteiligte von suchtpreventiven Maßnahmen sind.

3.6.2 Information, Dokumentation und Evaluation

3.6.2.1 Information

Homepage der Fachstellen

Um die Vernetzung von (potentiellen) Kooperationspartnern zu fördern und Informationen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, wurde der Internetauftritt der sächsischen Fachstellen für Suchtprävention im Jahr 2011 neu gestaltet. Seit April 2011 bietet die Homepage⁵² Informationen zu Angeboten und Veranstaltungen der Fachstellen in Chemnitz, Dresden und Leipzig. Seit Juni 2011 können auch Angebote der Kooperationspartner in den Landkreisen recherchiert werden. Außerdem werden auf den Seiten Materialien zum Verleih (z. B. Methodenkiste, Rauschbrillen) und zum Verkauf (z. B. Broschüren) angeboten. Seit 2012 besteht auch die Möglichkeit, sich über diese Seite online zu Veranstaltungen der Fachstellen für Suchtprävention anzumelden. Nachdem im Jahr 2011 rund 7.100 Zugriffe auf die Seite verzeichnet werden konnten, stieg die Zahl im Jahr 2012 auf fast 11.200 Besuche.

PrevNet

Ein weiteres Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Suchtprävention stellt das Internetportal *PrevNet* dar.⁵³ *PrevNet* ist ein dynamisches, interaktives Fachportal zur Suchtvorbeugung, das Fachkräften in der Suchtprävention und anderen interessierten Personen als Wissens- und Informationsdatenbank dient. Es liefert Informationen über Einrichtungen, Akteure, Veranstaltungen, Projekte, Studien und Materialien der Suchtprävention und stellt diese online zur Verfügung. Gleichzeitig unterstützt es die Mitglieder im fachlichen Austausch und in der zielgerichteten Zusammenarbeit zu aktuellen Themen. Vorrangiges Ziel von *PrevNet* ist die Erhöhung der Effektivität der Suchtvorbeugung durch Vernetzung der Fachkräfte in der Suchtprävention und somit die Verbesserung der Qualität der Suchtvorbeugung.

51 Der Vorstand des Landespräventionsrates beschloss anlässlich seiner 2. Sitzung am 24. Februar 2009, in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Regionalkonferenzen durchzuführen. Im Zusammenhang mit der Verwaltungsreform vom August 2008 musste u. a. die Verantwortlichkeit und Koordinierung der kommunalen Präventionsarbeit auf Ebene der Landkreise neu organisiert werden.

52 www.suchtpraevention-sachsen.de (Zugriff am 13. Januar 2013).

53 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *PrevNet*, Fachportal der Suchtvorbeugung, URL: www.prevnet.de (Zugriff am: 10. Januar .2013).

PrevNet ist ein – seit dem Jahr 2004 bestehendes – Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und den Landeskoordinatoren der Suchtprävention der beteiligten Bundesländer in Deutschland, welche die Mitgliedschaft für in der Suchtprävention tätige Personen organisieren. Im Freistaat Sachsen wird diese Aufgabe derzeit im SMS wahrgenommen. Gegenwärtig sind im Freistaat Sachsen 49 Personen aus 32 Institutionen Mitglied bei PrevNet.

3.6.2.2 Dokumentation

Eine bundesweite Etablierung hat das EDV-gestützte Dokumentationssystem *Dot.sys* gefunden, welches von der BZgA und den Koordinatoren für Suchtprävention der Länder entwickelt und im Jahr 2005 erstmals eingesetzt wurde. Mit *Dot.sys* können wesentliche Merkmale eines suchtpreventiven Angebots – z. B. Inhalte, Zielgruppe, Anzahl der Teilnehmer – dokumentiert werden. Es trägt somit zu einem verbesserten Überblick über die suchtpreventiven Aktivitäten sowie zu einer verbesserten Transparenz der Arbeit bei.

Im Freistaat Sachsen nutzen die Fachstellen für Suchtprävention in den sächsischen Direktionsbezirken und die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. *Dot.sys* für die Dokumentation ihrer Aktivitäten. Nachfolgend sind einige ausgewählte Ergebnisse der *Dot.sys*-Auswertung 2011 aufgeführt.⁵⁴

Dot.sys-Auswertung 2011

Anzahl der Maßnahmen und Präventionsart

Die Gesamtzahl der Maßnahmen, die im Jahr 2011 von den Fachstellen für Suchtprävention in den sächsischen Direktionsbezirken und der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. mit *Dot.sys* erfasst wurden, beträgt 537. Die durchgeführten und dokumentierten Maßnahmen waren zum überwiegenden Teil Maßnahmen der Verhaltensprävention. Innerhalb des Bereichs der Verhaltensprävention war mit fast 70,0 % der größte Teil der Maßnahmen dem Bereich der universellen Prävention zuzuordnen. 14,5 % entfielen auf den Bereich der selektiven Prävention. Im Bereich der indizierten Prävention wurden mit 3,5 % nur wenige Maßnahmen vorgehalten bzw. erfasst. Der Verhältnisprävention (strukturelle Prävention) ließen sich 12,5 % der Maßnahmen zuordnen.

Zielgruppe

Von den insgesamt 537 dokumentierten Maßnahmen richtete sich mit 46,6 % knapp die Hälfte an die Zielgruppe der Multiplikatoren. 3.341 Personen konnten auf diesem Wege erreicht werden. 41,7 % der Maßnahmen zielten auf die Gruppe der Endadressaten, hier wurden 7.356 Personen erreicht. Auf den Bereich Öffentlichkeitsarbeit entfiel mit 11,9 % der kleinste Anteil aller Maßnahmen (siehe Abb. 12).

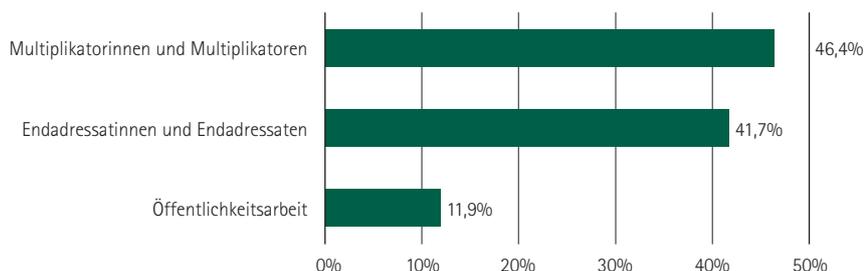


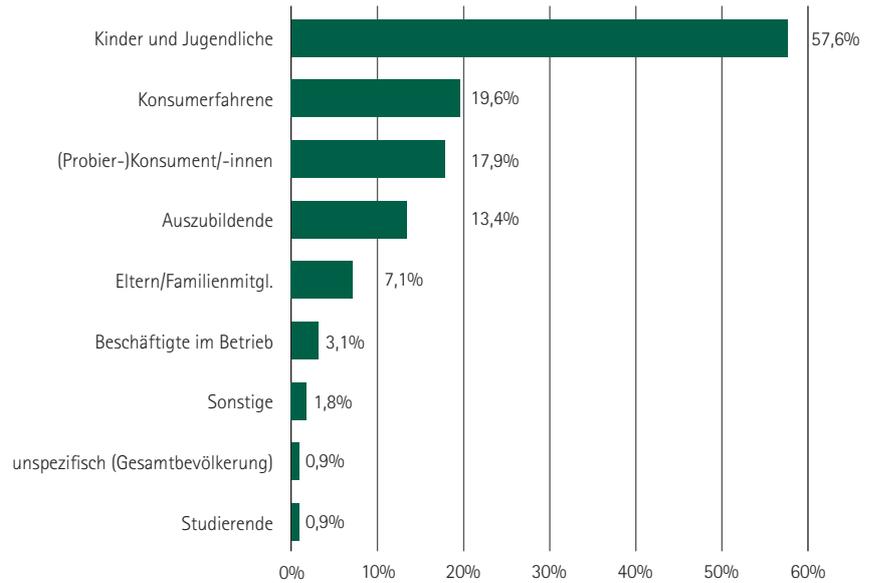
Abb. 12: Dot.sys-Auswertung 2011 – Zielebene bzw. Zielgruppen (Basis n = 537)

Eine weitere Differenzierung der beiden Hauptzielgruppen Multiplikatoren und Endadressaten zeigt die Bedeutung der Maßnahmen für die verschiedenen Unterzielgruppen. Unter den Endadressaten nahmen Kinder und Jugendliche die mit Abstand größte Bedeutung als Zielgruppe

⁵⁴ Folgendes ist zu beachten: Zum einen bilden die Daten nur einen Teil der suchtpreventiven Aktivitäten im Freistaat Sachsen ab, da nur die Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention sowie der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. mit *Dot.Sys* erfasst werden. Die suchtpreventiven Maßnahmen, die durch andere Akteure in den Landkreisen und kreisfreien Städten des Freistaat Sachsen vorgehalten werden, bleiben an dieser Stelle unberücksichtigt. Gleichermaßen unberücksichtigt bleibt der große Anteil konzeptioneller Tätigkeiten, den die Fachstellen durchführen und der für die Umsetzung und Durchführung von Maßnahmen unerlässlich ist. Zum anderen ist aufgrund der Veränderung von Auswertungsmodulen – im Rahmen der jährlichen Überarbeitung des Dokumentationssystems – ein Vergleich der Daten für den Berichtszeitraum 2011 mit den Auswertungsergebnissen der Vorjahre an einigen Stellen nur eingeschränkt möglich.

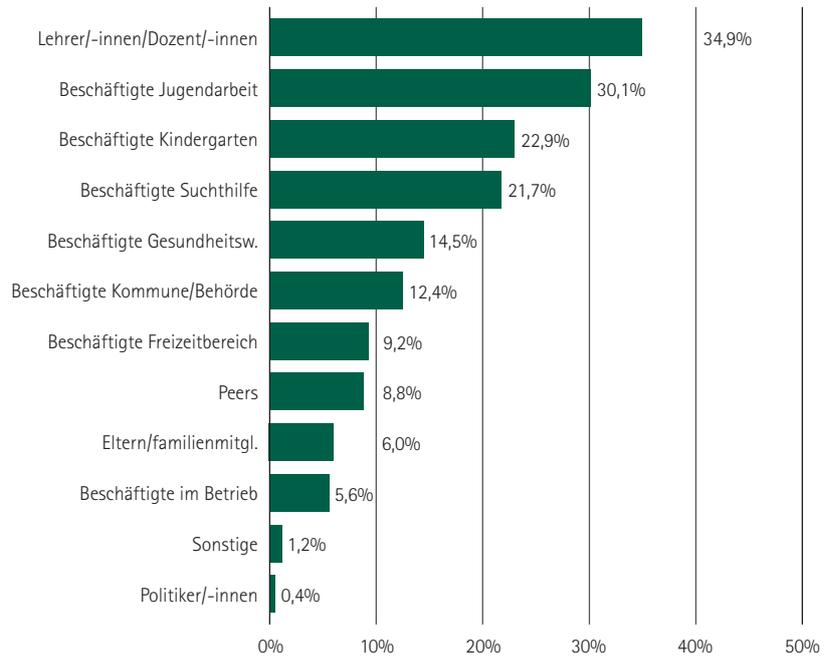
suchtpräventiver Angebote ein: Mit 57,6 % richteten sich mehr als die Hälfte der Maßnahmen an diese Zielgruppe. Eine eher geringere Bedeutung als Zielgruppe lässt sich Eltern/Familienmitgliedern (7,2 %) sowie Beschäftigten im Betrieb zuschreiben (3,1 %).

Abb. 13: Dot.sys-Auswertung 2011 – Maßnahmen, die sich an Endadressaten richten, Mehrfachnennung möglich (Basis n = 224)



Zu den am häufigsten erreichten Multiplikatoren zählten Lehrer/Dozenten (34,9 %) und Beschäftigte in der Jugendarbeit (30,1 %). Die nachfolgenden Plätze auf der Liste belegten Beschäftigte im Kindergarten (22,9 %) und in der Suchthilfe (21,7 %). Auch in dieser Verteilung spiegelt sich gleichermaßen die oben beschriebene Bedeutung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche für die Suchtprävention wider (siehe Abb. 14).

Abb. 14: Dot.sys-Auswertung 2011 – Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren richten, Mehrfachnennung möglich (Basis n = 249)



Inhaltsebene

Inhaltlich waren die meisten Maßnahmen auf die Vermittlung und Stärkung von Lebenskompetenzen ausgerichtet (siehe Abb. 16). Mit spezifischem Substanzbezug waren 43 % der Maßnahmen. Davon thematisierten fast alle Alkohol. Die Hälfte der Maßnahmen mit Substanzbezug beschäftigte sich (außerdem) mit Cannabis, 43,5 % thematisierten Amphetamine/Speed und 37,0 % Tabak. (siehe Abb. 15).

Fast ebenso viele Maßnahmen wie zu Cannabis sind zu Amphetaminen/Speed (worunter bei Dot.sys auch Methamphetamine fallen) angeboten worden. Die Suchtpräventionsfachkräfte haben damit auf die Steigerung der Crystal-Fälle in der Suchthilfe reagiert.

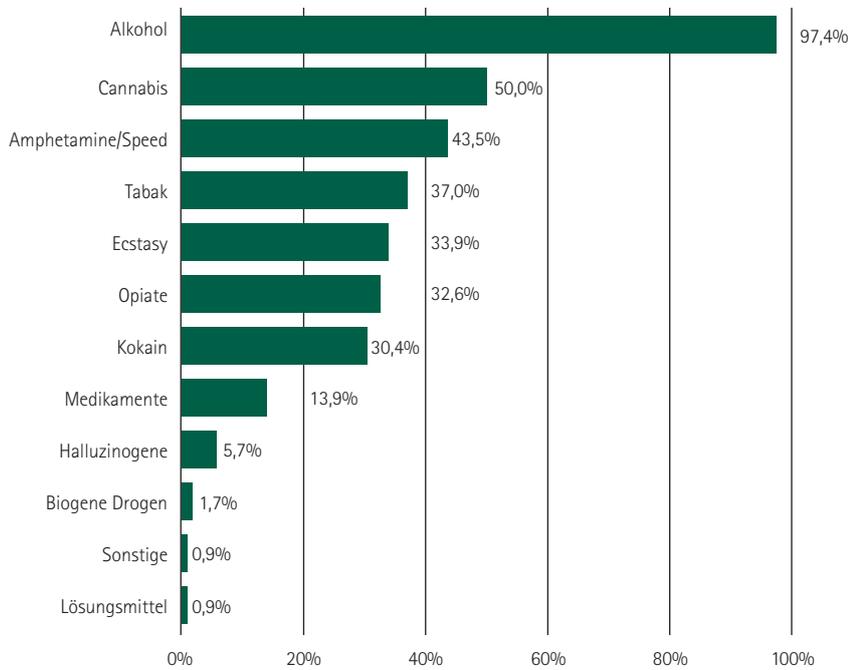


Abb. 15: Dot.sys-Auswertung 2011 – Inhaltsebene: Thematisierte Substanzen in den Maßnahmen mit Substanzbezug, Mehrfachnennungen möglich (Basis n = 230)

Fast 20 % aller Maßnahmen beschäftigten sich mit stoffungebundenen Süchten bzw. Verhaltenssüchten, darunter fallen Internet-/Computersucht (83,5 %), problematischer Umgang mit anderen Medien (59,2 %) und Essstörungen (35,0 %).

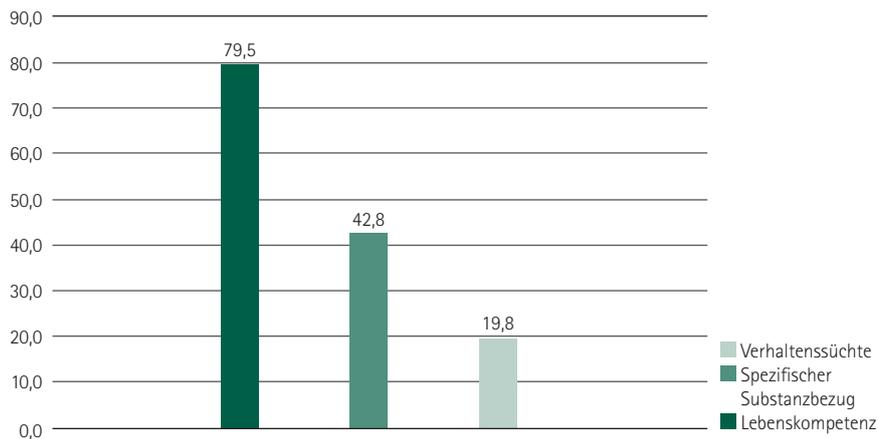
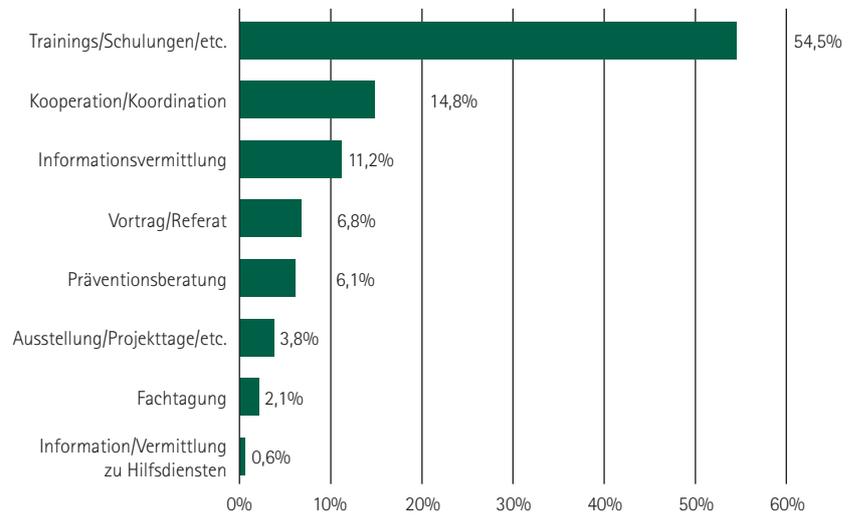


Abb. 16: Dot.sys-Auswertung 2011 – Inhaltsebene, Mehrfachnennung möglich (Basis n = 537)

Umsetzungsebene

Auf der Umsetzungsebene arbeiten die Fachkräfte für Suchtprävention mit einer Vielzahl verschiedener Methoden. Dabei spielen vor allem Fortbildungsveranstaltungen eine große Rolle: Mehr als die Hälfte aller Maßnahmen (54,5 %) wurden durch die Fachkräfte in Form von Trainings und Schulungen umgesetzt.

Abb. 17: Dot.sys-Auswertung 2011 – Umsetzungs-
ebene/Angewandte Methoden (Basis n = 473)



3.6.2.3 Evaluation

Die in Kapitel 3.5.1 dargestellten Programme sind überwiegend bundesweit evaluiert. Weitere Angebote der Suchtprävention in Sachsen werden anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt und intern evaluiert, z. B. in Form von Fragebögen. Im Rahmen der Prozessevaluation werden die Ergebnisse genutzt, um einzelne Programme an regionale Gegebenheiten und Bedarfe anzupassen.

4. Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen im Freistaat Sachsen

4.1 Ambulante Angebote

4.1.1 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB)

Für eine Vielzahl suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen sowie ihren Angehörigen stellen SBB die erste Anlaufstelle dar, um Kontakte zu ambulanten und wohnortnahen Beratungs- und Unterstützungsangeboten herzustellen und Fragen bzw. Problemstellungen im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch bzw. -konsum zu thematisieren.

Nach § 6 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) sind die Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit für die Gewährung und Koordinierung von Hilfen für Menschen mit einer Suchterkrankung zuständig und haben SBB einzurichten.

Gemäß der Richtlinie Psychiatrie und Suchthilfe ist eine Beteiligung des Freistaates Sachsen mit maximal 45 % an der Finanzierung möglich.

Insgesamt 46 SBB stehen im Freistaat Sachsen zur Verfügung. Diese haben zusätzlich 24 Außenstellen und Außensprechstunden eingerichtet, um auch in ländlichen Gebieten eine möglichst wohnortnahe Beratung und Betreuung für Betroffene und deren Angehörige realisieren zu können.⁵⁵ Zu den vielfältigen Aufgaben der SBB zählen neben der Beratung und Betreuung Betroffener und deren Angehörigen u. a. die Vorbereitung ambulanter und/oder stationärer Therapie, ambulante Nachsorgeleistungen, die Beratung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer sowie Selbsthilfegruppen und die psychosoziale Betreuung Substituierter. Zudem übernehmen die SBB vielfach eine wesentliche Funktion bei der Koordinierung und Vernetzung verschiedener Hilfeeinrichtungen auf kommunaler Ebene.

22 SBB sind berechtigt auf der Grundlage der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ambulante Rehabilitationen durchzuführen.

Die nachfolgende Abb. 18 informiert über die Anzahl der Fachkräfte (FK) in den sächsischen SBB in den Jahren 2008 bis 2012.

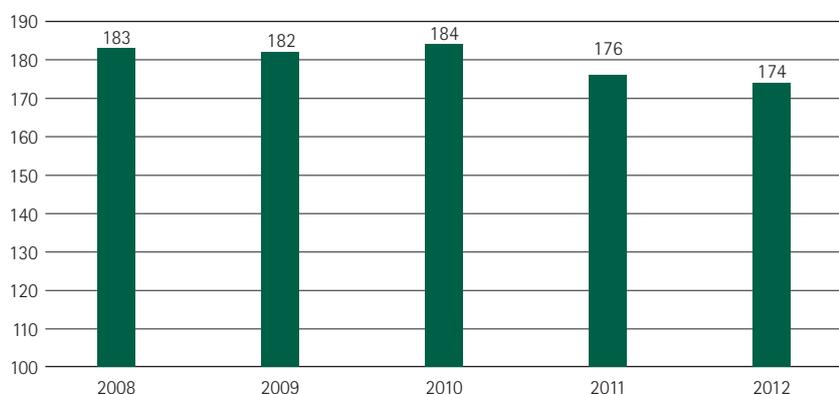


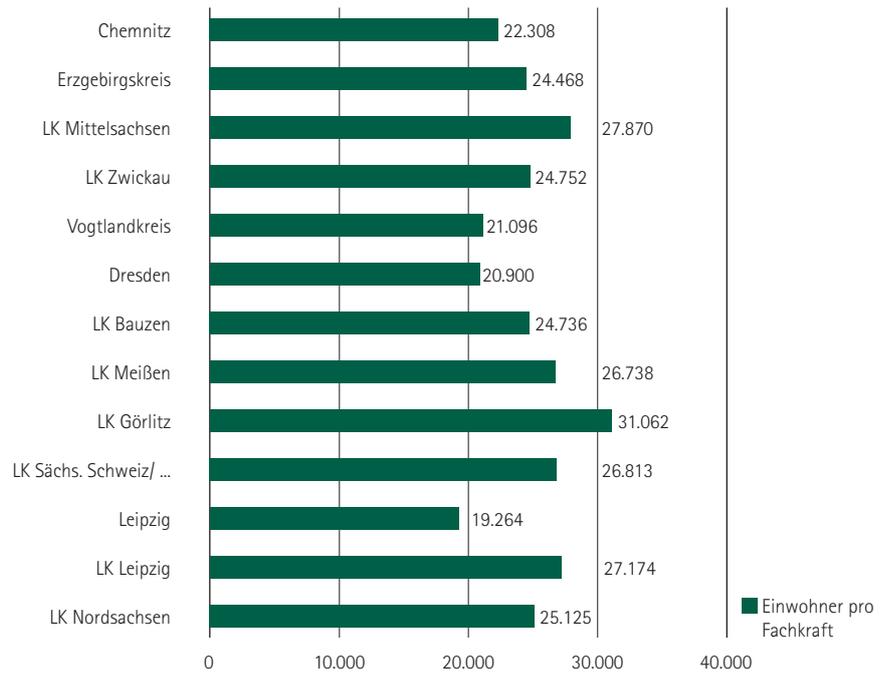
Abb. 18: SBB-FK-Kapazität im Freistaat Sachsen 2008 – 2012 (Vollzeit-FK-Stellen)

Quelle: SLS, 2013

⁵⁵ Eine Übersicht zur Verteilung der sächsischen SBB inkl ihrer Außenstellen ist der Anlage 1 zu entnehmen. Ein Adressverzeichnis wird von der SLS unter <http://www.suchthilfe-sachsen.de/datenbank> bereitgestellt.

Im Berichtszeitraum sank die Anzahl der FK um rund 4%. Ende 2012 ist ein durchschnittlicher Versorgungsgrad von einer FK pro 23.500 Einwohner realisiert. Eine Differenzierung nach Landkreisen und kreisfreien Städten wird in Abb. 19 vorgenommen. Sie weist deutliche regionale Unterschiede im Verhältnis FK pro Einwohner aus.

Abb. 19: Ambulante Suchthilfe in den sächsischen Regionen – Einwohner pro FK (Stand 31.12.2012)



Quelle: SLS, 2013

4.1.1.1 Strukturelle Merkmale betreuer Klienten

Anzahl betreuer Klienten

Die sächsischen SBB betreuen im Berichtszeitraum zwischen annähernd 28.000 und 29.000 Klienten.

Tab. 17: Anzahl betreuer Klienten in SBB (2008 – 2012)

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesamtanzahl betreuer Klienten	28.757	28.971	29.445	28.527	27.709	28.105
(Verhältnis zum Vorjahr)		(101 %)	(102 %)	(97 %)	(97 %)	(101 %)
davon:						
Zugänge	15.307	17.238	16.926	16.651	16.198	16.406
Einmalkontakte	6.344	6.380	6.099	5.842	5.781	5.831
Mehrmalige Kontakte	78%	78 %	79 %	80 %	79 %	79 %

Quelle: SLS, 2013

Die Klientenbetreuung erfolgte in drei von vier Fällen im Rahmen von mehrmaligen Kontakten. Die Auswertung verdeutlicht, dass trotz des Rückgangs der Bevölkerungszahl im Freistaat Sachsen die Nachfrage in den SBB auf einem vergleichbaren Niveau bleibt.

Betreuungsgrund/Diagnosen

Der häufigste Betreuungsgrund ist mit 55 % eine Alkoholproblematik. Eine Problematik im Zusammenhang mit illegalen Drogen weisen 24 % der Klienten auf. Andere suchtspezifische Probleme sind als Betreuungsgrund deutlich seltener vertreten.

Der Anteil der Angehörigen bzw. Bezugspersonen liegt bei 15 %. (vgl. Abb. 20)

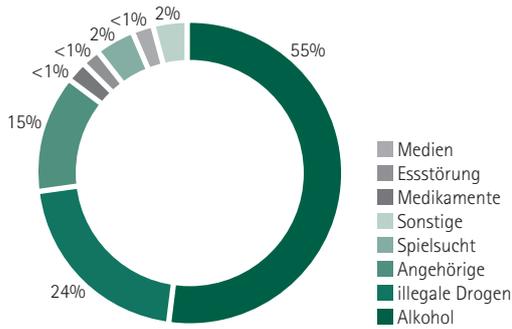


Abb. 20: Betreuungsgrund der Klienten in den SBB (2012, N = 28.105)

Quelle: SLS, 2013

Werden die der Betreuung zugrunde liegenden Hauptdiagnosen zwischen 2007 und 2011 verglichen, zeigt sich bei den illegalen Drogen eine Zunahme des Anteils von 18 % auf 24 %.

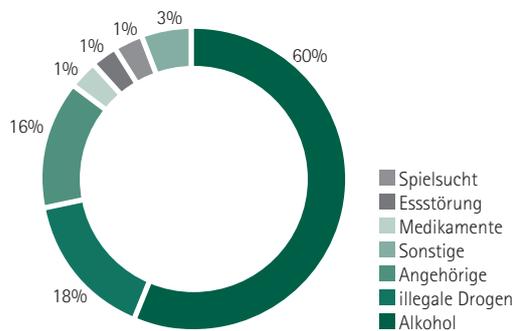


Abb. 21: Betreuungsgrund der Klienten in den SBB (2007, N = 28.757)

Quelle: SLS, 2008

Hilfebereich illegale Drogen – Konsummuster, regionale Besonderheiten

Wie aus der Abb. 22 deutlich wird, ist im Freistaat Sachsen seit 2007 im Bereich der illegalen Drogen eine kontinuierliche Zunahme bei der Anzahl der Klienten festzustellen. In den letzten beiden Jahren lag die Steigerung bei jeweils rund 5 % und hat 2012 mit 6.630 Klienten den höchsten Wert erreicht.

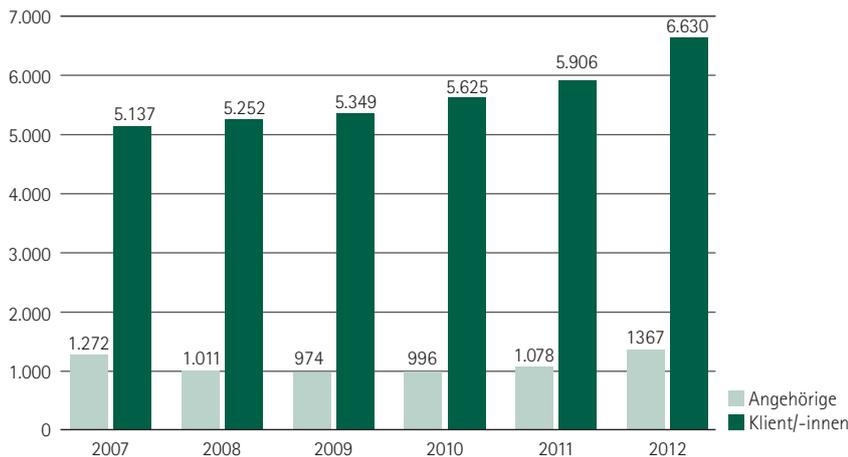
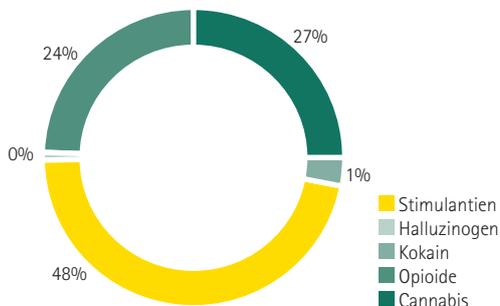


Abb. 22: Anzahl der Klienten und Angehörigen im Bereich illegaler Drogen (2007 – 2012)

Quelle: SLS, Standardisierte Jahresberichte 2007 - 2012

Im Bereich illegale Drogen nehmen auch die Angehörigen die SBB im Zeitverlauf kontinuierlich in Anspruch, gleichwohl schwankt die Anzahl der Inanspruchnahmen im Jahresvergleich. Zu den Hauptproblemsubstanzen im Bereich illegale Drogen im Jahr 2011 zählen Stimulanzien (48 %), Cannabis (27 %) sowie Opiode (24 %).

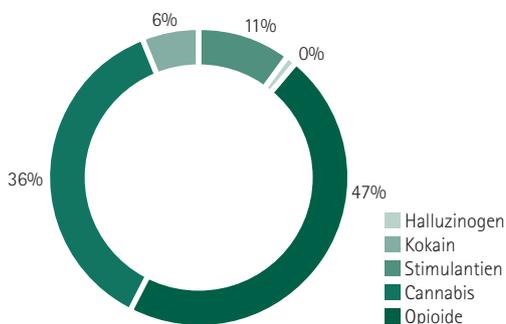
Abb. 23: Hauptproblemsubstanzen (Bereich illegale Drogen) der Klienten in den SBB im Freistaat Sachsen (2011, N = 2.763)



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

Hinsichtlich der Verteilung der Hauptproblemsubstanzgruppen zeigen sich im Freistaat Sachsen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abb. 24) deutliche Unterschiede. Auf Suchtprobleme im Zusammenhang mit Stimulanzien (z.B. Crystal) entfällt im Freistaat Sachsen ein deutlich höherer Anteil. Demgegenüber sind die Anteile bei Opioiden bzw. Cannabis unterdurchschnittlich. Im Freistaat Sachsen wird der deutliche Zuwachs im Bereich der Stimulanzien durch die in diesem Bereich dominierende Substanz Crystal bestimmt.

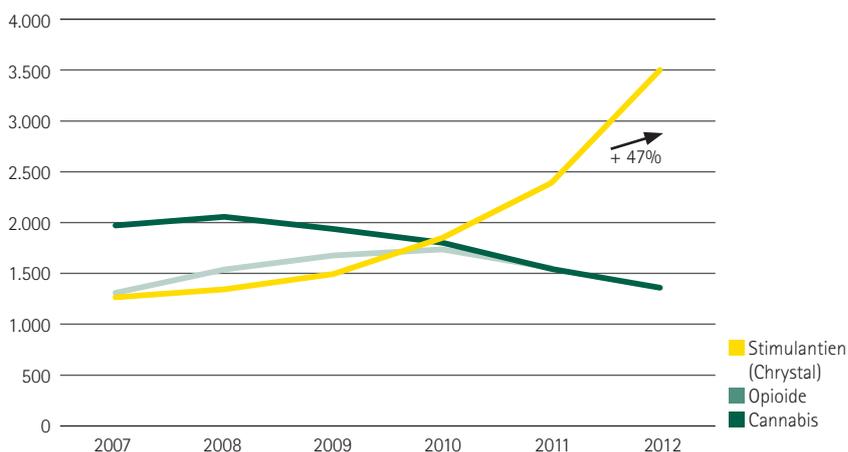
Abb. 24: Hauptproblemsubstanzen (Bereich illegale Drogen) der Klienten in den SBB in Deutschland (2011, N = 57.019)



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012

Werden die Problemsubstanzen im zeitlichen Verlauf betrachtet, so zeigen sich nachfolgende Veränderungen.

Abb. 25: Entwicklung der Klientenzahl (ausgewählte illegale Drogen) in den SBB im Freistaat Sachsen (2007 – 2012)



Quelle: SLS, 2013

Eine deutliche Steigerung der Klientenzahlen lässt sich bei der Stimulanzien-Problematik feststellen: Zwischen 2009 und den Folgejahren können die Zuwachsraten als „sprunghaft“ charakterisiert werden. Wie beschrieben liegt der Anteil der Klienten, die eine Suchtproblematik im Zusammenhang mit Stimulanzien bzw. Crystal aufweisen, im Jahr 2012 bei rund 48 %. Bei den Opioiden ist die Klientenzahl zwischen 2007 und 2010 jährlich angestiegen, zwischen 2010 und 2012 gab es einen Rückgang. Suchtprobleme im Zusammenhang mit Cannabis zählten zwischen 2007 und 2009 zu dem häufigsten Grund bei der Beratungsnachfrage, danach ist ein Rückgang zu konstatieren.

Hilfereich Pathologisches Glücksspielen

Auch im Bereich des Pathologischen Glücksspielens hat sich der Hilfebedarf in den letzten Jahren deutlich verändert.

Jahr	Anzahl Zugänge		Klienten		Reha-Anträge	
2007	276		400		31	
2008	290	(+ 5 %)	425	+ (6 %)	41	(+ 32 %)
2009	398	(+ 37 %)	584	(+ 37 %)	72	(+ 76 %)
2010	441	(+ 11 %)	646	(+ 11 %)	62	(- 14 %)
2011	467	(+ 6 %)	655	(+ 1 %)	67	(+ 8 %)

Tab. 18: Entwicklung des Hilfebedarfs bei „Pathologischem Spielen“ (F 63.0 – ICD 10)

(in Klammern: Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren)

Quelle: SLS, 2012

Während im Jahr 2007 die Anzahl der Zugänge bei 276 und die Anzahl der Klienten bei 400 lagen, wurden 2011 467 Zugänge bzw. 655 Klienten mit dem Hilfebedarf „Pathologisches Spielen“ betreut.

Altersstruktur

Die Altersstruktur der Klienten, die in den SBB im Freistaat Sachsen betreut werden, hat sich in den vergangenen zehn Jahren stark verändert. Im Jahr 2001 war die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen am stärksten vertreten, zehn Jahre später sind es die Klienten der Altersgruppen von 20 bis 29 Jahren sowie im Alter von 40 bis 54 Jahren. Die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen ist dabei im Jahr 2011 anteilmäßig deutlich stärker vertreten als im Jahr 2001. Insofern haben sich die 2007 festgestellten Tendenzen im Zeitverlauf fortgesetzt.

Die Veränderungen der Altersstruktur bei den durch die sächsischen SBB betreuten Klienten beruht einerseits auf der Zunahme jüngerer Klienten, die im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen stehen. Andererseits hat auch die Anzahl der alkoholbezogenen Störungen in diesen Altersgruppen zugenommen.

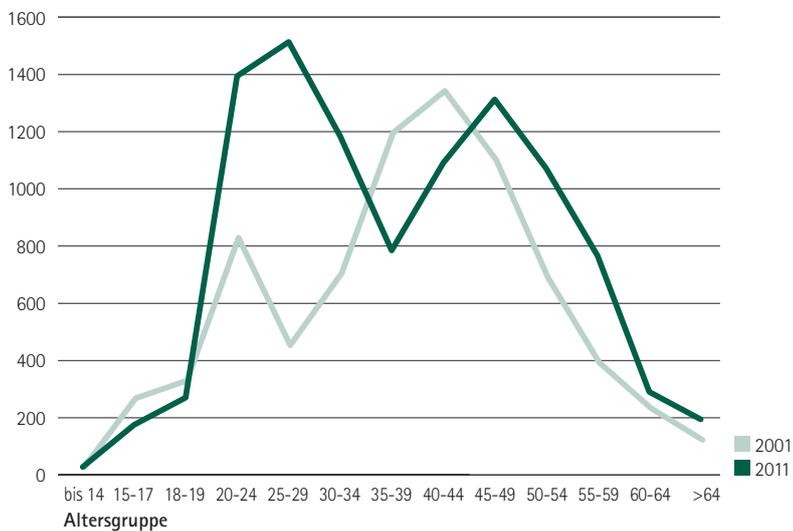


Abb. 26: Altersstruktur der Klienten (mit eigener Hauptdiagnose) im Freistaat Sachsen (2001 und 2011)

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2002 bzw. 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

Die nachfolgende Tabelle 19 informiert über den Altersdurchschnitt sowie das Alter beim Erstkonsum verschiedener Gruppen von Klienten im Vergleich zwischen dem Freistaat Sachsen und bundesweiten Ergebnissen.

Tab. 19: Altersmittelwerte verschiedener Klientengruppen in der Gegenüberstellung Freistaat Sachsen und Deutschland (2011)

Klientengruppen	Altersmittelwerte bei Betreuungsbeginn		Alter beim Erstkonsum 2011	
	2011 (in Jahren)		(in Jahren)	
	Sachsen	Deutschland	Sachsen	Deutschland
Alkohol	43,1	43,7	14,6	15,7
Opiode	30,7	35,3	19,0	21,3
Stimulanzien	25,4	26,5	17,4	17,9
Cannabis	24,8	24,7	15,6	15,3

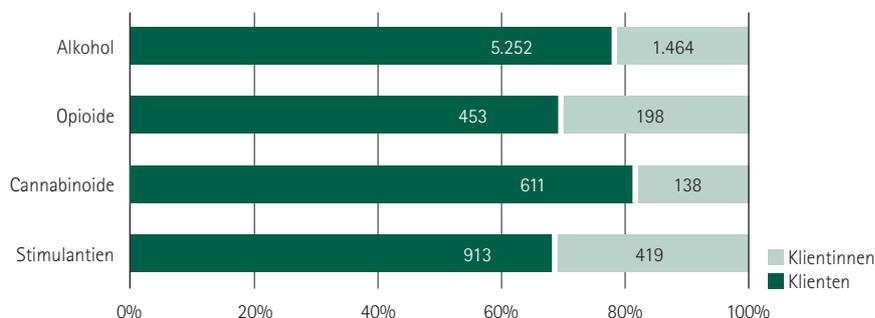
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012 und Tabellenband Freistaat Sachsen

Die Daten der Suchthilfestatistik verdeutlichen, dass die Klientengruppen im Freistaat Sachsen – mit Ausnahme von Cannabis – jünger sind, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Die deutlichsten Unterschiede bei den Altersmittelwerten bei Betreuungsbeginn sind bei den Opioiden (mit 4,6 Jahren) und Stimulanzien (mit 1,1 Jahren) festzustellen. Die Daten können als ein Hinweis gewertet werden, dass Klienten im Freistaat Sachsen früher erreicht werden. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wird der Erstkonsum von Opioiden im Freistaat Sachsen mit durchschnittlich 19 Jahren gut zwei Jahre früher angegeben.

Geschlechtsspezifische Aspekte

Bei der Verteilung der Geschlechter dominieren bei allen Substanzen die männlichen Klienten (vgl. Abb. 27).

Abb. 27: Geschlechterverteilung ambulanter Klienten differenziert nach Suchtproblematik (2011)



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

Im Vergleich zu 2007 zeigt sich eine Zunahme weiblicher Klientinnen bei Cannabinoiden mit 5,2 % und bei Stimulanzien mit 2,9 %.

Partnerschaft/im Haushalt lebende Kinder

Der Anteil alleinstehender Klienten liegt bei rund 50 % und ist im Jahresvergleich nahezu unverändert.

Tab. 20: Anteile alleinstehender Klienten (2003, 2007 und 2011)

	2003	2007	2011
alleinstehend	48,7 %	50,1 %	49,9 %

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

Die Zahl der Klienten, die gemeinsam mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben ist im Jahresverlauf kontinuierlich gestiegen. Diese Entwicklung ist auch im Zusammenhang mit einer Verschiebung der Klientengruppen hin zu jüngeren Jahrgängen zu sehen. Für die Fachkräfte der SBB erfordert dies, die Situation der betroffenen Kinder verstärkt zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 5.1.1)

Tab. 21: Anteile der Klienten mit im Haushalt lebenden Kindern unter 18 Jahren

	2008	2009	2010	2011
Klienten mit (im Haushalt lebenden) Kindern	920	1036	1116	1210

Berufliche Integration

Bezüglich des Schul- und Berufsabschlusses sind deutliche Unterschiede zwischen den Klienten mit einer Alkoholproblematik und den Klienten mit einer Diagnose im Bereich illegale Drogen erkennbar. Fehlende Schul- und Berufsabschlüsse sind vor allem für junge Klienten im Bereich der illegalen Drogen festzustellen. Über 10 % und nahezu die Hälfte von ihnen verfügen über keine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung.

Diagnose	ohne Schulabschluss	ohne Berufs-ausbildung	Altersmittelwerte	Anteil < 18 Jahre
Alkohol	5,5 %	13,9%	42,1	0,9 %
Opiode	17,2 %	49,3 %	29,2	0,2 %
Cannabinoide	10,5 %	44,0 %	24,0	7,3 %
Stimulanzien	12,7 %	44,5 %	23,5	5,1 %

Tab. 22: Hauptdiagnose und Ausbildungssituation (2011)

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

Eine Konsequenz fehlender Schul- und Berufsabschlüsse ist u. a. die Erwerbssituation der Klienten, die differenziert nach der Hauptdiagnose durch einen hohen Anteil an ALG II-Empfänger gekennzeichnet ist. Im Unterschied zur Ausbildungssituation ist jedoch auch annähernd die Hälfte der Klienten mit einer Alkoholproblematik länger als ein Jahr ohne Erwerbstätigkeit.

Diagnose	arbeitslos nach SGB III (ALG I)	arbeitslos nach SGB II (ALG II)
Alkohol	5,7	44,0
Opiode	1,9	65,1
Cannabinoide	4,0	50,9
Stimulanzien	5,6	49,8

Tab. 23: Hauptdiagnose und Erwerbssituation (2011, Angaben in %)

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

4.1.1.2 Zugangswege

Bei der Vermittlung von Klienten zeigt sich ein großes Spektrum an Instanzen, durch die die Klienten den Weg in eine SBB gefunden haben. Die nachfolgende Tab. 24 informiert über die Zugangswege von Klienten mit der Diagnose Alkohol für die Jahre 2007 bzw. 2011.

Vermittlung durch	2007		2011	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
ohne Vermittlung	24,9	23,0	34,6	30,0
Angehörige/Freunde/Bekannte	12,0	10,7	9,6	8,5
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	2,4	2,0	2,1	2,3
niedergelassener Arzt/Psychotherapeut	7,6	4,8	7,5	4,5
Krankenhaus	21,7	16,2	13,5	11,5
stationäre Rehabilitationseinrichtung	6,7	4,5	0,1	3,7
andere Beratungsdienste	4,7	3,6	0,9	0,8
Justizbehörde/Bewährungshilfe/soziale Verwaltung	2,0	8,4	0,3	5,8
ARGE/Jobcenter	5,6	9,9	3,9	9,0
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	1,0	0,6	0,3	0,4
Kosten- und Leistungsträger	2,9	3,5	2,8	4,1

Tab. 24: Zugangswege der Klienten (Hauptdiagnose Alkohol) in eine Suchtberatungs- und -behandlungsstelle (SBB) – Auszüge (Angabe in %)

* Deutsche Suchthilfestatistik 2008 und 2012, Tabellenband Freistaat Sachsen

Die zahlenmäßig größte Gruppe entfällt auf Personen, die „ohne Vermittlung“ eine SBB aufgesucht haben, diese Klienten sind aus eigener Motivation gekommen.

Im Jahresvergleich hat der Anteil der Klientinnen und Klientinnen, die „ohne Vermittlung“ in eine SBB gekommen sind, deutlich zugenommen. Krankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtung und andere Beratungsdienste sind seltener an einer Vermittlung beteiligt.

Da suchtkranke bzw. suchtgefährdete Menschen häufig zu den Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshemmnissen zählen, ist für diese Gruppe der Zugang nach § 16 Abs. 2 Nr. 4 SGB II bedeutsam. U.a. ist die Suchtproblematik häufiger noch nicht spezifisch bearbeitet. Eine Vermittlung in eine Einrichtung der regionalen Suchtkrankenhilfe, wie z. B. eine Suchtberatungsstelle kann somit einen wichtigen Schritt zur Bewältigung suchtspezifischer Probleme darstellen.

4.1.1.3 Besondere Angebote der SBB

Neben den Angeboten der Basisversorgung halten SBB in Sachsen zusätzliche bzw. besondere Angebote für abhängigkeitskranke Menschen sowie spezifische Zielgruppen bereit, die das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem ergänzen.

Neben niedrigschwelligen Hilfen, z. B. Tagesaufenthalt und Hygieneangebote (siehe Kap. 4.1.2) zählen dazu vor allem:

- Präventions- und Schulungsveranstaltungen,
- Wohnangebote,
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekte,
- tagesstrukturierende Angebote/Tagestreff,
- spezielle Beratungsangebote für besondere Zielgruppen, z. B. Online-Beratung,
- Kurse für besondere Zielgruppen, z. B. Raucherentwöhnung,
- Indikativgruppen, z. B. Training sozialer Kompetenzen.

Um ein möglichst vollständiges Bild der Behandlung, Betreuung und Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen im Freistaat Sachsen zu erhalten, wurden die Landkreise und kreisfreien Städte nach *besonderen Angeboten* innerhalb der Suchthilfe sowie in Kooperation mit angrenzenden Hilfebereichen befragt.⁵⁶ Nicht unerwartet liegen Angaben zu einem breiten Spektrum von besonderen Angeboten bzw. Arbeitsansätzen vor.⁵⁷

In der Mehrzahl wurden *Arbeits- und Beschäftigungsprojekte* genannt, die sich an Abhängigkeitskranke richten, die häufig langzeitarbeitslos sind und versuchen, abstinent bzw. weitgehend drogenfrei zu leben. Als Ziele werden vor allem eine sinnvolle Tagesstrukturierung sowie die Stärkung und Entwicklung von sozialen Kompetenzen sowie die Stabilisierung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit aufgeführt.

Die verschiedenen *Wohnangebote* zielen auf unterschiedliche Zielgruppen: abstinentmotivierter bzw. abstinenter abhängigkeitskranke Menschen oder auch nichtabstinente wohnungslose alkoholabhängige Männer.

Regelmäßige angebotene Aufenthaltsmöglichkeiten in *Tagestreffs* bieten (überwiegend) abstinenten Alkoholkranken die Gelegenheit zu Gesprächen oder zu verschiedenen Freizeitaktivitäten. Die Klienten sollen durch ein tagesstrukturierendes Angebot bei ihrer Lebensgestaltung unterstützt und im Krisenfall an ein Beratungsangebot weitervermittelt werden.

Zu weiteren *besonderen Angeboten* zählen ein spezifisches Beratungsangebot für Crystalkonsumenten, Online-Beratung für Menschen, die keine Suchtberatungsstelle aufsuchen wollen, Raucherentwöhnungskurse und Ergotherapie zur Tagesstrukturierung.

4.1.2 Niedrigschwellige Angebote

Hilfen im Bereich der niedrigschwelligen Sucht- und Drogenhilfe können als sozialraumbezogenes und szenenahes Unterstützungsangebot für suchtmittelabhängige Menschen beschrieben werden. Sie sind auf die unmittelbare Reduzierung der mit dem Substanzkonsum verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken gerichtet und können den Einstieg in weiterführende Hilfe-, Beratungs- und Betreuungsangebote ermöglichen.

Zu den Hilfen zählen

- aufsuchende Formen der Sozialarbeit,
- Aufenthalts- und Treffmöglichkeiten,
- Angebote für Ernährung und Hygiene,
- Medizinische Versorgung und Notfallhilfe,

⁵⁶ Die Erhebungsinstrumente wurden über die Psychiatriekoordinatoren bzw. Suchtbeauftragten weitergeleitet und i.d.R. an FOGS direkt zurückgeschickt.

⁵⁷ Die Darstellung der Angaben aus der Erhebung erfolgt ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die Teilnahme war den Angeboten freigestellt. Die Beispiele sollen aufzeigen, in welchen Bereichen *besondere Angebote* vorgehalten werden.

- Übernachtungsmöglichkeiten und Notschlafstellen,
- Spritzentausch und -vergabe.

Um einen Überblick der Angebote im Freistaat Sachsen zu erhalten, wurden die Landkreise und kreisfreien Städte nach *niedrigschwiligen Hilfen bzw. Angebote* innerhalb der Suchthilfe sowie in Kooperation mit angrenzenden Hilfebereichen (wie z. B. AIDS-Hilfe, Wohnungslosenhilfe) befragt⁵⁸. Nachfolgend werden die Ergebnisse⁵⁹ dargestellt.

An der Befragung haben sich insgesamt 48 Angebote, die teilweise mehrere Komponenten vorhalten, beteiligt. Knapp zwei Drittel der Angebote können organisatorisch den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen zugeordnet werden, AIDS-Beratungsstellen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie andere wurden seltener genannt.

Bezogen auf die regionale Verteilung lässt sich feststellen, dass für die Stadt Leipzig zwölf und für Dresden fünf Angebote angegeben wurden. Die weiteren Angaben verteilen sich über die Landkreise und kreisfreien Städte im Freistaat Sachsen.

Gefragt nach den vorgehaltenen Angebotskomponenten entfallen die meisten Angaben auf das Angebot *Tagesaufenthalt/Cafe* (n = 22). Ein niedrigschwelliges Aufenthaltsangebot ist in nahezu allen Fällen mit einem *Hygieneangebot*⁶⁰ (Angebote zur Körperpflege, Duschgelegenheiten, Waschmaschine) und häufig mit einem *Essensangebot*⁶¹ verbunden.

Streetwork wird siebenmal angegeben, i.d.R. verbunden mit Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung (z.B. AIDS-Prophylaxe, Hepatitisversorgung).

Niedrigschwellige *Übernachtungsangebote* werden dreimal genannt, immer verbunden mit einem Essens- und Hygieneangebot. Einzelne Angaben zu Angebotskomponenten entfallen auf *medizinische Versorgung und/oder medizinische Notfallhilfe*. (siehe Anhang).

Modellprojekt „Aufsuchende Straßensozialarbeit für erwachsene Drogenabhängige im Leipziger Osten“

Das SMS förderte 2009 bis 2011 das Projekt „Aufsuchende Straßensozialarbeit für erwachsene Drogenabhängige – Mobile Alternative“. Die Zuwendung betrug 182.500 €.

Der Drogenbeirat der Stadt Leipzig entwickelte in enger Kooperation mit Gewerbetreibenden und Anwohnern des Gebietes rund um die Eisenbahnstraße im Leipziger Osten das Projekt.

Ziele des Projektes waren insbesondere:

- Vermeidung von öffentlichem Drogenhandel und Drogenkonsum sowie
- Verhinderung der Bildung einer offenen Szene,
- verstärkte Vermittlung von Betroffenen ins Hilfesystem,
- Schaffung eines Gleichgewichts zwischen repressiven Maßnahmen und Hilfeangeboten.

Das Modellprojekt war eingebunden in das institutions- und bereichsübergreifend arbeitende Aktionsbündnis „Sicherheit im Leipziger Osten“. In diesem Zusammenhang hat sich die „Mobile Alternative“ zu einer maßgeblichen Anlaufstelle für verschiedene Berufsgruppen im Stadtteil bspw. die Polizei, Händler und Gewerbetreibende, Bürgervereine, Schulen, aber auch für Anwohner entwickelt.

Nach der Modellphase wurde das Projekt in die Regelfinanzierung der Stadt Leipzig übernommen. Bei der Auswertung der Evaluation für 2012 wurden 3.188 Kontakte zu Drogenkonsumenten gezählt. Die Kontakte in der Suchtberatungsstelle haben sich gegenüber 2011 auf 131 (2012) nahezu

58 Die Erhebungsinstrumente wurden über die Psychiatriekoordinatoren bzw. Suchtbeauftragten weitergeleitet und i.d.R. an FOGS direkt zurückgeschickt.

59 Die Darstellung der Angaben aus den beiden Erhebungen erfolgt ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die Teilnahme war den Angeboten freigestellt. Die Beispiele sollen aufzeigen, in welchen Bereichen *besondere Angebote* vorgehalten werden bzw. welche *niedrigschwiligen Angebote* existieren. Eine Auflistung der Antworten ist der Anlage 2 zu entnehmen.

60 Ein Hygieneangebot ist i.d.R. an vier bis fünf Tagen für die Klienten geöffnet, einige Angebote sind auch sieben Tage erreichbar.

61 Die Essensangebote werden auch überwiegend an vier bis fünf Tagen angeboten, manche sind an sechs bis sieben Tagen geöffnet.

verdoppelt. Die Motivation der Klientel, auch die Suchtberatungsstelle aufzusuchen, resultiert aus der Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit der Beziehungsarbeit auf der Straße.

Die Anzahl der durchgeführten Beratungen lag bei 567. Es fanden 396 Vermittlungen in andere Einrichtungen statt.

4.1.3 Substitutionsbehandlung

Substitution ist eine Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes (§ 5 Abs. 1 Nr.1 BtMVV). Nach der Richtlinie der Bundesärztekammer (19.02.2010) ist deshalb ein umfassendes Therapiekonzept notwendig mit den Zielen: Sicherung des Überlebens; Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel; gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen; Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben sowie Opiatfreiheit. Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab.

Die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger stellt eine ärztliche Therapie dar, die patientenindividuell durchgeführt wird.

Die substitutionsgestützte Behandlung erfolgt im Freistaat Sachsen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Diese müssen die besonderen Qualifikationsanforderungen nach der BtMVV erfüllen.

Die Entwicklung der Substitutionsbehandlungen einschließlich der substituierenden Ärzte kann der nachfolgenden Tab. 25 entnommen werden.

Tab. 25: Entwicklung der Substitutionsbehandlung (2007 – 2012)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl der Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde (01.01 bis 31.12.)	1.398	1.496	1.454	1.275	1.255	1.152
Anzahl der Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde (Stichtag 01.10)	714	757	694	749	708	682
Anzahl der Ärzte, die Substitutionsmittel verschrieben haben	19	18	19	21	20	21

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen hat seit 2008 eine rückläufige Tendenz, während die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Substitutionsmittel verschrieben haben, etwa konstant bleibt.

Ca. 75 % der Substitutionsbehandlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Den regionalen Schwerpunkt der Behandlungen bildet weiterhin Leipzig mit annähernd 70 % der Substitutionsbehandlungen⁶².

Die Regelungen der BtMVV schreiben für die Substitutionsbehandlung explizit die Einbeziehung notwendiger psychosozialer Begleitung vor. Die psychosoziale Begleitung der Substitutionsklienten wird im Freistaat Sachsen überwiegend durch die SBB übernommen. Zwischen durchgeführten Substitutionsbehandlungen und psychosozialen Begleitungen zeigt sich eine erhebliche Differenz, die im Zeitverlauf variiert (siehe Tab. 26).

Tab. 26: Anzahl der Substitutionen und der psychosozialen Betreuungen (2007 – 2011)

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl Substitutionen	1.400	1.496	1.454	1.275	1.255	1.152
Anzahl psychosoziale Betreuung im Freistaat Sachsen	560	826	890	892	699	665
in % zu Gesamt-Substitution	40 %	55 %	61 %	70 %	56 %	58 %

Quelle: SLS, 2013

⁶² Eine Auflistung nach Landkreisen/kreisfreien Städten kann der Anlage 3 entnommen werden.

Diese Differenz hat verschiedene Gründe. Einer ist die Finanzierung der psychosozialen Begleitung. Die nach der BtMVV vorgesehene psychosoziale Begleitung fällt nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Finanzierung dieser, für den Erfolg der Substitutionsbehandlung maßgeblichen Leistungen, erfolgt ausschließlich durch das Land und die Kommunen im Rahmen der Finanzierung der SBB.

4.1.4 Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten (JVA)

Im Strafvollzug sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung suchtkranke und suchgefährdete Personen überrepräsentiert. Schätzungen gehen bei der Anzahl Inhaftierter mit Drogenproblemen und/oder Alkoholabhängigkeit in Justizvollzugsanstalten von 20 % bis 50 % aus.⁶³

In den sächsischen JVA wird die externe Suchtberatung von Mitarbeitern der SBB durchgeführt. Dabei sollen die Beratungsangebote zur Bewältigung suchtspezifischer Problemlagen der Inhaftierten beitragen. Die externe Suchtberatung ist somit ein wesentlicher Bestandteil der Suchtkrankenhilfe, zumal Kriminalität und Suchterkrankung oft in einer direkten Beziehung stehen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Personalstellen (im Jahresdurchschnitt tatsächlich besetzte Stellen)	10,45	11,20	11,35	11,27	12,90	14,10
betreute Klienten	2.058	2.176	2.056	2.105	2.215	2.511
Therapieanträge auf stationäre Rehabilitation	315	419	434	435	496	467
davon Anträge im Bereich illegale Drogen	73 %	70 %	68 %	74 %	71 %	74%

Tab. 27: Externe Suchtberatung in JVA (2007 – 2012)

Quelle: SLS, 2013

Seit 2007 hat sich die Anzahl der Personalstellen kontinuierlich erhöht. Damit einhergehend stieg auch die Zahl betreuter Klientinnen und Klienten.

2012 wurden in der externen Suchtberatung 2.193 Männer und 318 Frauen beraten. Ca. 30 % sind jünger als 25 Jahre, fast 60 % der betreuten Klienten haben das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Für fast zwei Drittel der Klienten werden als Hauptdiagnose illegale Drogen registriert, eine alkoholbedingte Suchtproblematik wird von 28 % als Betreuungsgrund angegeben (vgl. Abb. 28).

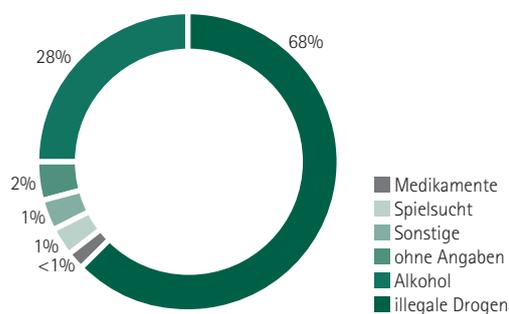


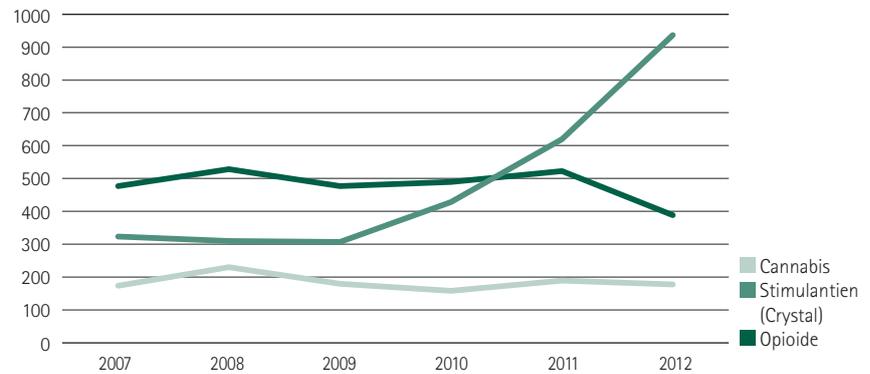
Abb. 28: Hauptdiagnose der Klienten der externen Suchtberatung 2011 (N = 2.215)

Quelle: SLS, 2013

Im Bereich der illegalen Drogen erreichen 2012 Stimulanzen (vorwiegend Crystal) mit 55% bei den Hauptdiagnosen erstmals den höchsten Anteil. Für 23 % werden Probleme im Zusammenhang mit Opioiden festgehalten. Im Jahresvergleich ist der massive Anstieg der Klienten im Problembereich Crystal erkennbar.

⁶³ Kufner et al. (2000) Evaluation der externen Beratungsangebote für suchgefährdete und suchtkranke Gefangene, Schneider Verlag Hohengehren.; Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. 2009.

Abb. 29: Klientenentwicklung der externen Suchtberatung in ausgewählten Problembereichen (2007–2012)



Quelle: SLS, 2013

4.1.5 Angebote für spezifische Zielgruppen

Nachfolgend werden beispielhaft Angebote für spezifische Zielgruppen vorgestellt, die von SBB bzw. unter Beteiligung von Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführt werden.

Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“

Die Umsetzung des Bundesmodellprojekts erfolgte an 17 Standorten in 15 Bundesländern unter Berücksichtigung infrastruktureller Rahmenbedingungen (u. a. Stadt/Land, Umfang und Struktur der Hilfen). Den beteiligten Beratungs- und Behandlungsstellen wurde dabei für die Projektlaufzeit (von Oktober 2007 bis Dezember 2010) eine halbe FK-Stelle zur Verfügung gestellt. Die SBB des Advent-Wohlfahrtswerkes (AWW) in Chemnitz war für den Freistaat Sachsen beteiligt. Zu den wesentlichen Zielen des Bundesmodellprojekts zählten:

- Verbesserung des Erreichungsgrads von Menschen mit einem Pathologischen Glücksspielverhalten;
- Entwicklung und Implementierung von entsprechenden Maßnahmen der Früherkennung und -intervention;
- Verbesserung der Fachlichkeit der ambulanten Einrichtungen, u.a. durch die Qualifizierung des Fachpersonals.

Die Ergebnisse verdeutlichen u. a., dass durch die Implementierung von *glücksspielspezifischen Angeboten* in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen die regionale Versorgungssituation von pathologischen Glücksspielern und ihren Angehörigen verbessert werden konnten. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass durch die verschiedenen Aktivitäten im Rahmen der Modelllaufzeit die Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung intensiviert und verbessert werden konnte.

Darüber hinaus machen die Evaluationsergebnisse insgesamt deutlich, dass Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in besonderer Weise geeignet sind, auch für Menschen mit glücksspielbezogenen Problemlagen flächendeckend ein fachlich qualifiziertes Beratungs- und Betreuungsangebot vorzuhalten. Dies erfordert jedoch zwingend eine zielgruppenspezifische Qualifikation der bestehenden Angebote sowie die Schaffung der infrastrukturellen Voraussetzungen einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit und fachlichen Vernetzung.

WATCH

Die Versorgung von Suchtkranken älteren Menschen in ambulanten wie stationären Einrichtungen der Alten- und Suchthilfe zu verbessern ist Ziel eines Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Der Förderschwerpunkt wurde 2010 etabliert. Deutschlandweit existieren inzwischen acht Modellprojekte. Gemeinsam von Einrichtungen der Alten- und Suchthilfe initiiert, entwickeln sie Lösungsansätze und Schulungskonzepte für eine bessere Begleitung älterer suchtkrankender Menschen. Eines dieser Modellprojekte ist das Projekt *WATCH* im Landkreis Görlitz. Es wird verantwortet von der Diakonie im Kirchenbezirk Löbau/Zittau gGmbH, dem come back e.V. und der diakonischen Akademie für Fort- und Weiterbildung.

Im Projekt *WATCH* wurde ein praxisnahes, an den Schnittstellen der Hilfesysteme ansetzendes 3-stufiges Schulungskonzept für die Sucht- und Altenhilfe entworfen, welches die Mitarbeiter in

der speziellen Situation einer Suchterkrankung alter Menschen schult. Die Module des Konzepts sind:

- Basisseminar,
- Aufbauseminar,
- Führungskräfteseminar.

In den Seminaren wurden bisher ca. 200 Mitarbeiter geschult. Darüber hinaus erreichten Fachtag und Präsentationen ein großes auch überregionales Publikum.

Im Rahmen aller Bundesmodellprojekte konnte unter Beteiligung des Projekts WATCH außerdem ein Curriculum für die Ausbildung zum Altenpfleger erarbeitet werden, welches in den Altenpflegeschulen erprobt werden soll. Ziel ist es, das Themenfeld der suchtbetragenen Auffälligkeiten älterer Menschen stärker als bisher in der Ausbildung und auch Fort- und Weiterbildung von Fachkräften zu thematisieren. Anspruch ist es, konkrete Handlungsempfehlungen zu formulieren, die den Betroffenen bei dem Erhalt ihrer Autonomie Unterstützung bei der Bewältigung der Suchterkrankung bzw. eines Suchtmittelmissbrauchs bieten.

Multidimensionale Familientherapie (MDFT) – Ein Angebot für suchtmittelkonsumierende Jugendliche und deren Eltern⁶⁴

Die Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden beteiligt sich derzeit an der vom BMG geförderten Implementierung der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) in das ambulante Betreuungs- und Behandlungsangebot. Dieses Angebot wurde in den Jahren 2006–2010 im Rahmen der INCANT-Behandlungsstudie in die Behandlungspraxis eingeführt und evaluiert. Die Ergebnisse zeigten, dass MDFT im Bereich der Behandlung Jugendlicher mit Substanzstörungen als einer der effektivsten Ansätze gelten kann.

Die Multidimensionale Familientherapie ist eine familienbasierte Frühintervention in der Jugendsuchthilfe. Das Angebot soll die Lücke zwischen beratender Frühintervention und stationärer Langzeitrehabilitation schließen. Dabei werden familientherapeutische Ansätze mit suchtspezifischen Maßnahmen (Entgiftungen, Drogentests, Rückfallprophylaxe) kombiniert.

MDFT ist eine ambulante Kurzzeittherapie von drei bis maximal sechs Monaten für substanzmittelkonsumierende Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren mit weiteren psychischen oder sozialen Problemen wie:

- Leistungsproblemen bzw. Lernschwierigkeiten in Schule und Ausbildung,
- Depressionen und Ängsten,
- aggressive Verhaltensauffälligkeiten/Delinquenz,
- drogeninduzierte psychosenahe Erlebnisse bis hin zu psychotischen Episoden.

Die enge Einbeziehung und Unterstützung von Eltern und anderen Bezugspersonen ist fester Bestandteil des therapeutischen Angebotes.

Ziele sind eine Manifestierung des Krankheitsverlaufs bei den Jugendlichen zu vermeiden, die Eltern in ihrer erzieherischen Funktion zu unterstützen und die familiäre Kommunikation und Beziehungsqualität zu verbessern.

MDFT umfasst

- *Einzelsitzungen mit Jugendlichen*
Als Grundlagen für ein längerfristig stabiles Arbeitsbündnis, um intensives Arbeiten an den spezifischen Problemlagen zu ermöglichen.
- *Elternsitzungen (Coaching)*
Gezielte Unterstützung bei den erzieherischen Aufgaben. Hierzu zählen z.B. das Finden einer angemessenen Haltung gegenüber dem Konsumverhalten, Grenzen und Regeln vereinbaren und durchsetzen.
- *Familiensitzungen*
Hier sollen neue Kommunikationsmuster erprobt und Regeln vereinbart werden. Weiterhin soll an einer Verbesserung des Familienklimas gearbeitet werden

64 Vgl. Informationsmaterialien der Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden.

Trampolin

Trampolin ist ein suchtspezifisches Gruppenangebot in neun Modulen für Kinder suchtkranker Eltern im Alter von 8 bis 12 Jahren. Mit interaktiven und spielerischen Methoden sollen die Kinder in ihrer positiven Selbstwahrnehmung und ihren Problemlösefähigkeiten gestärkt werden. Ergänzend werden zwei Module für die Eltern oder andere Angehörige angeboten.

Nach einem Konzept des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZ-SKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der Katholischen Hochschule NRW wurde Trampolin zwischen Oktober 2008 und März 2012 als Bundesmodellprojekt vom BMG gefördert. Die Durchführung erfolgte unter anderem auch in zwei sächsischen Suchthilfeeinrichtungen, der Jugend- und Drogenberatungsstelle in Dresden und dem Zentrum für Drogenhilfe e.V. in Leipzig. Beide Standorte waren an der wissenschaftlichen Evaluation beteiligt.

Im Ergebnis der Evaluationsstudie zeigt sich, dass Interventionen mit dieser Zielgruppe gewinnbringend und notwendig sind. Der Mehrwert suchtspezifischer Angebote wie Trampolin ergibt sich vor allem aus der Wissensvermittlung und einer besseren psychischen Entlastung der Kinder.

IKUSH – Interkulturelle Suchthilfe in Leipzig

Das Projekt „IKUSH – Interkulturelle Suchthilfe und Gesundheitsförderung in Leipzig“⁶⁵ zählte zu einem der sechs Modellvorhaben, die bundesweit von 2009 bis 2012 im Rahmen der Schwerpunktförderung des BMG zur Verbesserung der Zugangswege von suchtkranken Menschen mit Migrationshintergrund erprobt wurden.

Aus verschiedenen Datenerhebungen in Leipzig ging hervor, dass suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund das ambulante Suchthilfesystem kaum in Anspruch nahmen. Gleichzeitig war bekannt, dass niedrighschwellige Angebote oder auch medizinische Angebote wie Substitution und Entgiftungsbehandlungen angenommen wurden.

Die Ziele des Projekts in Trägerschaft des städtischen Drogenreferats waren:

- Verbesserung des Zugangs zum Suchthilfesystem und Gewährleistung einer adäquaten Betreuung für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige.
- Realisierung suchtpreventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund.

Zur Umsetzung dieser Ziele wurden zwei Maßnahmen erprobt:

1. Multiplikatorenschulungen zum interkulturellen Gesundheitsmittler:

In Leipzig wurden in Beratungsstellen für Migranten, Migrantenvereinen und der Migrantenhilfe Teilnehmende für eine Schulungsreihe gewonnen, die nach der Schulung als Multiplikatoren und Gesundheitsmittler aktiv wurden. Dabei wurden vor allem Personen geschult, die in ihrer Herkunftspopulation besonders respektiert und geachtet sind, die weitgehend in die hiesige Gesellschaft integriert sind, gute Deutschkenntnisse haben und über soziales und rechtliches Grundwissen verfügen. Teilnehmen konnten auch interessierte, aufgeschlossene, sozial engagierte Migranten oder mehrsprachige Personen, die als GesundheitsmittlerInnen tätig sein wollten und Kontakte zu Migrantengruppen pflegten. Die Teilnehmenden wurden im Rahmen der Schulungsreihe theoretisch und praktisch qualifiziert und bei nachfolgenden eigenen Aktivitäten unterstützt.

2. Muttersprachliche Suchtberater in SBB

Über das Modellprogramm wurden in drei SBB Muttersprachler eingestellt und in die Teams integriert. Sie haben Beratung in den Einrichtungen sowie Begleitung, Streetwork und aufsuchende Arbeit zuhause und in Institutionen übernommen. Das Modellprojekt hat über die niedrighschwelligen und zugehenden Angebote Migranten früher erreicht und in die SBB vermittelt. Weitere Tätigkeitsschwerpunkte in den SBB waren die psychosoziale Begleitung von substituierten Migranten und der Aufbau eines Nachsorgesystems für drogenabhängige Migranten aus der JVA.

65 Vgl. Informationsmaterialien des BMG sowie des Gesundheitsamtes der Stadt Leipzig.

4.2 Sucht-Selbsthilfe

Die Sucht-Selbsthilfe lebt aus dem freiwilligen Engagement ihrer Mitglieder und leistet als eigenständiges und unverzichtbares Angebot einen wichtigen Beitrag zur Überwindung von Suchtproblemen. Dabei besteht die Bedeutung der Sucht-Selbsthilfe 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. Ein wesentliches Ziel der Betroffenen besteht darin, ihre persönlichen Lebensumstände nach dem Handlungsprinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu verändern.

Die Suchtselbsthilfe ist daher im Suchthilfesystem eine eigenständige Hilfeform, welche mit professionellen Angeboten partnerschaftlich zusammenarbeitet.

Festzustellen ist ein enger Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer Sucht-Selbsthilfegruppe und der Abstinenzdauer. Die meisten Teilnehmer nutzen eine Selbsthilfegruppe ergänzend zu anderen Beratungs- und Behandlungsformen, beispielsweise im Rahmen von Rückfallprophylaxe. Rund 41 % der Teilnehmer nutzen die Angebote bereits mehr als fünf Jahre.⁶⁶

Insgesamt sind in der Geschäftsstelle der SLS 356 Selbsthilfegruppen (Stand März 2012) im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen registriert. Die Gruppenangebote für alkoholbedingte Abhängigkeitserkrankungen dominieren bei den Selbsthilfegruppen (vgl. Abb. 30).

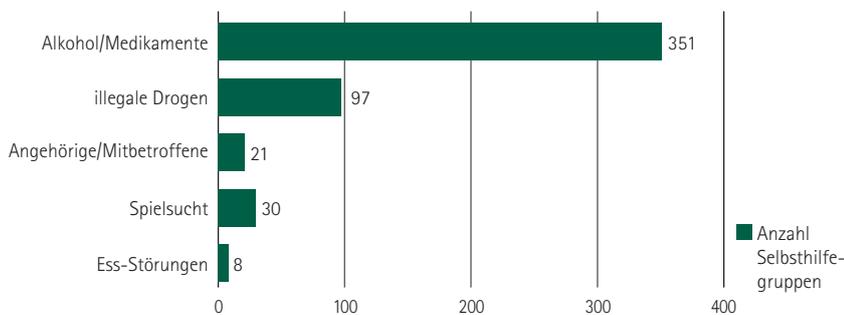


Abb. 30: Differenzierte Gruppenangebote der sächsischen Sucht-Selbsthilfe für verschiedene Problembereiche (Mehrfachnennungen möglich; Stand 01/2012)

Quelle: SLS, Jahresbericht 2012, Suchtcrankenhilfe in Sachsen

Neben ihren regulären Aufgaben engagieren sich laut dem ersten Jahresbericht der Sucht-Selbsthilfe auch 21% der Gruppen in der Suchtprävention. Darunter sind einerseits konkrete Projekte wie die „Wandelhalle Sucht in Leipzig“, andererseits kleinere Veranstaltungen in Schulen oder im Rahmen von Aktionstagen. Zur Unterstützung nutzen sie dafür unter anderem die „Methodenkiste Suchtprävention“ der SLS.

Weitere Aktivitäten der Sucht-Selbsthilfe erfolgen vor allem im Bereich Information/Öffentlichkeitsarbeit. Hierzu gehören z. B. die Magazine „SuchtDruck“⁶⁷ und „ALKANTI“⁶⁸.

Im Freistaat Sachsen leisten die drei Landesverbände von Sucht-Selbsthilfeorganisationen Blaues Kreuz Deutschland, Freundeskreise, Kreuzbund sowie die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege einen wesentlichen Anteil bei der Unterstützung der Selbsthilfearbeit. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der weiteren Qualifizierung der Selbsthilfearbeit mit differenzierten Fortbildungsangeboten für die ehrenamtliche Suchthilfearbeit, für die Gruppenleitertätigkeit sowie für den sachsenweiten Erfahrungsaustausch. Beispiele dafür sind die Weiterbildung zum „Ehrenamtlicher Mitarbeiter in der Suchtcrankenhilfe (120-Stunden Programm)“ an der Diakonischen Akademie in Moritzburg sowie die „Konferenz der Suchtselbsthilfe in Sachsen“, die seit 2008 jährlich vom Fachausschuss Selbsthilfe der SLS organisiert wird.

⁶⁶ Untersuchung der SLS, 2010.

⁶⁷ <http://www.suchthilfe-sachsen.de/projekte> (Zugriff am 13. Januar 2013).

⁶⁸ <http://www.alkanti-magazin.de>

4.3 Psychiatrische Krankenhausbehandlung Abhängigkeitskranker

Suchtspezifische psychiatrische Krankenhausbehandlungen können voll- und teilstationär erfolgen.

Seit 2012 stehen im Freistaat Sachsen insgesamt 2.778 stationäre und 798 Tagesplätze in der Erwachsenenpsychiatrie⁶⁹ sowie 387 stationäre und 211 tagesklinische Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPSY) zur Verfügung.⁷⁰

Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung liegt vor allem in der Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung⁷¹ und der Diagnostik und Behandlung komorbider Störungen. Ziel ist neben dem körperlichen Entzug insbesondere das Erreichen von Krankheitseinsicht der Betroffenen sowie die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlung der Abhängigkeit (medizinische Suchtrehabilitation bzw. Entwöhnungsbehandlung) und deren Planung. Beispielhaft werden nachfolgend drei Angebote für Abhängigkeitskranke vorgestellt.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Park-Krankenhaus Leipzig – Südost

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Park-Krankenhauses Leipzig- Südost GmbH bietet in spezialisiertes Behandlungsangebot für suchtfährdete/- abhängige Jugendliche. Auf der Therapiestation Teen Spirit Island (TSI) stehen 18 Behandlungsplätze für Jugendliche ab 12. Lebensjahr zur Verfügung, die in einem zweiphasigen Behandlungskonzept therapiert werden.

Es erfolgt zunächst eine qualifizierte Entzugsbehandlung mit einem modernen Entzugsmanagement, welches auf die Altersgruppe zugeschnitten ist. Die Schule ist in das Behandlungskonzept integriert. Im zweiten Therapieschritt wird die zugrundeliegende jugendpsychiatrische Störung bzw. die aus dem Konsum resultierenden Folgeschäden in einem multimodalem Therapiesetting behandelt, welches psychotherapeutisch orientiert ist und auf die individuelle Fallbesonderheiten ausgerichtet ist. Dabei werden sowohl verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische als auch familientherapeutische Interventionen eingeschlossen. Erlebnistherapeutische Elemente sollen den Jugendlichen sog. „legal Kicks“ vermitteln und deren Selbstwirksamkeit stärken. Auch auf schulische und berufliche Reintegration wird großer Wert gelegt, da sie wichtiger Indikator für eine erfolgreiche psychosoziale Integration sind und eine dauerhafte Abstinenz fördern.

Neben den stoffmittelgebundenen Süchten wurden in den letzten Monaten auch Jugendliche mit einem pathologischen Internetgebrauch stationär behandelt. Hier wird der kontrollierte Umgang mit Medien trainiert. Therapieangebote für Jungen und Mädchen gehen auf entwicklungspezifische Probleme der Altersgruppe ein. Eine Besonderheit stellt auch das Ü18-Programm für junge Erwachsene dar, die sich im Rahmen der KJP einer Behandlung unterziehen möchten.

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz

Im *Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz* wurde ein Suchtzentrum aufgebaut. Dieses umfasst eine Station für alkohol- und medikamentenabhängige Personen sowie eine Drogenstation, eine Tagesklinik und ein ambulantes Gruppenangebot.

In der *Station für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten* können 21 Patienten aufgenommen werden. Für zwei Gruppen werden jeweils spezielle Angebote vorgehalten. Zu diesem Spektrum zählen auch ergotherapeutische und sozialtherapeutische Angebote sowie tagesstrukturierte Maßnahmen.

Die Drogenstation umfasst 18 Betten und verfügt ebenfalls über ein umfangreiches spezifisches Programm, welches seit 2012 modifiziert wurde, weil sich die Klientel veränderte. Im Gegensatz zu früheren Jahren ist eine deutliche Zunahme von methamphetamin- und cannabisabhängigen Patienten zu verzeichnen.

69 Die Kapazitäten der Psychosomatik sind dabei nicht berücksichtigt.

70 Eine differenzierte Übersicht kann der Anlage 4 entnommen werden.

71 Eine Übersicht zur Verteilung aller Angebote zur qualifizierten Entzugsbehandlung in Sachsen kann der Anlage 5 entnommen werden. Ein Adressverzeichnis wird von der SLS unter <http://www.suchthilfe-sachsen.de/datenbank> bereit gestellt.

Daraus resultiert, dass ein höherer Stellenwert auf ein computergestütztes kognitives Training gelegt werden muss. Die Patienten müssen mit einem intensiveren sozialtherapeutischen Programm konfrontiert werden. Die Behandlungszeiten sind deutlich länger, weil es sich häufig um Patienten mit psychotischer Symptomatik handelt. Es wird einen hoher Prozentsatz drogeninduzierter Psychosen diagnostiziert. Die Patienten bedürfen der psychiatrischen Behandlung und gleichzeitig der Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik,

Als ein besonderes Behandlungsangebot gibt es auf der Drogenstation die Möglichkeit, eine Entgiftung für Mutter und Kind durchzuführen.

In der *Tagesklinik Sucht* können 10 - 14 Patienten aufgenommen werden, die sich in einem stabilen Allgemeinzustand befinden. Sie müssen als Voraussetzung die Abstinenz mitbringen.

Die *ambulante Gruppe* wird therapeutisch betreut und besteht aus ehemaligen Patienten der Tagesklinik. Diese Gruppe umfasst ca. 20 Mitglieder und arbeitet einmal wöchentlich. Diese Patienten sind zwischen einem halben und zehn Jahren abstinent.

Klinikum Chemnitz gGmbH

Auf Grund einer Zunahme junger Drogenkonsumenten sah sich das Klinikum Chemnitz in der Verantwortung ergänzend zur Suchtstation, die vorwiegend für alkohol- und medikamentenabhängige Personen konzipiert war, eine Drogenstation für

- weibliche und männliche Patienten im Alter vom 18. bis 40. Lebensjahr mit polytoxikomanem Suchtverhalten und
- weibliche und männliche Patienten im Alter vom 18. bis 25. Lebensjahr mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

zu etablieren. Diese Station wurde Ende 2009 eröffnet. Ihre Kapazität umfasst 8 vollstationäre Betten.

Neben der Durchführung einer körperlichen Entgiftung werden körperliche, psychische und soziale Folgen des Drogenkonsums behandelt, aber auch das Kennenlernen von Weiterbehandlungsangeboten bzw. die Überleitung in weiterführende Behandlungen gehören zum Angebotsspektrum. Die häufig noch ambivalente Haltung zur bisherigen Lebensführung und Suchtmittelabhängigkeit und die beginnende Motivation zu einem anderen Leben gilt es zu verstärken.

Das Angebot der Station wird zunehmend von Betroffenen und einweisenden Ärzten angenommen. Ca. 70 % der Zuweisungen erfolgen von niedergelassenen Ärzten, 30 % werden innerhalb der Klinik verlegt. Bezüglich der Patientencharakteristika ist festzustellen,

- ca. 1/3 sind Frauen, 2/3 sind Männer; das Durchschnittsalter lag 2012 bei 26,2 Jahren,
- 15% der Patienten haben eine Doppeldiagnose.

4.4 Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)

Die Entwicklung der Anzahl durchgeführter Entwöhnungsbehandlungen sächsischer Patienten kann anhand der zusammengefassten Angaben der häufigsten Kostenträger dieser Behandlungen (DRV-Mitteldeutschland, DRV-Bund, DRV Knappschaft Bahn-See, AOK Plus) abgeschätzt werden (siehe Tab. 28).

Jahr	Behandlungen insgesamt	davon: Alkohol	davon: illegale Drogen ⁷³
2008	4.301	2.681	838
2009	4.686	2.907	920
2010	4.591	2.703	1.013
2011	4.517	2.486	1.074

Tab. 28: Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen⁷²
(2008 – 2011)

⁷² Ohne Kombitherapien.

⁷³ Zusammengefasst wurden die Angaben bzgl. Opiode, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene sowie Polytoxikomanie.

Der überwiegende Anteil dieser Behandlungen fand als stationäre Maßnahme in einer Fachklinik/-abteilung statt.⁷⁴ Während die Angaben bei den Alkoholbehandlungen schwanken, nehmen die Entwöhnungsbehandlungen im Bereich illegaler Drogen im Zeitverlauf kontinuierlich zu.

4.4.1 Stationäre Rehabilitation

Bei der Vermittlung stationärer medizinischer Suchtrehabilitation sind die SBB aktiv beteiligt. Diese Leistungen sind in der Tab. 29 dargestellt. Bei den stationären Alkoholentwöhnungsbehandlungen ist die Zahl der begonnenen Behandlungen rückläufig. Demgegenüber ist für stationäre Drogenentwöhnungsbehandlungen zwischen 2009 bis 2011 eine Zunahme bei Entwöhnungsbehandlungen zu registrieren.

Tab. 29: Stationäre Entwöhnungsbehandlungen
2007 – 2011

Jahr	2007	2009	2011
Stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung (inkl. Vermittlung über externen SB JVA)	1.380	1.346	1.138
Stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung (inkl. Vermittlung über externen SB JVA)	462	450	560
Stationäre Therapie „Pathologisches Glücksspielen“ (inkl. Vermittlung über externen SB JVA)	34	76	74

Quelle: SLS, 2012

Die Anzahl beantragter bzw. begonnener stationärer Therapien im Bereich „Pathologisches Glücksspielen“ hat sich von 2007 bis 2011 deutlich erhöht.

Weiterhin wird im Freistaat Sachsen als ein weiterer Weg zur Rehabilitation ein Eilverfahren zum kurzfristigen Antritt rehabilitativer Behandlung (Entwöhnung) durch direkte Vermittlung aus dem stationären psychiatrischen Bereich angewendet.

Therapie plus Schule

Eine wichtige Aufgabe der Rehabilitation ist die Integration bzw. Reintegration drogenabhängiger junger Menschen in das Erwerbsleben. Das Institut für Gesundheit und Bildung e.V. (IGB) bietet dazu während der Rehabilitationszeit vielfältige Möglichkeiten, insbesondere die Vorbereitung auf den Erwerb von Haupt- bzw. Realschulabschluss. Die Klienten sind in den meisten Fällen

- Schulabbrecher,
- Schulverweigerer,
- Nichtteilnehmer an bildungsrelevanten Abschlussprüfungen.

Entsprechend ihrer besonderen Biografie haben die Klienten ein sehr unterschiedliches Bildungsniveau und neben ungenügenden schulischen Vorkenntnissen vor allem fehlende soziale Kompetenzen.

Im Unterricht erwerben die Schüler Wissen in den Fächern Deutsch, Englisch, Mathematik, Physik, Chemie, Biologie, Gemeinschaftskunde, Geschichte und Geografie. Übungen, Tests, Orientierungsarbeiten und Zwischenprüfungen ermöglichen objektive Soll-Ist-Zustände des erreichten Bildungs- und Lernniveaus. Alle Prüflinge werden während der regulären Therapiezeit auf die Prüfungsteilnahme vorbereitet und auch während der Prüfungen pädagogisch/therapeutisch betreut.

Die Teilnahme an der Schulfremdenprüfung für den Haupt- bzw. Realschulabschluss erfolgt jährlich im Sommer, entsprechend den Regelungen des Sächsischen Ministeriums für Kultus und der zuständigen Bildungsagenturen.

Seit Beginn des Angebotes im Jahr 2007 wurden 257 Schüler unterrichtet. Aufgrund des zeitlichen Unterschiedes zwischen Entlassungstag und dem Termin der Schulfremdenprüfung konnten von der Einrichtung lediglich 112 Schüler zur Prüfung angemeldet werden. Davon haben 109 (65 Hauptschule, 44 Realschule) Prüflinge erfolgreich abgeschlossen.

74 Eine Übersicht zur Verteilung der Fachkliniken in Sachsen ist der Anlage 6 zu entnehmen. Ein Adressverzeichnis wird von der SLS unter <http://www.suchthilfe-sachsen.de/datenbank> bereit gestellt.

4.4.2 Ambulante Rehabilitation

22 entsprechend qualifizierte SBB bieten im Freistaat Sachsen ambulante Therapien an. Nachdem sich die ambulante Alkohol-Entwöhnungsbehandlung im Freistaat Sachsen in den letzten Jahren flächendeckend entwickelt hat, kommt dieser Behandlungsform eine im Zeitverlauf in etwa gleichbleibende Bedeutung zu.

	2007	2009	2011
ambulante Alkoholentwöhnungsbehandlung und ambulante Drogenentwöhnungsbehandlung (in Klammern)	288 (17)	276 (18)	284 (22)

Tab. 30: Ambulante Rehabilitationsbehandlung – Vermittlung über SBB

Quelle: SLS, 2012

Die Zahl ambulanter Drogenentwöhnungsbehandlungen hat zwar zugenommen, dennoch spielt diese Form der Entwöhnungsbehandlung eine eher untergeordnete Rolle. Bezogen auf das Gesamtvolumen liegt der Anteil bei rund 10 - 12 %.

4.4.3 Kombitherapie

Die Möglichkeit der Kombitherapien wird im Freistaat Sachsen seit 2005 genutzt. Dabei schließt sich an eine besonders intensive stationäre Anfangsphase von sechs Wochen in einer Fachklinik eine längere ambulante Therapiezeit in einer SBB an. Diese 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. Anträge zur Kombitherapie wurden 2007 13, 2009 19 und 2011 14 gestellt⁷⁵.

4.4.4 Nachsorge

Adaption und ambulante Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung sind wertvolle und unverzichtbare Bestandteile der Suchtkrankenhilfe. Ziele sind primär die Stabilisierung der Abstinenz und die Sicherung der Therapieergebnisse, da der Alltag ohne Suchtmittel außerhalb des geschützten Umfeldes der Therapieeinrichtung häufig als schwierig erlebt wird.

Adaption

Im direkten Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung besteht die Möglichkeit einer dreimonatigen Adaptionphase, also einer stationären Nachsorge in speziellen Adaptionseinrichtungen. Vorrangiges Ziel ist, die Patienten bei der beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen. In Sachsen gibt es drei Adaptionseinrichtungen mit jeweils 15 bis 20 Plätzen.

ambulante Nachsorge

Die ambulante Nachsorge umfasst in der Regel 20 Stunden in Einzel- oder Gruppengesprächen, verteilt auf ein halbes Jahr und erfolgt in den SBB. Die Kostenübernahme erfolgt über den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse.

4.5 Komplementäre Angebote

Für einen Teil der Suchtkranken ist festzustellen, dass sie – neben einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung – auf längerfristige Hilfen angewiesen sind. Diese Menschen haben beispielsweise erhebliche Probleme hinsichtlich der beruflichen oder sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe. Diese Abhängigkeitskranken sind auf sogenannte komplementäre Angebote angewiesen. Zu dieser Angebotsform gehören sozialtherapeutische Einrichtungen oder Angebote zum Betreuten Wohnen.

75 SLS, Sucht 2011.

4.5.1 Wohnangebote

Wohnhilfen

Wohnhilfen für suchtkranke Menschen 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. Die Angebote werden teilweise hinsichtlich verschiedener Zielgruppen differenziert, bspw. Alkoholabhängige oder Abhängige von illegalen Drogen bzw. Männer und Frauen. Umgesetzt werden die Wohnangebote durch die Nutzung von Räumlichkeiten in einem Haus oder durch die Anmietung einzelner Wohnungen für z. B. suchtmittelfreie Wohngemeinschaften. Eine weitere Form ist die ambulante Betreuung und Begleitung von Klienten in deren eigenen Wohnungen.

Ziel ist immer, die Motivation für ein suchtmittelfreies Leben zu fördern sowie die bisherigen Behandlungserfolge zu stabilisieren. Dies erfolgt u. a. über unmittelbare Hilfe bei der Alltagsgestaltung (insbesondere Tagesstrukturierung), begleitende Beratungen, aber auch Förderung der sozialen Integration im Ort und der Kommunikation untereinander. 2012 existierten im Freistaat Sachsen 440 Plätze in dieser Hilfeform.

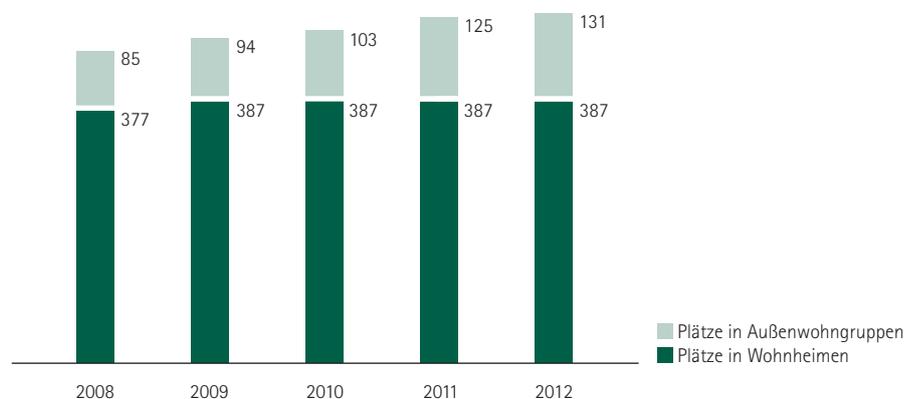
Sozialtherapeutische Wohnangebote für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)⁷⁶

In insgesamt zwölf sozialtherapeutischen Einrichtungen im Freistaat Sachsen werden - als differenzierte Leistung der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII - stationäre Hilfen (Kerneinheit der Wohnstätte), Außenwohngruppen (AWG) und ambulant betreutes Wohnen (abW) vorgehalten. Diese Hilfen richten sich insbesondere an CMA und leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Entwicklung von Selbstständigkeit und sozialer Reintegration der Zielgruppe.

Als CMA⁷⁷ gelten Personen mit einem chronischen Substanzkonsum, der zu schweren und fortschreitenden physischen, psychischen und sozialen Schädigungen geführt hat. Sie sind durch eine Chronifizierung ihrer Erkrankung und den damit verbundenen somatopsychosozialen Abbauerscheinungen nicht mehr in der Lage, ihr Leben eigenverantwortlich zu führen. Medizinische Rehabilitationsbehandlungen waren bisher erfolglos bzw. weitere Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind aktuell nicht Erfolg versprechend. Ein Wohnangebot für CMA-Klienten umfasst deshalb 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). Auch der Schutz vor Suchtmittelrückfällen (z. B. Einzel- und Gruppengespräche, Unterstützung beim Selbsthilfegruppenbesuch usw.) gehört zum Angebotsumfang.

Die Entwicklung der Plätze für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke in den Wohnformen nach § 53 SGB XII kann der nachfolgenden Abb. 31 entnommen werden. Die Plätze für CMA im ambulant betreuten Wohnen werden durch den KSV Sachsen nicht explizit erfasst.

Abb. 31: Entwicklung der Plätze für CMA in den Wohnformen nach § 53 SGB XII (jeweils zum 31.12.)



Quelle: KSV Sachsen

⁷⁶ Eine Übersicht zur Verteilung der Wohnangebote für CMA in Sachsen ist der Anlage 7 zu entnehmen. Ein Adressverzeichnis wird von der SLS unter <http://www.suchthilfe-sachsen.de/datenbank> bereit gestellt.

⁷⁷ Vgl. ausführlich zur Definition von CMA Oliva, Görden, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001, vor allem die Seiten 128 ff.

In insgesamt vier Einrichtungen stehen für eine Betreuung im geschützten Bereich nach § 1906 BGB weitere 44 Plätze zur Verfügung.

Fast 90 % der Bewohner sind infolge einer Alkoholabhängigkeit in einer der Wohnstätten. Ca. 70 % sind zwischen 40 und 60 Jahre alt, ein Viertel der Bewohner ist älter als 60 Jahre. Im Vergleich zu den Vorjahren hat der Anteil der älteren Bewohner zugenommen, sodass sich das Versorgungssystem zukünftig stärker auch auf die Betreuung von pflegebedürftigen Suchtkranken einstellen muss. Für 24 % wird ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 bis 50 v. H. festgestellt und fast 70 % sind mit einem GdB von mehr als 50 v. H. als schwerbehindert einzustufen.⁷⁸

Gut die Hälfte der Bewohner in den Wohnstätten wohnt bereits länger als zwei Jahre in einem sozialtherapeutischen Wohnangebot. Die durchschnittliche Verweildauer in der Kerneinheit liegt im Jahr 2011 bei rund 2,5 Jahren und hat sich somit im Vergleich zu den Vorjahren weiter verlängert. Während ein Großteil der Bewohner zunehmend auf längere Behandlungs- bzw. Betreuungszeiträume im Rahmen der vorhandenen Wohnangebote angewiesen ist, wird ein weiterer Teil der Bewohner dauerhaft institutionelle Hilfe in Anspruch nehmen (müssen).

Zusätzlich zu diesen Angeboten stehen für aktuell nicht abstinentzfähige CMA in Dresden und Leipzig zwei Einrichtungen mit insgesamt 60 Plätzen zur Verfügung.

Sozialtherapeutische Wohngruppe für junge Erwachsene mit einer psychischen Störung und einer gleichzeitigen Suchtproblematik

Seit dem Frühjahr 2010 bietet das „Haus am Karswald“ in Arnsdorf ein Wohnangebot für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder schweren Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit kognitiven Beeinträchtigungen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Angst und Zwangserkrankungen. Ziel ist es, dass die Bewohner nach dem Aufenthalt ihren Alltag mit all seinen Aufgaben möglichst selbstständig gestalten. Das Angebot des Wohnbereiches richtet sich insbesondere an Betroffene zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr. Die Platzkapazität liegt bei 20 Betten.

Im Zusammenleben ergeben sich in der Wohngruppe alltägliche, sich wiederholende Verantwortlichkeiten. Gleiche und unterschiedliche Interessen gilt es zu koordinieren und verschiedene Aufgaben des sozialen Miteinanders konstruktiv zu gestalten. Diese Gestaltung stellt für die Bewohner ein der Realität außerhalb der Wohnstätte weitgehend entsprechendes Übungs- und Belastungsfeld, in welchem sie ihre psychischen und physischen Kompetenzen individuell trainieren können. Auf der Grundlage individueller Wochenpläne wird an der Erarbeitung und Stabilisierung einer Tagesstruktur gearbeitet. Zur Förderung vorhandener und nachreifender Ressourcen wird durch die Mitarbeiter Wert auf ein angemessenes Maß an zumutbarer Eigenverantwortlichkeit gelegt.

4.5.2 Angebote zur beruflichen (Re-)Integration suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen

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 Rehabilitation. Eine berufliche⁷⁹ und soziale Integration gehören zu den stabilisierenden Faktoren bei der Bewältigung einer Suchterkrankung und sind eine wesentliche Voraussetzungen für eine langfristige Suchtmittelabstinenz. Zu einem erfolgreichen Therapieprozess gehört deshalb auch ein weitgehendes Wiedererlangen eines angemessenen Platzes im gesellschaftlichen Leben.

Arbeits- und Beschäftigungsangebote

An Arbeits- und Beschäftigungsangeboten für suchtkranke Menschen in Verantwortung oder in Kooperation mit Suchthilfeträgern stehen aktuell ca. 550 Plätze zur Verfügung. Dazu zählen z. B. Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II sowie Zu-

⁷⁸ Quelle: SLS, Jahresbericht sozialtherapeutischer Wohnstätten 2011 im Freistaat Sachsen

⁷⁹ U. a. kommen in den kommunalen Jobcentern Maßnahmen bzw. Angeboten für suchtkranke und suchtgefährdete Arbeitslosengeld-II-Bezieher zur Anwendung.

verdienstmöglichkeiten. 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.

„Zuverdienstmöglichkeiten“ werden schon seit einigen Jahren durch den Freistaat Sachsen mit Mitteln aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) und mit Zuschüssen des Freistaats Sachsen auf der Grundlage der RL-PsySu gefördert. Im Jahr 2012 fand eine Evaluation von dreizehn Zuverdienstfirmen⁸⁰ statt, die im Jahr 2011 insgesamt 291 Mitarbeiter beschäftigt hatten. Die untersuchten Zuverdienstfirmen zielen insbesondere auf Suchtkranke und auf psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen⁸¹, die wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung stehen und nur unregelmäßig oder stundenweise ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können. Als *Ziele*, die die Zuverdienstfirmen mit ihren Angeboten erreichen wollen, werden insbesondere die Stabilisierung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit, eine sinnvolle Tagesstrukturierung, die Stärkung und Entwicklung von sozialen Kompetenzen sowie die Teilhabe der Zielgruppe am Arbeits- bzw. gesellschaftlichen Leben genannt.

Für den Bereich Zuverdienst stellt der „Zweite Sächsische Landespsychiatrieplan“ fest, dass die im Freistaat Sachsen vorgehaltene Anzahl verfügbarer Zuverdienst Arbeitsplätze als nicht bedarfsgerecht eingeschätzt wird.⁸²

Tagesstrukturierende Angebote

Tagesstrukturierende Angebote unterstützen suchtkranke Menschen mit stark eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Gefördert werden Eigenständigkeit und lebenspraktische Fähigkeiten. Hilfen zur Freizeitgestaltung sowie Beschäftigungsangebote ermöglichen Teilhabe und wirken insgesamt gesundheitsstabilisierend. Wichtiges Anliegen dieser gemeindenahen Betreuungsform ist die Einbeziehung sozialer Unterstützungssysteme, die zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung der Suchterkrankung beitragen.

Begegnungsstätten, Teestuben und Tagestreffs sind Einrichtungen mit tagesstrukturierenden Angeboten. Strukturell angegliedert sind sie häufig auch als niedrigschwelliger Zugang an regionale Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (vgl. Kapitel 4.1.1.3).

Der Betrieb dieser Einrichtungen erfordert aktuell ein hohes Maß an ehrenamtlicher Mitarbeit und besonderes Trägerengagement, da eine Regelfinanzierung, z. B. als SGB XII-Eingliederungshilfe in Sachsen nicht erfolgt.

80 Der Abschlussbericht zur Studie „Arbeits- und Qualifizierungsprojekte für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in Zuverdienstfirmen“ wurde vom SMS im Dezember 2012 veröffentlicht.

81 Bei den untersuchten Zuverdienstfirmen lag der Anteil der Mitarbeiter mit einer Suchterkrankung insgesamt bei rund 30 % im Durchschnitt. In zwei Zuverdienstfirmen wurden überwiegend Suchtkranke betreut. Ansonsten wurden mehrheitlich psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Personen und auch Suchtkranke betreut.

82 Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (2011). Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan. Dresden: SMS.

5. Kooperation und Vernetzung zwischen der Suchthilfe und (ausgewählten) Partnern angrenzender Arbeitsfelder

5.1 Aspekte von Kooperation und Koordination

Eine wesentliche Grundlage von Überlegungen zu Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Suchthilfe stellt die Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung dar. In Fortführung davon haben Experten in ihren Empfehlungen zur Strukturreform der Krankenversicherung ausgeführt:

„Die Expertenkommission vertritt die Auffassung, dass schwerwiegende Defizite in der Versorgung Abhängigkeitskranker primär nicht in zahlenmäßig unzureichenden Behandlungsangeboten zu suchen sind, sondern ihre Ursachen in strukturellen Defiziten des Versorgungssystems haben, das sich noch immer durch fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindenähe, Mangel an Koordination und Kooperation sowie durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme auszeichnet. Diese Auffassung wird von den Ländern und Verbänden geteilt und der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems gefordert, in dem Kooperation und Koordination der interdisziplinären Dienste und Einrichtungen gewährleistet sind.“⁸³

Kooperation meint in diesem Kontext die fallbezogene (d.h. die klienten- bzw. patientenbezogene) und/oder institutionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkräfte und Einrichtungen innerhalb eines Versorgungssektors bzw. sektorübergreifend im Hinblick auf eine bedarfsgerechte personenbezogene Hilfeerbringung⁸⁴.

Koordination zielt auf eine systematische und planvolle Lenkung sowie Abstimmung der Hilfeerbringung, um eine optimale Wirksamkeit zu erreichen. Beide Funktionen beziehen sich sowohl auf den individuellen Hilfeprozess als auch auf die institutionelle Organisation der Hilfen. Nachfolgend soll vertiefend auf die beiden Kooperationsfelder Suchthilfe und Jugendhilfe sowie Suchthilfe und Jobcenter eingegangen werden.

5.1.1 Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe: Ausgewählte Aspekte der Versorgung und Zusammenarbeit

Sowohl bundesweit als auch für den Freistaat Sachsen kann grundsätzlich festgestellt werden, dass sich in den vergangenen Jahren auf regionaler Ebene positive Ansätze von Kooperation und Vernetzung zwischen Sucht- und Jugendhilfe herausgebildet haben. Gleichzeitig wird die Qualität der Zusammenarbeit beider Hilfesysteme nach wie vor durch folgende Faktoren beeinflusst:

- unterschiedliche gesetzliche Grundlagen/Finanzierungsformen sowie die sich daraus ergebenden Anforderungen an die beiden Hilfesysteme,
- Abstimmungserfordernis, um Übergänge zwischen Suchthilfe und Kinder- und Jugendhilfe sowie wirksame Hilfen beider Systeme zu gestalten und zu gewährleisten,
- knappe (finanzielle und personelle) Ressourcen der Einrichtungen beider Hilfesysteme bei gleichzeitig komplexer werdenden Problemlagen,
- verschiedene fachliche Traditionen sowie Haltungen/Selbstverständnisse im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Kindern und Jugendlichen,
- unterschiedliche, sich aus den jeweiligen Versorgungsaufträgen ergebende Beratungs-/Betreuungs-Ansätze der beiden Hilfesysteme (u. a. therapeutische vs. pädagogische Sichtweise).

83 Deutscher Bundestag (1990). *Endbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“*. Bonn: Deutscher Bundestag.

84 Eine personenbezogene Hilfeerbringung ist in erster Linie orientiert am individuellen Hilfebedarf der Betroffenen und hebt sich ab von einer im Hilfesystem immer noch vorherrschenden Ausrichtung der Hilfeerbringung am Angebotsspektrum der betreuenden Institution.

Minderjährige mit Substanzstörungen

Die Angebote des Suchthilfesystems sind derzeit überwiegend auf Erwachsene (mit einer langen Störungsgeschichte) ausgerichtet. Gleichzeitig ist es wichtig, Minderjährige gerade zu Beginn ihres Substanzmissbrauchs zu unterstützen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Substanzstörungen erfolgt bundesweit überwiegend in nichtspezialisierten Einrichtungen und wird von den primären und sekundären Versorgungsangeboten abgedeckt. Beratung, Betreuung und Behandlung von Minderjährigen mit Substanzstörungen basiert darüber hinaus auf der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen: Neben der medizinischen Grundversorgung und der Suchtkrankenhilfe können insbesondere auch die Kinder- und Jugendhilfe und die Polizei einbezogen sein. Ansonsten können beispielsweise die Schule und die Selbsthilfe unterstützend wirken. Die SBB übernehmen im ambulanten Setting die Schwerpunktaufgabenstellungen der Kontakt- und Motivierungsphase, zum Teil auch der Nachsorge. Wenngleich in einigen Kommunen SBB mit dem Schwerpunkt Jugend- und Drogenberatung eingerichtet wurden, ist festzustellen, dass für Minderjährige mit Substanzstörungen oftmals noch zu wenig ambulante Versorgungsangebote bereitgehalten werden.

Die stationäre Behandlung von Minderjährigen mit Substanzstörungen wird in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet. Neben der Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung gilt es zunächst, die meist vorliegende emotionale Grundstörung der Minderjährigen zu behandeln: Störungen des Sozialverhaltens, posttraumatische Belastungsstörung u.a. Erst durch diese Behandlung werden die Voraussetzungen für rehabilitative Maßnahmen geschaffen.

Angehörige von suchtkranken Minderjährigen können sich an die SBB wenden und Beratung erhalten. Minderjährige kommen jedoch eher selten aus eigenem Antrieb in eine Beratung. Unter Beachtung des ganzheitlichen Auftrages der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne des § 1 SGB VIII spielen die Früherkennung, Beratung und Betreuung von suchtgefährdeten bzw. abhängigen Minderjährigen auch bei der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe eine Rolle.

Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen

In der Schwangerschaft sind Frauen mit einer Vielzahl von Fragen konfrontiert, die die eigene Gesundheit, die Gesundheit ihres Kindes, den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt, die Rolle als Mutter aber auch die finanzielle und soziale Absicherung des zukünftigen Lebens als Familie betreffen. In dieser Zeit – insbesondere in der Frühschwangerschaft – besteht eine hohe Bereitschaft, bisherige Lebensgewohnheiten zu überdenken und zu verändern. Der Zeitpunkt der Schwangerschaft eignet sich also in mehrfacher Hinsicht besonders gut dafür, Orientierung zu bieten und ggf. Verhaltensänderungen einzuleiten, die sowohl für die betroffene Frau, die werdende Familie und das Kind nachhaltige Wirksamkeit haben können. In erster Linie sind hier die Systeme der medizinischen Versorgung angesprochen, allerdings nehmen suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen diese Angebote nicht immer in ausreichendem Maß wahr. Hier kann die Suchthilfe und ggf. auch die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere im Kontext Frühe Hilfen (vgl. Kapitel 3.4.1) eine Mittlerrolle übernehmen.

Suchtbelastete Eltern

Eine suchttypische Verhaltensweise ist das Leugnen und Bagatellisieren des Suchtmittelkonsums bzw. der Suchterkrankung. Dies trifft auch auf suchtkranke Eltern zu und bedeutet einerseits, dass Suchtbelastungen in Familien nur dann wahrgenommen werden, wenn besondere Aufmerksamkeit auf diesen Aspekt gerichtet wird und andererseits, dass die Betroffenen in hohem Maß auf fremde Hilfe und Motivation angewiesen sind.

Bei Eltern, die bereits Klient/-innen von Suchthilfeangeboten sind, kann in Teilen eine solche Motivation bereits vorausgesetzt werden. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass nur ein vergleichsweise geringer Anteil von alkoholabhängigen Menschen durch das Suchthilfesystem i. e. S. erreicht wird. Möglicherweise nehmen die Betroffenen, die durch die Suchthilfe nicht erreicht werden, andere staatliche Hilfeangebote in Anspruch. Ein wichtiger Aspekt der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Suchthilfe ist daher, mit Einwilligung der Betroffenen und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Verknüpfung zum jeweils anderen Hilfesystem herzustellen. Die Berücksichtigung von Suchterkrankungen bei der Anamnese der Familiensituation durch den Allgemeinen Sozialen Dienst der Jugendämter und bei der Hilfeplanung gem. § 36 SGB VIII ist eine wichtige Voraussetzung dafür.

Ebenso wichtig ist es, dass SBB im Haushalt ihrer Klient/-innen lebende Kinder und Jugendliche berücksichtigen und bei diagnostizierter Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils auf die Zusam-

menarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe hinwirken. Grundlage hierfür kann das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sein. Suchtbelastete Eltern, die bisher noch keinen Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe haben, sind auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe aufmerksam zu machen. Hier kann die Suchthilfe eine Lotsenfunktion übernehmen und bei der Kontaktabahnung mit dem Jugendamt behilflich sein.

Kinder von suchtbelasteten Eltern

Die gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Situation von Eltern und das Wohl von Kindern stehen in einem engen Kontext. So haben Suchterkrankungen immer Auswirkungen auf die Kinder betroffener Eltern. Nicht allein das Vorhandensein von Suchtmitteln im häuslichen Umfeld, sondern auch die psychischen und sozialen Schwierigkeiten der Eltern müssen als schwerwiegende Faktoren für die Entwicklung der Kinder gewertet werden. Die Kinder von Suchtkranken sind im Alltag stärkeren Gefährdungen in Bezug auf ihre gesunde Entwicklung ausgesetzt als andere Kinder. Sie sind die größte identifizierte Gruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchtstörung und andere psychische Erkrankungen. Das Erreichen dieser Zielgruppe ist insofern von besonderem gesundheits- und jugendpolitischem Interesse und eine wichtige Aufgabe selektiver Suchtprävention.

Je nach Schwere der Abhängigkeitserkrankung der Eltern fehlt es ggf. an elementaren Voraussetzungen des Alltagslebens. Die Kinder sind oftmals wenig vertrauensvollen, nicht kalkulierbaren Beziehungen ausgesetzt. Gewalt unter Suchtmittel einfluss entlädt sich überdurchschnittlich häufig im Freundes- und Familienkreis.

Um die belastende Lebenssituation dieser Kinder frühzeitig wahrzunehmen, ist das soziale Umfeld der Kinder gefragt. Dazu gehören beispielsweise auch Erzieher in den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Kindertagesstätte, Hort) und Lehrer.

Grundsätzlich ist die beste Voraussetzung für die Verbesserung der Situation der Kinder das frühzeitige Erkennen und Behandeln der Suchtbelastung der Eltern. Bei frühzeitiger Thematisierung sowie professioneller Begleitung und Behandlung bestehen gute Chancen auf eine zufriedenstellende Entwicklung der Kinder.

Für 2012 weist die Deutsche Suchthilfestatistik 1310 Klienten in den sächsischen SBB aus, die mit einem oder mehreren Kindern in einem Haushalt leben.

Im Rahmen des Workshops „Kooperation/Vernetzung/Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe“ (siehe Kapitel 9) wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um eine Einschätzung aus ihrer Perspektive gebeten. Ergänzend zu den vorherigen Ausführungen werden die Rückmeldungen zusammengefasst.

- Die *Erfahrungen* bezüglich der Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe werden *unterschiedlich* beschrieben. Während einige Träger z. B. durch Hospitationen und engen fachlichen Austausch eine verbindliche Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe realisieren können, berichten andere über eine fehlende Zusammenarbeit.
- *Kooperation und Vernetzung bedürfen einer Langfristigkeit*, sie erfordern zeitliche und personelle Ressourcen. Diese stehen regional und institutionsbezogen in unterschiedlichem Umfang zur Verfügung. Damit im Zusammenhang steht, dass fachlich notwendige Kooperationen nicht ausreichend und mit der notwendigen Verbindlichkeit stattfinden können.
- *Kenntnisse über die Suchtproblematik*, deren Wahrnehmung und entsprechende Handlungskompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe werden unterschiedlich erlebt.
- Ein nicht geringer Teil der Minderjährigen mit Substanzstörungen verfügt über keinen Schulabschluss. Hier sind Angebote bedeutsam, um einen Schulabschluss nachzuholen und eine berufliche Perspektive entwickeln zu können.

Als Beispiele für eine verbesserte Kooperation wurden genannt:

- Handlungsleitfäden, die Abläufe zwischen den Kooperationspartnern verbindlich vorschreiben.
- Die fachliche Einschätzung von Konzepten der Jugendhilfe durch Fachkräfte der Suchthilfe, wenn diese auch die Suchtproblematik zum Inhalt haben.
- Gemeinsame Fachtagungen.

Als **zielgruppenorientierte Kooperationsprojekte** wurden im Workshop beispielhaft vorgestellt:
Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen
-> siehe Kapitel 3.4.1

Fachbereich Familienhilfe im Zentrum für Drogenhilfe Leipzig

Seit dem 01.09.2009 gibt es im Zentrum für Drogenhilfe im Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig ein Angebot der ambulanten Suchtkrankenhilfe, welches sich auch den Kindern in suchtbelasteten Familien zuwendet. Der Fachbereich ist Träger der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe. Das ermöglicht eine ganzheitliche Bearbeitung der Problematik „Sucht und Familie“, indem in jeder Familie neben der sozialpädagogischen Familienhilfe im so genannten „Tandem-Modell“ eine Co-Betreuung durch suchttherapeutische Mitarbeiter erfolgt. In der Familienhilfe und Suchtberatung wird fallbezogen und fallübergreifend in Teams gearbeitet, wodurch Schnittstellen erheblich minimiert werden können.

Die Bedeutung der Angebote wird u. a. durch die Gründung einer Selbsthilfegruppe der suchtbelasteten Väter und Mütter, die Zunahme der Inanspruchnahme von MUT! (Mütter/Väter-Unterstützungstraining), die Inanspruchnahme von Beratung und Information von Kooperationspartnern zur Problematik „Sucht und Familie“ und durch die Fallanfragen durch das Jugendamt belegt.

Arbeitskreis „pregnant“

Unter der Leitung der Suchtbeauftragten Leipzigs arbeitet das Netzwerk „pregnant“. Ziel des Arbeitskreises ist eine Zusammenarbeit mit drogenkonsumierenden/substituierten Schwangeren und werdenden Vätern und eine verbindliche Kooperation der Vertragspartner/-innen, insbesondere der Bereiche Krankenhäuser, Drogenhilfe und Jugendhilfe.

5.1.2 Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter: Ausgewählte Aspekte der Zusammenarbeit

Vor allem als Folge des am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen SGB II haben sich auf der Grundlage des § 16a im Verlauf der letzten Jahre unterschiedliche Kooperationsformen zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und den Jobcentern herausgebildet. Hierbei erfolgt die auf die Suchtproblematik bezogene Bearbeitung der Fälle vorrangig nach Vermittlung der Jobcenter-Kunden in die SBB. Z. T. üben die Mitarbeiter der SBB auch eine aufsuchende Beratung/Tätigkeit innerhalb der Jobcenter aus. Die Zusammenarbeit zwischen den SBB sowie den Jobcentern konzentriert sich dabei u. a. auf folgende (Angebots-)Bereiche/Module:

- (fallbezogene) Vermittlung/Zuweisung von Kunden der Jobcenter, bei denen eine Suchterkrankung/-problematik vermutet bzw. festgestellt wird,
- suchtspezifische Diagnostik/(motivierende) Erstberatung/Clearing,
- Vermittlung in und Begleitung während einer Entwöhnungsbehandlung,
- psychosoziale Begleitung bei Wiedereingliederung in Arbeit, Sicherung von Abstinenz und Arbeitsfähigkeit.

Die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und SBB hat sich etabliert. Zur Abklärung und Behandlung einer vorliegenden Suchtproblematik werden die Betroffenen teilweise vom Fallmanager mittels Beratungsgutschein in die ambulante Suchtberatung vermittelt. Im Rahmen der Netzwerkarbeit werden mit den SBB bei vorliegender Schweigepflichtsentbindung für den Einzelfall zugeschnittene Förderleistungen (z. B. Bildung, Ausbildung, Förderung von Mobilität) besprochen und ggf. sogar bereits per Eingliederungsvereinbarung festgeschrieben, wenn eine Therapie erfolgreich beendet werden würde (Motivationsprämien).

In den kommunalen Jobcentern Sachsens kommt eine Vielzahl von **Maßnahmen/Angeboten für suchtkranke und suchtgefährdete Arbeitslosengeld-II-Bezieher** zur Anwendung.

Diese umfassen auch spezielle *Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III* für folgende Zielgruppen: Menschen, bei denen eine Suchtgefährdung vermutet wird oder die suchtgefährdet oder alkoholkrank sind. Solche Projekte sind z. B. RESA „Ressourcen aktivieren“, INA

Integration in das Projekt „Nüchterne Aussichten“, AHA „Aktivierung-Hilfe-Arbeit“ oder NEUTAL „durch Neuorientierung – Stabilisierung und Teilhabe am Arbeitsleben“ oder ILA „Integration Langzeitarbeitsloser in Arbeit und Beschäftigung“.

Ziel der Maßnahmen ist die Feststellung, Verringerung und Beseitigung von Vermittlungshemmnissen, die Leistungsüberprüfung, Vorbereitung und Integration ins Erwerbsleben.

Zusätzlich wurden *Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d SGB II* für suchtkranke und suchtgefährdete Arbeitslose zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt geschaffen. Diese Projekte beinhalten Verhaltenstraining für alkoholkrankte Langzeitarbeitslose, geben Perspektiven ohne Drogen, sind Arbeitsgelegenheiten für Alkoholkrankte in der Konsumphase und Integrationshilfen für suchtkranke Menschen. Dazu gehört auch ein Projekt für schwerstvermittelbare suchtkranke Menschen mit einfachsten Tätigkeiten bei der Ortsverschönerung oder die Erprobung der Abstinenzfähigkeit, ein Projekt zur Betreuung trockener Alkoholiker und zur Präventionsarbeit.

Um die Voraussetzungen für eine berufliche Integration zu schaffen, gibt es *niedrigschwellige Maßnahmen*, in denen verschiedene Vermittlungshemmnisse bearbeitet werden. RelinG (Regeln lernen in Gemeinschaft) ist eine solche Maßnahme, in der Personen mit multiplen Problemlagen (Sucht, Schulden, psychische Auffälligkeiten usw.) unter anderem mit Einzel- und Gruppengesprächen, Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten, Arbeitserprobungen und Praktika dazu verholpen wird, wesentliche soziale Kompetenzen und Problemlösestrategien wieder zu erlangen.

Eine weitere Möglichkeit, suchtkranke oder suchtgefährdete Personen an den Arbeitsmarkt heranzuführen bzw. die körperliche Belastbarkeit der Betroffenen auszutesten, bietet die *Kontingent-Mehraufwandsentschädigung (MAE)*. Hier haben die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten ein Kontingent von 100 Arbeitsstunden bei einem gemeinnützigen Träger zur Verfügung. So können sie auch bei auftretenden Krankheiten oder Rückfällen solange in der Maßnahme verbleiben, bis diese Arbeitsstunden abgeleistet sind. Die Mehraufwandsentschädigung wird für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden gezahlt.

Gemeinsames Merkmal aller Maßnahmen für erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach SGB II ist die individuelle Unterstützung zur Stabilisierung des Teilnehmers zur Überwindung von zielgruppenspezifischen multiplen Vermittlungshemmnissen mit dem Ziel der später anschließenden Integration in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Hierbei kommen sozialintegrative Ansätze zur individuellen Hemmnisbeseitigung zum Einsatz, welche durch eine sozialpädagogische Begleitung ergänzt werden.

Im Rahmen des Workshops „Kooperation/Vernetzung/Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Jobcenter sowie Arbeits- und Beschäftigungsangebote“ (siehe Kapitel 9) wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um eine Einschätzung zur Situation aus ihrer Perspektive gebeten.

Die Kooperationen zwischen SBB und Jobcentern ist heterogen ausgestaltet. Die Situation lässt sich wie folgt beschreiben:

- Einige Jobcenter arbeiten mit den SBB auf Grundlage einer schriftlichen Vereinbarung zusammen. Die schriftlichen Vereinbarungen werden als wichtige und notwendige Arbeitsgrundlage eingestuft. Andere Jobcenter haben mit den SBB überwiegend mündliche Absprachen und Verfahrensregelungen auf der Arbeitsebene getroffen. In der Praxis werden häufig sogenannte Pendelbögen eingesetzt. Diese werden durch die Betroffenen in einer SBB vorgelegt um die Kontakte der Klienten zu dokumentieren.
- Die Praxis des fachlichen Austauschs und der Fallbesprechung zu Klienten über wesentliche Veränderungen zwischen Jobcenter und SBB ist in der Praxis unterschiedlich: Während einige Fachkräfte den Erfahrungsaustausch in ihrer Kommune als „kontinuierlich und häufig“ sowie „bedarfsangemessen“ beschreiben, wird er in anderen Kommunen als „eher selten“ oder „als schwierig“ eingestuft.
- Der Informationsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Jobcentern, z. B. im Hinblick auf das Erkennen und die Auswirkungen einer Suchtproblematik bei den Klienten, weist deutliche Unterschiede auf. Beispielsweise werden Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit bei den Klienten aufgrund einer Suchtproblematik häufiger nicht erkannt und der Schweregrad der Erkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen bei den Kunden nicht angemessen eingeschätzt.

- Neben dem fachlichen Austausch und der konkreten Fallbesprechung ist die Etablierung von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten – regional unterschiedlich – ein Schwerpunkt der Zusammenarbeit. Für die Unterstützung der Betreuung gibt es durch das Jobcenter initiierte Maßnahmen z. B. nach § 16d SGB II oder § 45 SGB III.
- In einigen Regionen sind die Jobcenter in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) oder einem entsprechenden Arbeitskreis (AK) vertreten. Das hat dazu beigetragen, den fachlichen Austausch und die Kooperation zwischen den Akteuren zu verbessern.

Unabhängig von der Kooperation zwischen Jobcenter und Suchthilfe wurde in der Diskussion des Workshops eingeschätzt, dass der Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten für suchtkranke Menschen in einigen sächsischen Regionen nicht gedeckt ist.

6. Polizeiliche Maßnahmen

6.1 Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln

Die Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen (PKS) weist für den Zeitraum 2008 bis 2012 die nachfolgend aufgelisteten Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln (BtM) aus (siehe Tab. 31).

Allgemeine Verstöße gegen § 29 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) bilden den überwiegenden Anteil an Rauschgiftdelikten. Im Jahr 2012 waren es 78,1 % aller Rauschgiftdelikte. 13,2% betrafen den illegalen Handel und Schmuggel von Rauschgiften. Die Anteile der einzelnen Delikte an allen Rauschgiftdelikten sind im Zeitraum 2008 bis 2012 relativ konstant geblieben

Differenziert nach Substanzen kann eingeschätzt werden, dass sich der zunehmende Trend der Bedeutung von Methamphetamin (Crystal) in der sächsischen BtM-Szene fortsetzt, nachdem die Fallzahlen der allgemeinen Verstöße mit Amphetamin/Methamphetamin weitergestiegen sind und die Fallzahlen von Cannabisprodukten in sämtlichen Deliktbereichen übertrifft.

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

Tab. 31: Straftaten im Zusammenhang mit BtM
2008 bis 2011 (in absoluten Zahlen)

	2008	2009	2010	2011	2012
Rauschgiftdelikte gesamt	6.781	6.123	7.043	8.096	8.875
davon					
allgemeine Verstöße	5.246	4.781	5.519	6.307	6.935
davon mit					
Cannabis	2.634	2.357	2.585	2.558	2.672
Heroin	799	742	576	370	212
Kokain (einschließlich Crack)	102	92	88	106	56
Amphetamin/Methamphetamin	1.384	1.359	2.062	3.051	3.800
Ecstasy	298	200	184	190	155
LSD	10	1	3	5	0
sonstigen BtM	19	30	21	27	40
illegaler Handel und Schmuggel von Rauschgiften	990	865	1.007	1.172	1.173
davon mit					
Cannabis	406	335	379	419	353
Heroin	173	178	196	119	55
Kokain (einschließlich Crack)	37	30	25	28	19
Amphetamin/Methamphetamin	325	267	365	576	712
Ecstasy	48	51	34	21	27
LSD	0	2	0	1	0
sonstigen BtM	1	2	8	8	7
illegale Einfuhr von BtM	14	18	40	56	90
davon mit					
Cannabis	3	3	5	11	14
Heroin	1	0	3	4	1
Kokain (einschließlich Crack)	1	3	1	1	0
Amphetamin/Methamphetamin	8	9	25	36	68
Ecstasy	1	3	5	4	7
LSD	0	0	0	0	0
sonstigen BtM	0	0	1	0	0
sonstige Verstöße gegen das BtMG	531	459	477	561	677
davon					
illegaler Anbau von BtM	216	158	154	162	184
Anbau, Herstellung, Handel als Mitglied einer Bande	8	3	16	26	40
Abgabe an Minderjährige	41	33	26	38	80
illegale Verschreibung durch Ärzte	12	4	15	14	14
Bereitstellen von Geldmitteln für BtM	1	1	3	0	0
Verursachung von Tod durch BtM	0	1	0	0	0
Werbung für BtM	1	-	2	1	0
Handel, Herstellung, Besitz von BtM in nicht geringer Menge	252	259	261	320	359

6.2 Sicherstellungsmengen 2008 bis 2012

In der folgenden Tab. 32 werden die Sicherstellungsmengen in den Jahren 2008 bis 2012 dargestellt.

	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis (kg)	200,7	71,1	130,3	79,3	103,5
davon					
Haschisch	41,6	10,1	8,3	27,1	9,0
Marihuana	159,1	61,0	122,0	52,2	94,5
Heroin (kg)	12,2	30,2	40,8	21,1	0,5
Kokain (kg)	1,8	1,3	4,5	2,5	0,4
Amphetamin (kg)	17,6	3,6	3,8	0,6	1,9
Methamphetamin (kg)	2,1	2,1	6,0	4,4	7,7
Ecstasy (Stk.)	6.622	2.796	7.151	300	591
LSD (Stk.)	32	53	33,5	94	8
Rohopium (kg)	0,6	0,8	0,1	0,1	0,2
Kath (kg)	0,0	0,0	97,1	0,0	0,0

Tab. 32: Sicherstellungsmengen 2008 – 2012

6.3 Tatverdächtigenstruktur

Die Tatverdächtigenstruktur weist für die Jahre 2008 bis 2012 eine Steigerung der Anzahl aus. Ausgehend von 5.691 Personen im Jahr 2008 auf 7.326 Personen für 2012 beträgt die Steigerung 28,7 % (siehe Tab. 33).

Betrachtet man die Tatverdächtigen differenziert nach Altersgruppe für die Jahre 2008 bis 2012 zeigt sich für Erwachsene eine Zunahme der Anzahl und ein Anstieg des Anteils an allen Tatverdächtigen von 10,1 %. Für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen ergaben sich Veränderungen auf niedrigem Niveau. So bewegte sich deren Anteil an den Tatverdächtigen von 6,9% im Jahr 2008 zu 6,7 % im Jahr 2012, bei einem Tiefstwert von 4,9 % im Jahr 2010.

	2008	2009	2010	2011	2012
Tatverdächtige gesamt	5.691	5.133	5.934	6.656	7.326
Geschlecht männlich	4.803	4.388	4.975	5.580	6.116
weiblich	888	745	959	1.076	1.210
Kinder < 14	13	22	12	34	30
Jugendliche (14 – 17)	379	259	280	351	460
Heranwachsende (18 – 21)	1.137	889	858	796	737
Erwachsene (> 21)	4.162	3.963	4.784	5.475	6.099

Tab. 33: Tatverdächtigenstruktur nach Altersgruppen zwischen 2008 und 2012

6.4 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

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

Tab. 34 zeigt die Fallzahlen EKhD differenziert nach BtM. Die Anzahl der EKhD ist zwischen 2008 und 2012 von 481 auf 1.271 Personen gestiegen. Auffallend ist die starke Zunahme der Konsumenten von Methamphetaminen von 257 auf 1.048 Personen, die den im Freistaat Sachsen beobachteten Trend im Konsumverhalten hin zum vermehrten Konsum von Methamphetaminen (Crystal) ebenfalls dokumentiert (vgl. Kapitel 4.1.1.1). Die Anzahl der Konsumenten von Heroin, Kokain und Ecstasy hat für den gleichen Zeitraum erheblich abgenommen.

Tab. 34: EKHD unterschieden nach BtM zwischen 2008 und 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Heroin	75	36	26	12	36
Kokain	25	6	2	11	18
Amphetamin	153	168	173	158	278
Methamphetamin	257	180	236	547	1.048
Ecstasy	59	12	11	12	19
sonstige	4	1	1	0	0
Gesamt	481	305	360	669	1.271

Tab. 35 zeigt die Fallzahlen EKHD differenziert nach Altersgruppen. Eine deutliche Steigerung zwischen 2008 und 2012 ist in den Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen zu registrieren.

Tab. 35: EKHD unterschieden nach Altersgruppen zwischen 2008 und 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
< 14	0	0	0	0	0
14 - 17	3	5	1	4	16
18 - 20	81	26	27	56	75
21 - 24	159	73	106	183	269
25 - 29	142	114	119	227	450
30 - 39	78	72	89	176	388
> 40	18	15	18	23	73
Gesamt	481	305	360	669	1.271

Bezogen auf die Gesamtzahl der EKHD waren die Altersgruppen 21 bis 24 Jahre und 25 bis 29 Jahre am stärksten vertreten. Eine deutliche Veränderung zeigte sich bei den 30- bis 39-Jährigen, deren Anteil sich von 16 % im Jahr 2008 auf 31 % im Jahr 2012 erhöhte.

6.5 Rauschgifttodesfälle

Betrachtet man die Zahlen für die Rauschgifttodesfälle in den Jahren 2008 bis 2012 (siehe Tab. 36), lässt sich über die Jahre keine lineare Entwicklung erkennen – vielmehr weisen die Werte deutliche Schwankungen auf. So wurde 2010 der bisherige Höchstwert von 24 Rauschgifttodesfällen aus dem Jahr 2007 erneut erreicht, während in den Jahren 2009 und 2011 die Anzahl mit 12 Rauschgifttoten nur halb so hoch war und 2012 auf neun Fälle zurückging. Über den gesamten Zeitraum betrachtet, stellt der Bereich der PD Leipzig einen Schwerpunkt dar (siehe Tab. 36).

Auch im Zeitraum von 2008 bis 2012 handelt es sich bei den verstorbenen Personen vorwiegend um Opiatabhängige. Eine Heroinintoxikation wurde 2012 in zwei Fällen als Todesursache festgestellt. In drei weiteren Todesfällen lag unter Beteiligung von Heroin ein Mischkonsum vor. Bei zwei der Rauschgifttoten war 2012 Methamphetamin todesursächlich. Das Alter der fünf männlichen und vier weiblichen Rauschgifttoten lag zwischen 24 und 43 Jahren, bei einem Durchschnittsalter von 31,9 Jahren.

Tab. 36: Rauschgifttodesfälle 2008 bis 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
PD Chemnitz-Erzgebirge	2	0	2	0	0
PD Dresden	5	5	4	2	1
PD Leipzig	8	4	6	8	5
PD Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	0	2	1	0
PD Oberlausitz-Niederschlesien	1	1	4	0	0
PD Südwestsachsen	1	2	5	0	2
PD Westsachsen	0	0	1	1	1
Sachsen gesamt	18	12	24	12	9

6.6 Bedeutung von Methamphetamin (Crystal) in der sächsischen BtM-Szene

In den vergangenen Jahren wurde in Sachsen beim Konsumverhalten verbotener BtM eine Entwicklung hin zum vermehrten Konsum von Methamphetamin (Crystal) festgestellt. Ungeachtet der bekannten schädlichen Folgen des Konsums von Crystal, wie der schnellen psychischen und physischen Abhängigkeit und den damit einhergehenden gesundheitlichen Schäden, nahmen die Feststellungen von Verstößen gegen das BtMG im Zusammenhang mit Crystal zwischen 2008 und 2012 erheblich zu (siehe Tab. 31; vgl. Kapitel 6.1).

Für das Jahr 2012 wurde in der PKS der Polizei Sachsen ein weiterer Anstieg der Fallzahlen für Verstöße gegen das BtMG aufgrund von Amphetamin/Metamphetamin (zum überwiegenden Teil Crystal) registriert. Diese Entwicklung wurde bei den allgemeinen Verstößen gegen das BtMG ebenso wie in den Fällen des illegalen Handels und Schmuggels sowie der Einfuhr von BtM (siehe Tab. 31; vgl. Kapitel 6.1) festgestellt.

Dieser Trend im Konsumverhalten lässt sich ebenfalls anhand der Fallzahlen erstauffälliger Konsumenten harter Drogen (EKHD) belegen. So wurden im Jahr 2012 im Freistaat Sachsen 82,5 % aller EKHD im Zusammenhang mit Crystal erfasst. 2008 waren es erst 53,4 % (siehe Tab. 31 und Tab. 34; vgl. Kapitel 6.1 und 6.4).

Auch die Angaben zu den Sicherstellungsmengen weisen auf einen vermehrten Konsum von Crystal hin. So stieg die Kilozahl des sichergestellten Methamphetamins zwischen 2008 und 2010 von 2,1 kg auf 6,0 kg, sank 2011 auf 4,4 kg und stieg 2012 auf 7,7 kg an.

Als eine Ursache für diese Entwicklung ist die geographische Nähe zur Tschechischen Republik, der Hauptbezugsquelle für sächsische Crystalkonsumenten, zu nennen, wodurch eine schnelle Verfügbarkeit der Droge zu einem relativ günstigen Preis gegeben ist. Durch den Wegfall der regelmäßigen Grenzkontrollen sank zudem das Entdeckungsrisiko für Konsumenten und Drogenhändler bei der Einfuhr von Crystal in das Bundesgebiet.

7. Strafrechtliche Maßnahmen

7.1 Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel

Wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Substanzen nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird entweder nach § 316 StGB (Trunkenheit im Verkehr) mit Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder, wenn er dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, gemäß § 315c Abs. 1 Ziff. 1.a StGB (Gefährdung des Straßenverkehrs) mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft.

Die Zahl der Verurteilungen wegen Trunkenheit im Verkehr bzw. wegen rauschbedingter Gefährdung des Straßenverkehrs ist – wie schon in den Vorjahren – auch im Zeitraum von 2008 bis 2011 rückläufig, wobei diese abnehmende Tendenz bereits seit 2002 zu beobachten ist. Während sich die Anzahl der wegen rauschbedingter Gefährdung des Straßenverkehrs verurteilten Personen im Jahr 2008 noch auf etwas über 600 Personen belief, betrug sie 2011 deutlich weniger als 500 Personen (siehe Tab. 37).

Tab. 37: Verurteilte Personen in Sachsen nach § 315c Abs. 1 Nummer 1 Buchst. a StGB ges., Gefährdung des Straßenverkehrs zwischen 2008 und 2011

			2008	2009	2010	2011
§ 315c StGB	Erwachsenenstrafrecht	Erwachsene	539	466	448	432
		Heranwachsende	57	50	28	39
	Jugendstrafrecht	Heranwachsende	14	9	8	5
		Jugendliche	3	4	8	1
Gesamt			613	529	492	477

Diese Entwicklung zeigt sich auch bei Verurteilungen wegen Trunkenheit im Verkehr. So sank die Zahl zwischen 2008 und 2011 von über 5.000 auf unter 3.500 verurteilte Personen (siehe Tab. 38).

Tab. 38: Verurteilte Personen in Sachsen nach § 316 StGB ges., Trunkenheit im Verkehr zwischen 2008 und 2011

			2008	2009	2010	2011
§ 316 StGB	Erwachsenenstrafrecht	Erwachsene	4.735	4.263	3.626	3.363
		Heranwachsende	273	193	166	108
	Jugendstrafrecht	Heranwachsende	63	38	34	16
		Jugendliche	36	13	16	6
Gesamt			5.107	4.507	3.842	3.493

Die abnehmende Tendenz zeigte sich sowohl bei Erwachsenen (Personen über 21 Jahre) als auch Heranwachsenden (Personen nach Vollendung des 18. und vor Vollendung des 21. Lebensjahres). Bei Jugendlichen (Personen nach Vollendung des 14. und vor Vollendung des 18. Lebensjahres) ist bei gemeinsamer Betrachtung beider Delikte eine ähnliche Tendenz zu beobachten. Allerdings ist die Anzahl der wegen Trunkenheitsdelikten verurteilten Jugendlichen im Allgemeinen ohnehin sehr niedrig, da Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren meist nicht über eine Fahrerlaubnis zur Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr als Fahrzeugführer verfügen.

Die rückläufige Tendenz spiegelt sich auch bei rauschbedingten fahrlässigen Körperverletzungen im Straßenverkehr wider. Während 2008 noch über 230 Personen wegen eines solchen Delikts verurteilt wurden, waren es 2011 lediglich 151 Personen (siehe Tab. 39).

			2008	2009	2010	2011
§ 229 StGB	Erwachsenen- strafrecht	Erwachsene	188	167	195	141
		Heranwachsende	39	24	19	8
	Jugendstrafrecht	Heranwachsende	7	7	6	2
		Jugendliche	3	1	0	0
Gesamt			237	199	220	151

Tab. 39: Verurteilte Personen in Sachsen nach § 229 StGB, fahrlässige Körperverletzung im Straßenverkehr in Trunkenheit zwischen 2008 und 2011

Nahezu gleich geblieben sind die Fallzahlen der rauschbedingten fahrlässigen Tötung im Straßenverkehr. So wurden im Jahr 2008 fünf, im Jahr 2009 vier, im Jahr 2010 acht und im Jahr 2011 drei Personen wegen fahrlässiger Tötung im Zusammenhang mit Trunkenheit im Straßenverkehr verurteilt (siehe Tab. 40).

			2008	2009	2010	2011
§ 222 StGB	Erwachsenen- strafrecht	Erwachsene	4	2	4	3
		Heranwachsende	1	1	1	0
	Jugendstrafrecht	Heranwachsende	0	1	3	0
		Jugendliche	0	0	0	0
Gesamt			5	4	8	3

Tab. 40: Verurteilte Personen in Sachsen nach § 222 StGB, fahrlässige Tötung im Straßenverkehr in Trunkenheit zwischen 2008 und 2011

7.2 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Der bereits in den Vorjahren beobachtbare Trend der zunehmenden Verurteilungen nach dem BtMG hielt auch zwischen 2008 und 2011 an. Während 2007 noch 1.623 Verurteilungen registriert wurden, waren es 2011 bereits über 1.800 Verurteilungen. Dabei ist die Zahl der verurteilten Erwachsenen erheblich gestiegen. Erfreulich ist jedoch, dass der in den Vorjahren beobachtete Rückgang der Verurteilungen von Jugendlichen weiter anhält. Während 2008 noch 40 Jugendliche aufgrund eines Verstoßes gegen das BtMG verurteilt wurden, waren es 2011 nur noch 27 (siehe Tab. 41).

			2008	2009	2010	2011
BtMG	Erwachsenen- strafrecht	Erwachsene	1.264	1.226	1.310	1.654
		Heranwachsende	105	117	73	93
	Jugendstrafrecht	Heranwachsende	180	132	101	68
		Jugendliche	40	27	31	27
Gesamt			1.589	1.502	1.515	1.842

Tab. 41: Verurteilte Personen in Sachsen nach BtMG ges. zwischen 2008 und 2011

7.3 Therapie statt Strafe: § 35 BtMG

Gemäß § 35 Abs. 1 Satz 1 BtMG kann die Vollstreckung einer Strafe oder eines Strafrestes zurückgestellt werden, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Betäubungsmittelabhängigkeit in eine seiner Rehabilitation dienenden Behandlung begibt. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Die Therapie wird in der Regel stationär durchgeführt, kann jedoch auch ambulant erfolgen. Der Verurteilte ist verpflichtet, die Aufnahme und Fortführung der Behandlung nachzuweisen. Die Zurückstellung der Vollstreckung kann widerrufen werden, wenn die Behandlung nicht begonnen, abgebrochen oder ein geforderter Nachweis nicht erbracht wird.

In den Jahren 2008 bis 2011 wurden im Freistaat Sachsen insgesamt mehr als 1.100 Zurückstellungsentscheidungen getroffen, um den verurteilten Betäubungsmittelabhängigen den Weg in die Therapie zu ermöglichen. Dabei bilden Fälle, in denen der Therapieantritt der Vermeidung einer Inhaftierung dienen sollte, den größten Teil. Von den im Vier-Jahres-Zeitraum gewährten Zurückstellungen wurden ca. 50 % widerrufen.

Tab. 42: Anzahl der Zurückstellungen

alle Staatsanwaltschaften	2008	2009	2010	2011
Zurückstellung gesamt	206	330	297	283
Freiheitsstrafe	144	184	174	188
Strafrest	45	109	89	67
Jugendstrafe	6	13	12	8
Restjugendstrafe	11	24	22	20
Zurückstellung widerrufen	78	148	173	170

7.4 Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Die „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ gemäß § 64 StGB gehört zu den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ des Strafrechts (vgl. § 61ff 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. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf nur angeordnet werden, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, dass die Person durch die Behandlung geheilt 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“).

Tab. 43 liefert einen Überblick über die Anlassstrafatbestände, d. h. die Straftaten, wegen derer die Unterbringung veranlasst wurde, beispielhaft für die am 31.12.2011 in den sächsischen Einrichtungen untergebrachten Patienten.

Tab. 43: Anzahl der gem. § 64 StGB in Sachsen untergebrachten Patienten nach Unterbringungsdelikt (Einteilung der Abschnitte des StGB) sowie Geschlecht (Stichtag 31.12.2011)

Unterbringungsdelikt bzw. Anlassstrafat(en)	Anzahl der Patienten	
	männlich	weiblich
Straftaten gegen das Leben (außer Sexualdelikte)	11	1
Brandstiftungsdelikte	6	0
Sexualdelikte	13	0
davon zum Nachteil von Kindern	2	0
davon mit Todesfolge	0	0
Körperverletzung	51	5
Raub und Erpressung	39	0
Straftaten gegen die persönliche Freiheit	0	0
Eigentumsdelikte (Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, Hehlerei etc.)	22	0
Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	26	3
Sonstige Delikte	3	1
Gesamt	171	10

Für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist grundsätzlich 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. In diesen Fällen soll jedoch 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 erfolgreichen Therapie eine Aussetzung zur Bewährung gemäß § 67 Abs. 5 StGB möglich ist.

Darüber hinaus ist die 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 Verurteilten nach einer solchen Entscheidung zur Verbüßung ihrer Reststrafe in die Justizvollzugsanstalt zurück.

Für den Maßregelvollzug nach § 64 StGB gibt es im Freistaat Sachsen zwei Einrichtungen: das Städtische Klinikum „St. Georg“ Leipzig sowie das Sächsische Krankenhaus Großschweidnitz, denen jeweils bestimmte Landgerichtsbezirke zugeordnet sind, aus denen sie Patienten aufnehmen. Dafür stehen zurzeit insgesamt 200 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Die Entwicklung der Anzahl der Untergebrachten seit 2008 ist in Tab. 44 dargestellt.

Durchschnittliche Jahresbelegung	Freistaat Sachsen	alle Bundesländer*
2008	142	2.009
2009	149	2.123
2010	161	2.290
2011	181	2.502

Tab. 44: Zahl der Untergebrachten in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB (inkl. § 67h StGB), 2008 – 2011

Quelle: Erhebung des Kerndatensatzes der Bundesländer
*(außer Baden-Württemberg und Bayern)

Die Zunahme der Anzahl der nach § 64 StGB Untergebrachten entspricht zum einen dem bundesweiten Trend und ist zum anderen eine Folge der in den neuen Bundesländern nach 1990 angestiegenen Drogenkriminalität (siehe Tab. 45)

Jahr	Alkohol	Drogen	Gesamt
2008	65	88	153
2009	69	82	151
2010	77	101	178
2011	66	115	181

Tab. 45: Unterbringung gemäß § 64 StGB nach Suchtmittelgruppen (Stichtag 31.12.)

So waren 2011 64 % der Patienten wegen einer Straftat im Zusammenhang mit BtM und 36 % wegen einer Straftat im Zusammenhang mit Alkohol in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB untergebracht.

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.

Als Therapiemaßnahmen kommen Einzelgespräche, Gruppentherapien, Entspannungstraining, Suchtinformationsgruppen, Gruppentraining sozialer Kompetenz/Stressmanagement, Ergotherapie, Sporttherapie sowie im weiteren Verlauf arbeitstherapeutische Angebote und die Vermittlung alltagspraktischer Kompetenzen zur Anwendung. Darüber hinaus bestehen Möglichkeiten zur Schul- und Berufsausbildung. In Abhängigkeit vom Therapiefortschritt werden zur Belastungserprobung und Prüfung der Stabilität der Suchtmittelabstinenz gemäß einem sog. Stufenplanes Vollzugslockerungen⁸⁵ gewährt.

Bei positivem Verlauf und ausreichender Stabilisierung wechseln die Patienten im Verlauf der Behandlung 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. 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 Forensischpsychiatrische Institutsambulanz etabliert. Sie wird bei

85 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).

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.

Die Anzahl der auf diese Weise in den letzten Jahren nachsorgend betreuten Patienten kann der Tab. 46 entnommen werden.

Tab. 46: Behandlung von Patienten in der forensischpsychiatrischen Ambulanz (2008 – 2011)

	2008	2009	2010	2011
Anzahl der Patienten (Stichtag 30.09.)	61	86	91	87

Die Ergebnisse der Tätigkeit der Forensischpsychiatrischen 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 hinauszuzögern. Es ist geplant, auch in den anderen forensischen Kliniken gleichartige forensischpsychiatrische Fachambulanzen für die Nachsorge entlassener Maßregelvollzugspatienten einzurichten.

8. Suchtforschung

Fragen der Entstehung von Substanzstörungen sowie nichtstoffgebundener Störungen einschließlich adäquater Hilfen sind Bestandteile der studentischen Lehre an den sächsischen Universitäten und Hochschulen sowie an den Berufsakademien in den relevanten Ausbildungsgängen. Wenn auch in unterschiedlicher Intensität spiegelt sich dies sowohl in den angebotenen Lehrveranstaltungen als auch in den Graduiierungsarbeiten wider. Hierzu gehören auch zahlreiche Arbeiten und Initiativen zur konkreten Unterstützung von Projekten z.B. bei der Dokumentation, Evaluation und Auswertung konkreter Projektarbeit.

Aktivitäten zur Suchtforschung finden an allen sächsischen Universitäten und Hochschulen entsprechend der jeweiligen inhaltlichen Ausrichtungen vor allem in den Fachrichtungen Psychologie und Sozialwesen/Sozialpädagogik sowie an den Universitätsklinik Carl Gustav Carus und Leipzig statt.

An der TU Dresden hat sich innerhalb des Fachbereichs Psychologie im Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen die Suchtforschung als national und international führend für Suchterkrankungen etabliert.

Im Folgenden sollen einige Aktivitäten des Bereiches Suchtforschung im Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden auszugsweise vorgestellt werden.

8.1 Forschung

Professur für Suchtforschung

Übergeordnete Forschungsthemen sind die Beschreibung und Analyse von Prozessen und Faktoren (Mediatoren und Moderatoren) im Zusammenhang mit Beginn, Verlauf, Reduzierung und Beendigung des Gebrauchs psychotroper Substanzen, des Glücksspielens und des Internetgebrauchs sowie der damit verbundenen Störungen.

Insbesondere geht es dabei um Analysen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden bei den ätiopathologischen Prozessen und bei den Störungsbildern zwischen Substanzstörungen und „substanzungebundenen“ Störungen. Von besonderem Interesse sind dabei individuelle Risikoprofile, die zur Erklärung beitragen können, warum nur ein Teil der Substanzkonsumenten bzw. Nutzer von Glücksspielen Störungen entwickelt, und der überwiegende Teil nicht.

Weiteres übergeordnetes Thema ist die Erforschung von Interventionen zur Reduzierung abhängigen Verhaltens, sowohl auf der individuellen (Therapie) als auch auf der gesellschaftlichen Ebene (Gesundheitspolitik, Besteuerung).

8.2 Präventive und therapeutische Angebote für die Bevölkerung

Für die Durchführung der Forschungsvorhaben und zur Unterstützung der Lehre betreibt die Professur für Suchtforschung eine Raucherambulanz und eine Spezialambulanz für Alkohol, Cannabis, Tabak sowie pathologisches Glücksspielen. Diese Spezialambulanzen sind Teil der Institutsambulanz für Forschung und Lehre in Klinischer Psychologie und Psychotherapie (IAP-TUD GmbH).

Die Spezialambulanz für Alkohol, Cannabis, Tabak sowie pathologisches Glücksspielen bietet ambulante verhaltenstherapeutische Einzeltherapie bei Vorliegen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie Cannabismissbrauch und -abhängigkeit als Hauptdiagnose bzw. komorbide Diagnose.

Die Behandlung von Patienten mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit erfolgt speziell nach dem – am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden entwickelten – Behandlungsmanual „CANDIS“ durch eine modulare, kognitivbehaviorale Therapie (Hoch et al., 2011). „CANDIS“ richtet sich gezielt auf das motivationale, psychische und soziale Problemprofil von Patienten mit Cannabismissbrauch und -abhängigkeit).

Die Spielerambulanz der TU Dresden bietet neben der Therapie des Pathologischen Glücksspielens umfangreiche Informationen für Spieler und deren Angehörige.

Die Raucherambulanz ist eine gemeinsame Initiative der Professur für Suchtforschung, der Arbeitsgruppe „Systemische Neurowissenschaften“ (Prof. Michael Smolka) und der SLS. Zur Tabakentwöhnung werden Kurse durchgeführt, die auf dem Rauchfrei Programm basieren. Das Rauchfrei Programm ist das am weitesten verbreitete Programm zur Tabakentwöhnung in Deutschland und beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Tabakforschung und anerkannten therapeutischen Techniken.

9. Weiterentwicklungsbedarfe

Im Rahmen der Erstellung des 2. Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes wurden im Januar 2013 im SMS die nachfolgenden sechs Workshops (WS) durchgeführt⁸⁶:

- „Suchtprävention“ (WS 1),
- „Hilfesystem“ (WS 2),
- „Kooperation/Vernetzung/Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe“ (WS 3),
- „Kooperation/Vernetzung/Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Jobcenter sowie Arbeits- und Beschäftigungsangeboten“ (WS 4),
- „Doppeldiagnosen“ (WS 5),
- „Angebote für spezifische Zielgruppen („CMA“, pflegebedürftige Suchtkranke)“ (WS 6).

Die Workshops zielten auf die Erfassung und Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation suchtgefährdeter und abhängiger Personen sowie auf die Ableitung von zukunftsorientierten Handlungsbedarfen im Freistaat Sachsen.

Die Workshops wurden zum einen durch Tischvorlagen vorbereitet; zum andern wurden die Diskussionsbeiträge der Workshops in Ergebnisprotokollen zusammengefasst und den Teilnehmern zur Verfügung gestellt.

Sowohl aus den Daten des 2. Sächsischen Drogen- und Suchtbericht als auch den Diskussionsbeiträgen der Workshopteilnehmer/-innen ist abzuleiten, dass der Freistaat Sachsen über ein *in verschiedenen Bereichen überwiegend gut ausgebautes und – je nach Region – unterschiedlich stark vernetztes Hilfe- und Unterstützungssystem* für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sowie ihre Angehörigen verfügt.

Gleichwohl sind *Weiterentwicklungsbedarfe* aufgezeigt, die im Verlauf der nächsten Jahre von den verschiedenen Akteuren im Rahmen einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Suchthilfe im Freistaat Sachsen aufgegriffen werden sollten. Die Umsetzung der genannten Maßnahmen und Ziele einschließlich finanzieller und personeller Folgewirkungen steht, soweit sie den Staatshaushalt betreffen, unter dem Vorbehalt der Finanzierung im jeweiligen Einzelplan sowie der Einhaltung der Stellenpläne.

⁸⁶ Eine Übersicht der teilnehmenden Institutionen ist der Anlage 8 zu entnehmen.

Suchtprävention

Die Präventionsangebote im Bereich der universellen Prävention sollten weitergeführt und verstetigt werden.

Dazu gehören:

- die weitere Verbreitung von evidenzbasierten Programmen im Setting Kindertagesstätten und Schulen,
- die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, insbesondere von Handel- und Gewerbetreibenden, u. a. in Bezug auf die Einhaltung geltender Bestimmungen (z. B. Jugendschutzgesetz),
- die weitere Sensibilisierung und Qualifizierung von Eltern, pädagogischen Fachkräften und anderen Bezugspersonen.

Präventionsangebote im Bereich der selektiven und indizierten Prävention sollten unter Beachtung der aktuellen Datenlage ausgebaut und gestärkt werden.

Insbesondere hinsichtlich folgender Zielgruppen:

- Crystalkonsumenten,
- Kinder aus suchtbelasteten Familien,
- Alkohol- und Drogenkonsumenten im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter, u. a. in der Party- und Discoszene,
- erstauffällige Drogenkonsumenten.

Dies umfasst auch:

- Eine verstärkte Kooperation zwischen den Akteuren der Suchtprävention und den relevanten Handlungsfeldern und Hilfebereichen insbesondere auf kommunaler Ebene.
- Information, Sensibilisierung und Qualifizierung von Eltern, professionellen Bezugspersonen - wie Erzieher und Lehrer, Ärzte und anderem medizinischen Personal sowie Mitarbeiter anderer Beratungsdienste - für Merkmale bei Personen mit erhöhtem Risiko (z. B. Kinder suchtkranker Eltern, frühzeitiger Probierkonsum).

Zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung sollten strukturelle Veränderungen geprüft und eine entsprechende bedarfsorientierte Anpassung vorgenommen werden.

- Stärkung der regionalen Verankerung der Suchtprävention im Sinne eines eigenständigen Schwerpunktes in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Grundsätzlich sollten dabei die Bedarfe zunächst unter Darstellung der aktuellen Strukturen und derzeitigen Akteure beschrieben werden. Wünschenswert wäre in allen Gebietskörperschaften der Einsatz von Fachkräften für Suchtprävention, die regional vernetzt tätig werden sowie die Erarbeitung von Präventionskonzepten, die an regionale Bedingungen und Bedarfe angepasst sind und alle relevanten Akteure einbeziehen.
- Die Möglichkeiten und Kompetenzen des Landesfachausschusses Suchtprävention und des LPR sollten im Rahmen einer Strukturdiskussion geprüft und bewertet werden. Ziel ist eine Verbesserung der Kooperation und Vernetzung zwischen Landes- und kommunaler Ebene, da in der derzeitigen Aufteilung von Verantwortung und Ressourcen ein aufeinander abgestimmtes strategisches Vorgehen erschwert wird.
- In der Vernetzung der Akteure ist zu berücksichtigen, dass die Bereiche Polizei, Jugendhilfe, Gesundheitsbereich und Schule jeweils eigene Systeme mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Arbeitsaufträgen darstellen.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollten verstetigt und ausgebaut werden. Das umfasst insbesondere

- die Entwicklung und Implementierung von landesweiten Leitlinien/Standards für Suchtprävention,
- eine bedarfsgerechte Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte für Suchtprävention sowie professioneller Bezugspersonen,
- eine am regionalen Bedarf orientierte Entwicklung und Bewertung von Angeboten und Maßnahmen.

Hilfesystem für suchtgefährdete und -abhängige Personen

Das bestehende Hilfesystem ist leistungsfähig, strukturiert, differenziert und ausgelastet. Gleichwohl zeigen die Auswertungen der einrichtungs- und klientenbezogenen Daten sowie die Erfahrungen der Fachkräfte des Suchthilfesystems im Rahmen der Workshops, dass Handlungsbedarfe sowohl im Sinne einer Verstärkung als auch der Weiterentwicklung bestehen.

- Die Arbeit der SBB ist flächendeckend sicherzustellen. Dabei ist auf hinreichende Ressourcen zu achten, die eine an den regionalen Erfordernissen ausgerichtete und zielgruppenorientierte Arbeit ermöglicht. Für die Erreichbarkeit einer SBB sollten Wegzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln von ca. 45 Minuten nicht überschritten werden.
- Das Angebotsspektrum ist hinsichtlich eines sich verändernden Bedarfs und veränderter Klientengruppen anzupassen. Neben einem nach wie vor bestehenden hohen Hilfe-, Beratungs- und Behandlungsbedarf für Personen mit alkoholbezogenen Störungen ist eine Zunahme der Hilfebedarfe für Konsumenten illegaler Drogen sowie polytoxikoman Konsumierender und der Hilfebedarfe im Bereich der stoffungebundenen Störungen und im Bereich der Doppeldiagnosen zu beachten.
- Infolge veränderter Klientengruppen, insbesondere im Zusammenhang mit dem verstärkten Konsum von Crystal ist die Sicherstellung der akutenpsychiatrischen Behandlung einschließlich ausreichender Behandlungszeiten sowie die Sicherstellung einer nachhaltig wirksamen Entwöhnungszeit zu prüfen.
- Für suchtkranke Menschen, die nicht therapiefähig sind, ist die bedarfsgerechte Bereitstellung niedrigschwelliger Kontakt- und Hilfeangebote im Sinne lebensbegleitender, tagesstrukturierender Angebote, die auch medizinische und pflegerische Maßnahmen umfassen, notwendig. Angebote der aufsuchenden Sozialarbeit und Streetwork sollten in Kooperation mit weiteren Hilfeangeboten nach regionalem Bedarf vorgehalten werden.
- Zur langfristigen Sicherung des Therapieerfolgs nach medizinischen Rehabilitationen sollte möglichst eine nahtlose Vermittlung in Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten erfolgen. Insbesondere bei jungen Abhängigen illegaler Drogen, die häufig über keine bzw. keine abgeschlossene Schul- und/oder Berufsausbildung verfügen, ist der Erwerb dieser Abschlüsse zu unterstützen.
- Die Vernetzung zwischen Suchthilfe und Psychiatrie ist weiter auszubauen. Auch wenn in der Vergangenheit sich beide Hilfesysteme z. T. unabhängig – zeitweise sogar in Abgrenzung zu einander – entwickelten, so treten in den letzten Jahren neben den traditionellen Handlungsfeldern, wie der Entzugsbehandlung in den Psychiatrischen Krankenhäusern oder den Suchtberatungen in den Sozialpsychiatrischen Diensten, neue Herausforderungen im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung dazu. So zwingt die Zunahme der Anzahl komorbider Patientinnen und Patienten, für die eine alleinige suchtspezifische Behandlung unzureichend ist, zur Zusammenarbeit und zur Veränderung von Behandlungsstrukturen. Diese Zusammenarbeit sollte neben gemeinsamen Fortbildungen beispielsweise auch gemeinsame Fallberatungen oder auch Hausbesuche bei Betroffenen umfassen.
- Eine besondere Herausforderung der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und den Angeboten der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung stellt die nicht mehr flächendeckend verfügbare ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dar.
- Zur Gewährleistung bedarfsgerechter und integrierter Versorgung ist die Kooperation und Vernetzung mit angrenzenden Hilfesystemen weiter auf- und auszubauen und sollte regional verbindlich geregelt werden.
- Die Arbeit der Selbsthilfegruppen ist eine wichtige und wertvolle Ergänzung im System der Suchthilfe. Da sich Selbsthilfeangebote an Betroffene mit unterschiedlichen Suchterkrankungen und deren Angehörige richten, erfordert dies auch die Berücksichtigung einer alters-, geschlechts- und suchtspezifischen Differenzierung.

Kooperation/Vernetzung/Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe

Generell bedarf es in der Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Kinder- und Jugendhilfe verbindlicher und verlässlicher Kooperationen, die auch strukturelle Voraussetzungen brauchen.

- Bestehende Unsicherheiten in der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Suchthilfe, die sowohl den Auftrag als auch die Zielsetzung des jeweiligen Hilfesystems betreffen können, sollten weiter reduziert werden (z.B. durch den Abschluss von regionalen Kooperationsvereinbarungen zwischen den Hilfesystemen).

- Sowohl für die Kinder- und Jugendhilfe als auch für die Suchthilfe bestehen wechselseitige Fortbildungsbedarfe. Entsprechende Angebote sollten an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe erarbeitet werden mit dem Ziel die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich der Wahrnehmung von Suchtbelastungen als auch die Fachkräfte der Suchthilfe zu Fragen des Kinderschutzes zu qualifizieren.

Bezogen auf die Zielgruppen Minderjährige mit Substanzstörungen sowie suchtblastete Eltern und deren Kinder werden nachfolgende Bedarfe und Handlungsempfehlungen gesehen:

Minderjährige mit Substanzstörungen

- Für eine frühzeitige Erreichung von Minderjährigen mit Substanzstörungen sind für diese Zielgruppe spezialisierte und an ihrer Lebenswelt orientierte Angebote und Zugangswege bedeutsam. Dazu gehören z.B. die Möglichkeit von Online-Beratungen, Erlebnisangebote zur Förderung von Risikokompetenz sowie spezialisierte Wohngemeinschaften.
- Um bedarfsgerechte Hilfen vorhalten zu können, ist verstärkt auf eine Vernetzung der beteiligten Dienste (Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe, schulbezogene Dienste), Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und niedergelassenen Ärzte (für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu achten.
- Eine gemeinsame Bewertung der Lebenslage von Minderjährigen mit Substanzstörungen und abgestimmte Hilfemaßnahmen (z. B. im Rahmen eines Fallmanagements) sollten frühzeitig durchgeführt werden.
- Zu prüfen ist ein bedarfsgerechter Ausbau von stationären Einrichtungen der Jugendhilfe mit der Kompetenz, Minderjährige nach Entlassung aus suchttherapeutischen Stationen von Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzunehmen und entsprechende schulische bzw. berufsvorbereitende Möglichkeiten vorzuhalten.

Suchtblastete Eltern und deren Kinder

- Suchtberatungs- und -behandlungsstellen erfassen die im Haushalt ihrer Klienten lebenden Kinder und suchen bei diagnostizierter Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe.
- Bei der Hilfeplanung der Kinder- und Jugendhilfe ist eine mögliche Suchtblastung von Eltern weiterhin zu berücksichtigen und ggf. eine Vermittlung in Einrichtungen der Suchthilfe vorzunehmen.
- In den Fachkliniken für medizinische Rehabilitation für Suchtkranke sollten spezifische Angebote für Kinder der Patientinnen und Patienten entwickelt und vorgehalten werden. Im Sinne des Kindeswohls ist der Kontakt zu den zuständigen örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe zu suchen.

Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen

- Unterstützung der Zielgruppe zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung, zur Vorbereitung auf die Wahrnehmung von Erziehungsverantwortung und eine gelingende Eltern-Kind-Beziehung und zur Vermeidung von Gefährdungen für das ungeborene Kind.
- Verbindliche, regional verankerte Kooperationen zwischen den medizinischen Einrichtungen und den Einrichtungen der Sucht- sowie Kinder- und Jugendhilfe.
- Sensibilisierung von Hebammen, Ärztinnen/Ärzten u.a. Fachkräften aus dem Hilfesystem für suchtblastete und suchtkranke Schwangere.

Berufliche Integration und Arbeits- und Beschäftigungsangebote sowie Kooperation/Vernetzung/Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Jobcenter

- Suchtblastete und (ehemals) abhängigkeitskranke Arbeitsuchende und Arbeitslose haben oftmals komplexe Problemlagen. Sie benötigen auf Grund ihrer persönlichen und beruflichen Lebensumstände besondere Unterstützung.
- Für suchtkranke Menschen ohne eine realistische kurz- bzw. mittelfristige Perspektive,

im ersten Arbeitsmarkt unterzukommen, sind Arbeits- und Beschäftigungsprojekte wirksame Angebote bei der Bewältigung einer Suchterkrankung und Voraussetzung für eine langfristige Suchtmittelabstinenz. Es wird deshalb angeregt, geeignete Arbeits- und Beschäftigungsangebote vorzuhalten. Dabei haben Erfahrungen gezeigt, dass es sinnvoll ist, spezifische Angebote für unterschiedliche Zielgruppen anzubieten. Dabei kann sich die Zielgruppenspezifität z.B. auf den Grad der Krankheitsbewältigung (Arbeitsprojekte für nasse Alkoholiker) oder die Altersgruppe (junge Drogenabhängige) beziehen.

- Die Anzahl der vorgehaltenen Plätze ist regional zu prüfen. Ggf. ist ein weiterer Ausbau anzustreben.
- Für die Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchthilfe werden Kooperationsvereinbarungen empfohlen. Ein regelmäßiger Informationsaustausch, insbesondere im Hinblick auf wesentliche Veränderungen der Jobcenter-Kunden (u.a. zu geplanten Hilfemaßnahmen, zum Abschluss der Maßnahme und den erzielten Ergebnissen) wird angeregt.
- Abgestimmte Verfahrensweisen und Qualitätsstandards/Leitlinien werden empfohlen. Beispielsweise könnte die verbindliche Benennung von jeweils zuständigen Ansprechpartnern und eine bessere telefonische Erreichbarkeit (z. B. feste Telefonzeiten) die Kooperation in der Praxis optimieren.
- Es wird angeregt, die Fallmanager der Jobcenter regelmäßig zu suchtspezifischen Inhalten zu schulen, z.B. durch Fachkräfte der Suchthilfe. Dies kann dazu beitragen, die fachlichen Voraussetzungen bzgl. des Erkennens einer Suchtproblematik zu verbessern.

Doppeldiagnosen

Menschen mit Doppeldiagnosen leiden gleichzeitig unter dem Missbrauch oder der Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer weiteren schweren psychischen Störung.

Weiterentwicklungsbedarf ergibt sich aus Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Doppeldiagnosen.

- Personen mit Doppeldiagnosen stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Daraus folgend benötigen sie jeweils ein individuell zugeschnittenes Therapie- und Rehabilitationsangebot, das ihre jeweiligen Ressourcen berücksichtigt.
- Die Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen bedarf einer verbindlichen Kooperation verschiedener professioneller Helfer; die Trennung zwischen den Behandlungssystemen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und jenen mit Suchterkrankungen muss überwunden werden.
- Für die in der Suchthilfe bzw. in der medizinischen und komplementären Regelversorgung arbeitenden professionellen Helfer sollte ein umfassendes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu Doppeldiagnosen geboten werden.
- Der Zugang für Personen mit Doppeldiagnosen in Einrichtungen und Angebote der Grundversorgung sollte möglichst niedrigschwellig und gemeindenah gestaltet werden. Lange Wartezeiten sind problematisch, da die Klienten oftmals nur über eine geringe Behandlungsmotivation verfügen.
- Spezialisierte Angebote sollten beispielsweise für diejenigen Menschen mit Doppeldiagnosen vorgehalten werden, die einen Bedarf an Teilhabeleistungen nach SGB XII aufweisen. Die Angebote sollten entsprechend des regionalen Bedarfs an bestehende Einrichtungen angebunden sein (z. B. Wohngruppen mit speziellem Konzept).

Angebote für spezifische Zielgruppen (CMA, pflegebedürftige Suchtkranke)

Angebote für Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige (CMA)

Für CMA, die den Zugang zu den Einrichtungen der Suchthilfe nicht oder nicht mehr finden und denen es aktuell nicht möglich ist, abstinent zu leben, bedarf es niedrigschwelliger Hilfemaßnahmen und -angebote. Enge Schnittstellen ergeben sich hierbei insbesondere zur Wohnungslosenhilfe.

Eine Differenzierung und Spezialisierung der Hilfen ist für besondere Bedarfsgruppen von CMA zu bedenken. Zu diesen Gruppen gehören ältere und pflegebedürftige CMA, CMA mit Doppeldiagnosen sowie junge Erwachsene, vor allem Konsumenten synthetischer Drogen mit polytoxikomanem Konsummuster und Mehrfachschädigungen.

Ein Angebot an Plätzen zu einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung gemäß § 1906 BGB ist in ausreichender Form vorzuhalten. Die Implementierung von Richtlinien und Entscheidungshilfen zum Umgang mit diesem Personenkreis ist zweckmäßig.

Für CMA ist vor allem in Verbindung mit dem abW der Bedarf für tagesstrukturierende Angebote zu prüfen, da diese Angebote einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung von Therapieerfolgen und zur Förderung der sozialen Integration leisten. Dabei ist auch eine zielgruppenspezifische Ausrichtung zu bedenken.

Angebote für pflegebedürftige Suchtkranke

Vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung wird die Zahl der älteren Menschen, die von Substanzstörungen betroffen sind, zunehmen. Zu differenzieren sind dabei einerseits die Personen, die bereits in jüngeren Jahren eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt haben und bei denen nunmehr eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Andererseits betroffen ist die Personengruppe, die ein missbräuchliches oder abhängiges Konsumverhalten im späteren Alter entwickelt.

Eine besondere Herausforderung stellen ländliche Regionen dar, in denen der Anteil älterer Menschen besonders hoch ist. Unter anderem als Folge des Wegzugs jüngerer Menschen stehen unterstützende familiäre und nachbarschaftliche Netzwerke nur bedingt zur Verfügung, was sich nachteilig auf die Pflege sozialer Kontakte, der eigenen Gesundheitsvorsorge und der täglichen Versorgung auswirkt.

Wissen und Umgang mit älteren suchtkranken Menschen sollten in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von Fachkräften der Altenhilfe als auch der Suchthilfe Eingang erhalten.

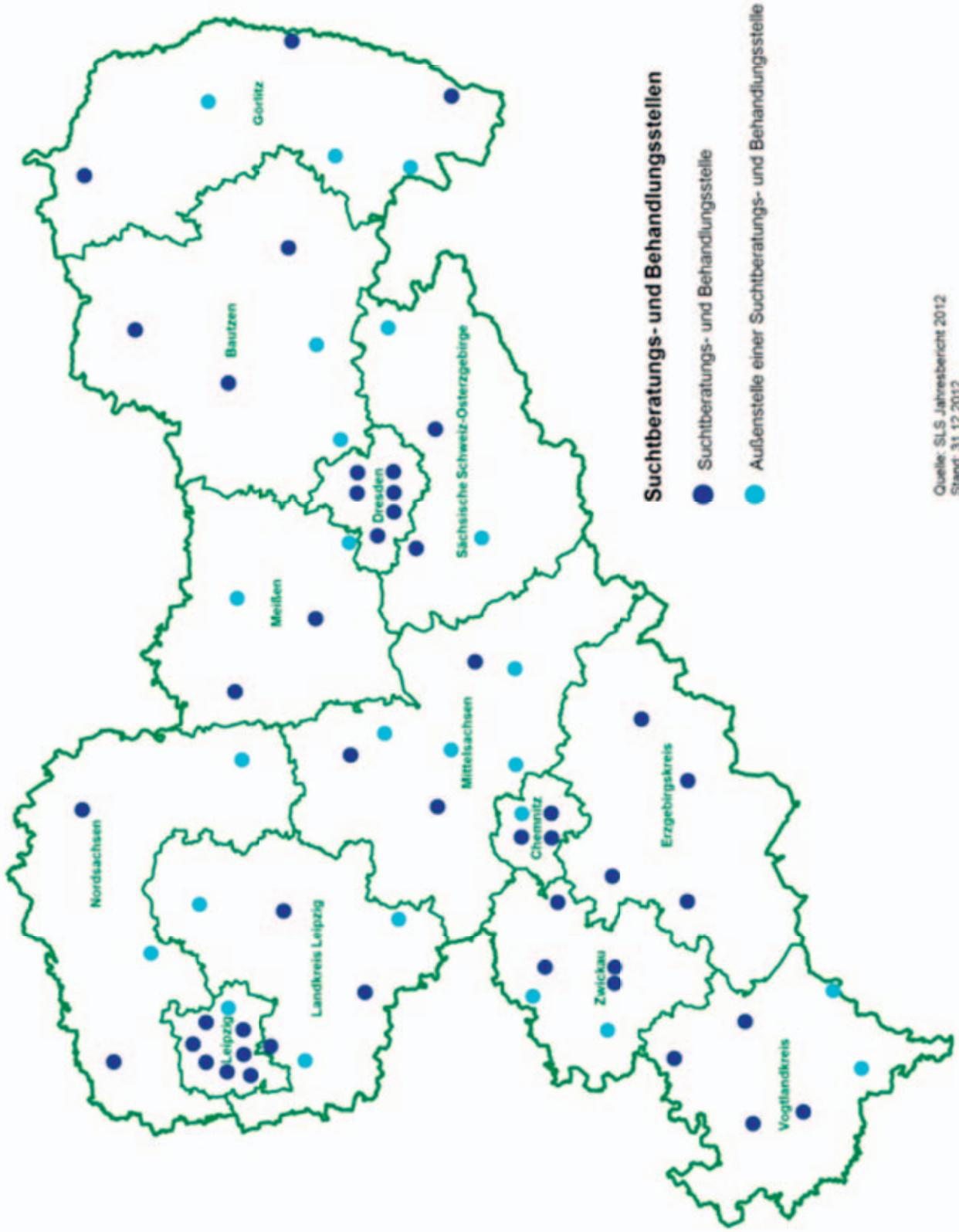
Es bedarf verstärkter Aufmerksamkeit, inwiefern die Bedingungen in den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Altenheimen den Bedürfnissen von älteren Personen mit Substanzstörung gerecht werden.

In Abhängigkeit der konkreten regionalen Rahmenbedingungen sowie der Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bieten sich unterschiedliche Modelle für die Versorgung von älteren pflegebedürftigen Personen mit Suchtmittelabhängigkeit an, die sowohl an Alten- und Pflegeheimen als auch an Einrichtungen der Suchthilfe angegliedert sein können.

Ansatzpunkte dazu können die Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts „WATCH – Wahrnehmen, Ansprechen, Thematisieren, Coachen, Handeln“ liefern. Diese sollten in Überlegungen einbezogen werden, wie eine engere Vernetzung zwischen Suchthilfe und Altenhilfe gelingen kann und welche Handlungsoptionen für eine Verbesserung der Versorgung von älteren Personen mit Suchtmittelkonsum möglich sind.

Anlagen

Anlage 1



Anlage 2

Tab. 47: Angebotskomponenten der niedrigschwelligen Angebote
(Mehrfachnennungen möglich, N = 48)

	Anzahl
Tagesaufenthalt/Cafe	22
Übernachtungsmöglichkeiten/Notschlafstelle	3
Essensangebote/Mahlzeiten	20
Schuldnerberatung/Geldverwaltung	2
Streetwork, aufsuchende Sozialarbeit	7
Medizinische Notfallhilfe	3
Medizinische Versorgung	5
Gesundheitsförderung (z.B. AIDS-Prophylaxe, Hepatitisvorsorge)	9
Spritzentausch	4
Hygieneangebote:	
Waschmaschine	22
Angebote zur Körperpflege, Duschgelegenheiten	21
Sonstige Angaben	19

Anlage 3

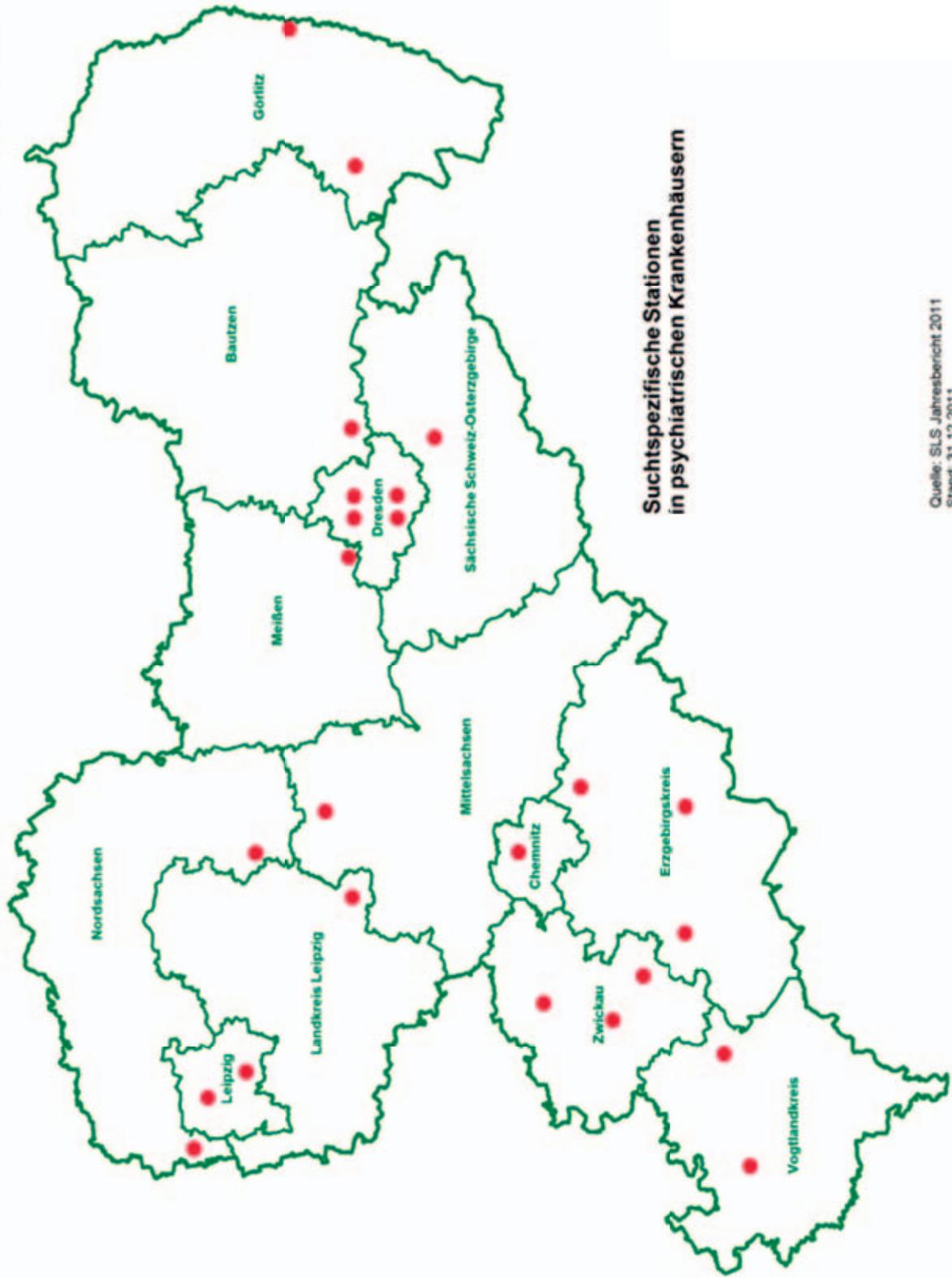
Tab. 48: Auflistung der Substitutionsbehandlungen nach Landkreisen/kreisfreien Städten

Landkreis/ Kreisfreie Stadt	2009 (Stand 05.01.10)				2010 (Stand 06.01.2011)				2011 (Stand 03.01.2012)				2012 (Stand 07.01.2012)			
	Anzahl der Patienten 1.1.-31.12.	Anzahl der Patienten 01.10.	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.2 BtMVV)	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.3 BtMVV)	Anzahl der Patienten 1.1.-31.12.	Anzahl der Patienten 01.10.	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.2 BtMVV)	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.3 BtMVV)	Anzahl der Patienten 1.1.-31.12.	Anzahl der Patienten 01.10.	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.2 BtMVV)	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.3 BtMVV)	Anzahl der Patienten 1.1.-31.12.	Anzahl der Patienten 01.10.	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.2 BtMVV)	Anzahl der Ärzte (\$ 5 Abs.3 BtMVV)
DB Chemnitz	218	156	5	3	211	151	6	2	179	132	6	3	179	126	6	3
Stadt Chemnitz	139	106	2	0	136	103	3	0	129	103	3	0	132	101	2	0
Erzgebirgskreis	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LK Mittelsachsen	7	3	1	2	10	7	1	2	13	8	1	2	19	13	2	2
Vogtlandkreis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1
LK Zwickau	71	46	2	0	65	41	2	0	36	21	2	0	27	11	2	0
DB Dresden	132	80	2	2	173	87	4	3	167	104	4	2	160	96	3	2
Stadt Dresden	129	79	2	0	159	83	2	0	152	99	2	0	149	90	2	0
LK Bautzen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
LK Görlitz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LK Meißen	3	1	0	2	7	3	1	2	11	5	1	1	7	5	1	1
LK Sächs. Schweiz- Ostergebirge	0	0	0	0	7	1	1	1	3	0	0	1	4	1	0	1
DB Leipzig	1104	458	12	2	891	511	11	5	909	472	10	9	813	460	12	7
Stadt Leipzig	1002	455	10	1	886	507	9	4	897	464	9	4	791	451	10	3
LK Leipzig	98	0	1	0	0	0	0	0	3	2	0	2	15	6	1	2
LK Nordsachsen	4	3	1	1	5	4	2	1	9	6	1	3	7	3	1	2
insgesamt	1454	694	19	7	1275	749	21	10	1255	708	20	14	1152	682	21	12

Anlage 4

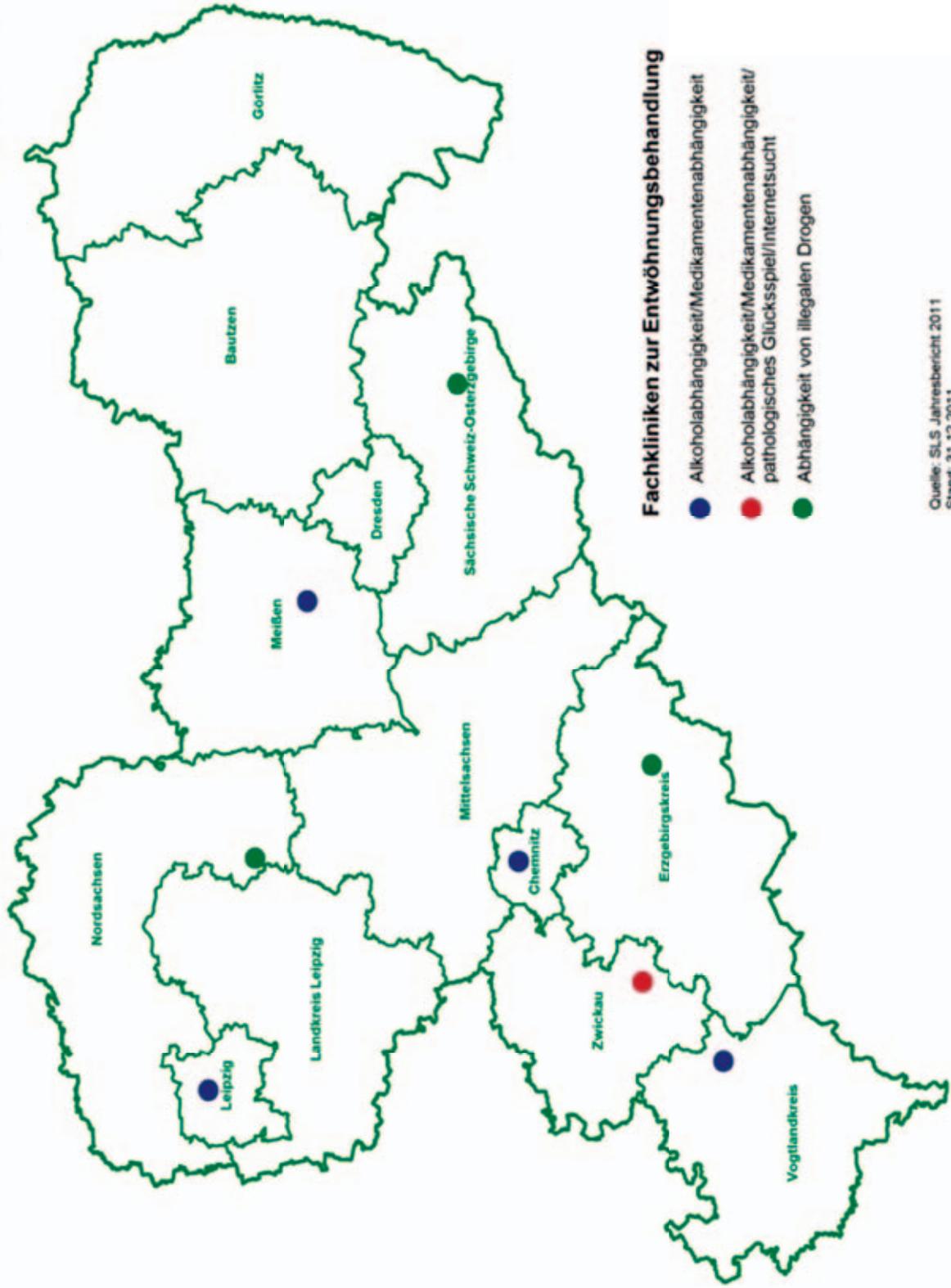
Tab. 49: Betten und Tagesplätze in sächsischen Krankenhäusern (ab 2012)

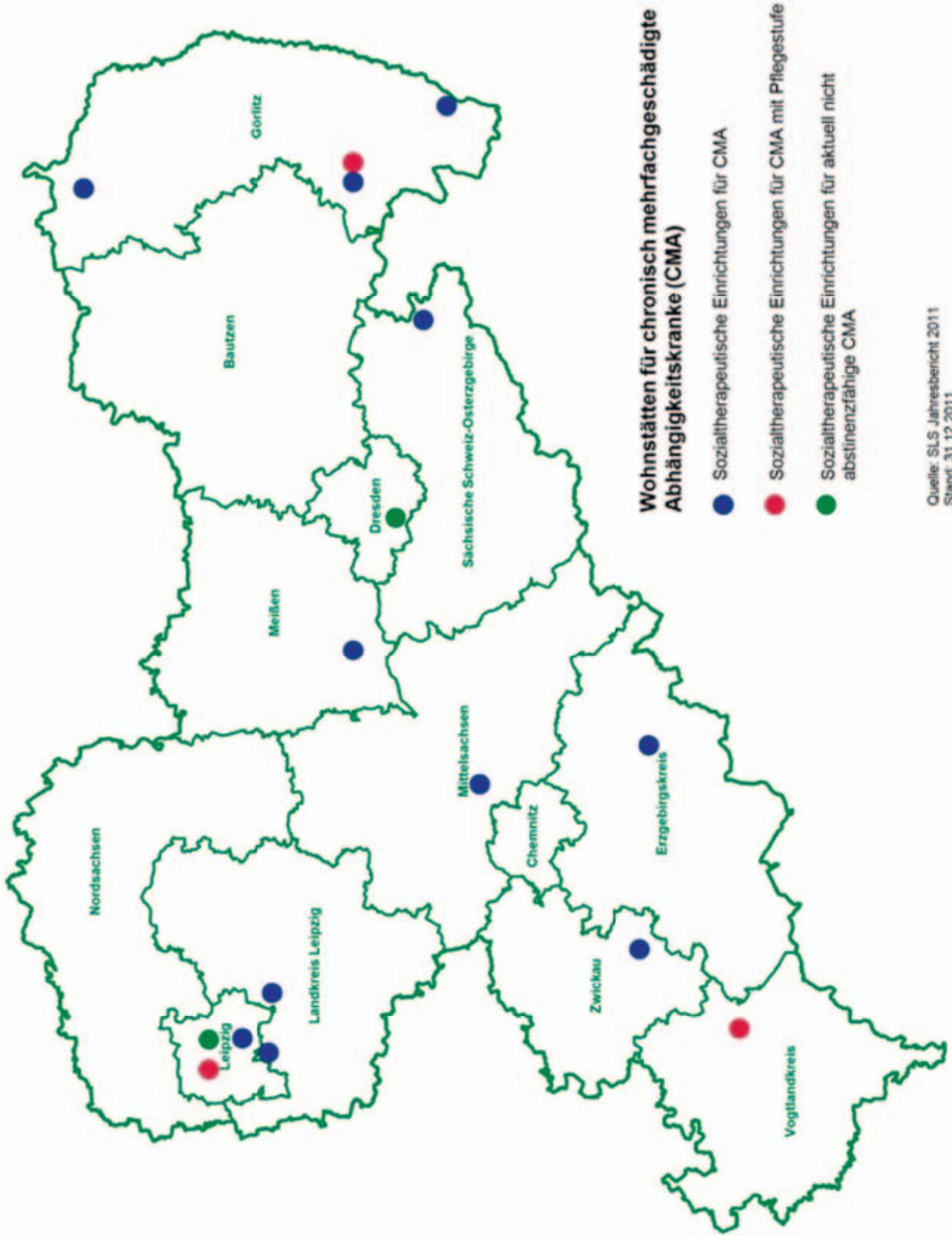
Krankenhaus	KJPSY		PSY		PSYSO		PSYCH	
	Betten	TP	Betten	TP	Betten	TP	Betten	TP
Klinikum Chemnitz	-	-	159	50	20	10	179	60
HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	-	-	90	21	-	-	90	21
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau	24	15	77	21	-	-	101	36
EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg	-	-	65	20	-	-	65	20
HELIOS Klinikum Aue	-	-	80	20	-	-	80	20
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch	50	20	160	20	-	-	210	40
Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau	-	-	70	30	-	-	70	30
Landkreis Mittweida Krankenhaus	60	21	-	-	-	-	60	21
Kliniken Erlabrunn	-	-	-	-	75	10	75	10
Klinikum Mittleres Erzgebirge - Haus Zschopau	-	-	72	20	-	-	72	20
Asklepios Fachklinikum Wiesen	-	-	135	15	-	-	135	15
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	35	20	90	30	35	35	160	85
Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt	-	-	90	20	-	-	90	20
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt	-	-	78	20	24	16	102	36
St. Marien-Krankenhaus Dresden	-	-	100	25	-	-	100	25
Städtisches Klinikum Görlitz	-	-	80	20	25	15	105	35
Elblandklinikum Radebeul	-	-	80	25	-	-	80	25
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf	45	30	185	30	-	-	230	60
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Großschweidnitz	58	35	206	75	-	-	264	110
Klinikum Pirna	-	-	75	20	-	-	75	20
Universitätsklinikum Leipzig	45	10	70	25	20	20	135	55
Klinikum St. Georg	-	-	-	60	-	-	-	60
Park-Krankenhaus (KH) Leipzig	70	60	256	38	-	-	326	98
Soteria-Klinik	-	-	Fusion mit Park-KH		-	-	-	-
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochzeitzenchen	-	-	115	45	-	-	115	45
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Zschadraß	-	-	110	45	-	-	110	45
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz	-	-	208	68	-	-	208	68
Fachkrankenhaus Hubertusburg	-	-	127	35	-	-	127	35
Gesamt	387	211	2778	798	199	106	3364	1115



**Suchtspezifische Stationen
in psychiatrischen Krankenhäusern**

Quelle: SLS Jahresbericht 2011
Stand: 31.12.2011





Quelle: SLS Jahresbericht 2011
Stand: 31.12.2011

Anlage 8

Workshop-Teilnehmer

Nr. Workshop 1 „Suchtprävention“

1	SLS e. V. Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden
2	Stadtmission Chemnitz e. V. Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz
3	Deutscher Kinderschutzbund OV Leipzig e. V. Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Leipzig
4	Aktion Jugendschutz Sachsen e. V.
5	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.
6	Landesjugendamt
7	Landeskriminalamt
8	SMK
9	Stadt Leipzig Gesundheitsamt
10	Stadt Leipzig Amt für Jugend, Familie und Bildung, Abteilung Planung und Fachaufsicht Sachgebiet Straßensozialarbeit
11	Stadt Dresden Gesundheitsamt
12	Landratsamt Landkreis Leipzig, Gesundheitsamt, Suchtberatungsstelle 13
13	Landratsamt Landkreis Zwickau, Jugendamt SB Kinder- und Jugendschutz
14	Landkreis Bautzen Gesundheitsamt
15	SMI Geschäftsstelle Landespräventionsrat
16	SMS Referat Jugendhilfe

Nr. Workshop 2 „Hilfesystem“

1	SLS e. V.
2	
3	Stadt Leipzig, Gesundheitsamt
4	Landkreis Mittelsachsen, Gesundheitsamt
5	Landratsamt Landkreis Görlitz, Gesundheitsamt
6	DRK KV Leipzig-Land e.V., Psychosoziale Beratungsstelle
7	Caritasverband Dekanat Zwickau e. V. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle
8	Elblandklinikum Radebeul
9	
10	Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik
11	Park-Krankenhaus Leipzig
12	IGB – Institut für Gesundheit und Bildung e. V.
13	Caritasverband Bistum Dresden-Meißen e.V.
14	SZL Suchtzentrum gGmbH
15	DRV Mitteldeutschland
16	Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Sachsen

Nr. Workshop 3 „Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe“

1	SLS e. V.
2	Stadtmission Chemnitz e. V. Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung
3	Zentrum für Drogenhilfe, Fachbereich Familienhilfe
4	
5	Stadt Dresden Gesundheitsamt
6	Park-Krankenhaus Leipzig Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
7	Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
8	IGB – Institut für Gesundheit und Bildung e. V.
9	Landesarbeitskreis Mobile Jugendarbeit Sachsen e.V.
10	CJD Chemnitz
11	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Sachsen
12	Stadt Leipzig, Amt für Jugend, Familie und Bildung, Abteilung Planung und Fachaufsicht, Sachgebiet Straßensozialarbeit
13	SMS, Referat Jugendhilfe
14	Landkreis Bautzen Gesundheitsamt
15	SMI Geschäftsstelle Landespräventionsrat
16	SMS Referat Jugendhilfe

Nr. Workshop 4 „Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter“

1	SLS e. V.
2	Agentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen
3	Jobcenter Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
4	Jobcenter Vogtlandkreis
5	Jobcenter Chemnitz
6	Jobcenter Leipzig
7	Landratsamt Bautzen, Jobcenter, Suchtbeauftragter
8	Landratsamt Landkreis Meißen, Jobcenter
9	SZL Suchtzentrum gGmbH, Wohnprojekt "Domizil"
10	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Görlitz
11	ADU Selbsthilfe e. V., BTZ Zwickau
12	DW Stadtmission Dresden e. V., FB Psychiatrie
13	AWO Kreisverband Bautzen, Psychosoziale Beratungsstelle
14	"come back" e. V., Geschäftsstelle
15	SMS, Referat Sozialhilfe und Grundsicherung
16	SMS Referat Jugendhilfe

Nr. Workshop 5 „Doppeldiagnosen“

1	SLS e.V.
3	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, Suchtzentrum
4	Stadt Dresden, Gesundheitsamt
5	Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf, Haus am Karswald
6	Sächsische Landesärztekammer
7	GESOP gemeinnützige GmbH
8	Sächsisches Krankenhaus Rodewisch, Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
9	Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik
10	Soteria Klinik Leipzig
11	SZL Suchtzentrum gGmbH

Nr. Workshop 6 „(Betreuungs-)Angebote für spezifische Zielgruppen“

1	SLS e.V.
2	Sächsische Landesärztekammer
3	KSV Sachsen
4	AOK PLUS
5	SZL Suchtzentrum gGmbH
6	Heim „Anna Gertrud“
7	„come back“ e. V.
8	Pflegezentrum Maximilianstift
9	VRA e. V., Soziotherapeutische Langzeiteinrichtungen für Abhängigkeitskranke
10	GeSo Gesellschaft für soziale Einrichtungen mbH, SoziotherapieZentrum "Haus Frankenberg"
11	Blaues Kreuz Diakoniewerk mildtätige GmbH, Blaukreuz-Haus-Schindelbach
12	Stadt Dresden, Sozialamt, Sozialplanung

**Herausgeber:**

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

Verantwortlich:

Referat Psychiatrische Versorgung, Suchtfragen, Maßregelvollzug

Redaktion:

Marka Ziesch

Satz und Druck:

Druckerei Vettters GmbH & Co. KG

Bildnachweis:

© bittedankeschön@fotolia.com (Vordergrund), © luluberlu@fotolia.com (Hintergrund)

Redaktionsschluss:

30.11.2013

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 Parteinahme des Herausgebers 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.

Copyright:

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.